Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Identificação de variáveis preditivas para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar : um estudo em população portuguesa

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Suzana Isabel Marques Guedes

Fecha de lectura: 4 de febrero de 2016

Bajo la dirección del doctor:

Rafael Andújar Barroso

Huelva, 2016

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Identificação de variáveis preditivas para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar: Um estudo em população portuguesa

(Identificación de variables predictivas para el desarrollo de alteraciones del comportamiento alimentario: Un estudio en población portuguesa)

Tesis Doctoral

Suzana I Marques Guedes

Huelva, 2015

Universidad de Huelva

Facultad de Ciencias de la Educación

Departamiento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Programa de Doctorado

Trienio 2006/2016

Tendencias actuales en Psicología

Línea de Investigación

Salud, Personalidad y Diferencias Individuales

Tesis Doctoral

Identificação de variáveis preditivas para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar: Um estudo em população portuguesa

Suzana Isabel Marques Guedes

Director de Tesis:

Profesor Dr. Rafael Andújar Barroso

Para ti pai,

que com o teu espírito de conquista,

me ensinaste a ser capaz de persistir

ante todas as adversidades.

Para ti mãe, que estás sempre aqui, sem nada pedires.

A ti Francisco, pela segurança que me dás.

A vocês meus filhos, por quem vivo.

Agradecimentos

Depois de vários anos de dedicação a este trabalho de investigação que se apresenta nesta tese de doutoramento, quero agradecer e recordar as inúmeras pessoas que me apoiaram, com os seus conselhos, entusiasmo, ideias, confiança ou apenas com a sua presença e amizade.

Agradeço também a todos os que de uma forma ou de outra me privaram do seu apoio. A sua postura foi determinante para, na minha persistência, pensar em nunca desistir. Por cada pedra que encontrei no caminho construí a minha muralha de força, de determinação.

Começo por agradecer a todas as escolas que colaboraram (direcção, alunos, pais, professores de educação física). Aos alunos sobretudo, que despenderam do seu tempo para contribuírem para que este trabalho fosse uma realidade.

A D. Isabel da Biblioteca da Universidade do Algarve que profissionalmente tentou satisfazer todos os meus pedidos relativamente à bibliografia que necessitava.

Ao Centro de Assistência Social Lucinda Anino dos Santos, minha antiga entidade patronal, pelo tempo dispensado para a realização desta Tese de Doutoramento. Fui o mais profissional que pude e soube, para compensar qualquer ausência, nem sempre compreendida. Ao Coordenador da Unidade de Reabilitação Profissional Dr. Carlos Carneiro, por toda a flexibilidade, apoio e compreensão.

Maria que me vens acompanhando nesta jornada que parecia não ter fim. Juntas formamos um par nesta dança do empurra, para que nenhuma de nós cedesse ao cansaço, motivamo-nos mutuamente, fazendo do humor a nossa estratégia. Foste também importante.

Ao Professor Rafael Andújar Barroso, meu orientador, por todo o trabalho de orientação ao longo de todo o tempo de construção de um trabalho de tão grande responsabilidade.

Sandra. Agora apercebo-me que te encontrei no momento certo. Foste a peça que faltava. Obrigada também por acreditares em mim.

Aos meus pais, de quem tanto me orgulho, por me ajudarem a construir quem sou. À minha irmã, sem dúvida a minha maior protectora e admiradora, desde sempre. A todos os familiares que de uma forma ou de outra me apoiaram e me incentivaram.

Ao Francisco, meu marido, que me tem acompanhado de forma tão sensata nesta maravilhosa caminhada que é a maternidade e partilhado comigo o infindável amor pelos nossos filhos.

Aos meus filhos, por todo o tempo que lhes privei da minha companhia para a realização deste trabalho. São o meu bem mais valioso e os vossos sorrisos, a mais rica preciosidade que uma mãe pode ter. Que este esforço seja para vós um exemplo e também um motivo de orgulho.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos iv
ÍNDICE GERAL vi
ÍNDICE DE QUADROS ix
ÍNDICE DE FIGURAS ix
ÍNDICE DE TABELAS x
Resumo xiv
Resumen xvi
Resume xviii
CAPÍTULO I 1
Introdução e Objetivos 1
1.1. Introdução 3
1.2. Estrutura e organização da tese 7
CAPITULO II 9
MARCO TEÓRICO 9
2.1. Perturbações do comportamento alimentar 10
2.2. Conceitos e características 13
2.2.1. Anorexia Nervosa 15
2.2.2. Bulimia Nervosa 19
2.3. Epidemiologia- Incidência e Prevalência das perturbações do comportamento alimentar 25
2.3.1. Incidência e Prevalência da Anorexia Nervosa 27
2.3.2. Incidência e Prevalência da Bulimia Nervosa 32
2.3.3. Incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal 34
2.4. Manifestação clínica e evolução das perturbações do comportamento alimentar 39
2.4.1. Manifestação Clínica e Evolução da anorexia nervosa 39
2.4.2. Manifestação Clínica e Evolução da Bulimia Nervosa 49
CAPÍTULO III 57
FACTORES ETIOLÓGICOS DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR 57
3.1.Variáveis sócioculturais e familiares 65
3.1.1. Modelos sociais e influência dos meios de comunicação 67

3.1.2. A transmissão de modelos em contexto familiar: imagem corporal percebida pela progenitora. 79
3.1.3. Apoio social e percepção de apoio social por parte do indivíduo 89
3.2. Circunstâncias psicológicas individuais 102
3.2.1. O perfeccionismo e a sua relação com as perturbações do comportamento alimentar 102
3.2.2. Imagem corporal, insatisfação corporal e distorção da imagem corporal. 113
3.2.3. Auto conceito e perturbações do comportamento alimentar 127
3.3 - Factores de risco e de prevenção das perturbações do comportamento alimentar 140
PARTE II- MARCO EMPÍRICO 153
I- METODOLOGIA 153
1.1. Introdução 154
1.2. Objectivos e hipóteses 155
1.3. Identificação de variáveis preditivas 157
1.3.1. Amostra 157
1.3.2. Instrumentos utilizados 160
1.4. Recolha de informação 177
1.5. Tratamento estatístico dos dados 180
CAPÍTULO II 181
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 181
2.1. Caracterização da amostra 183
2.1.1. Análise Descritiva da Pontuação BMI Z-Score 184
2.1.2. Análise comparativa da variável BMI-z-score para a idade 187
2.3. Análise dos Instrumentos Psicométricos Aplicados. 189
2.3.1. Análise da Escala de Silhuetas de Collins 189
2.3.2 Análise do Eating Disorders Inventory -2 217
2.3.3 Análise do Eating Attitude Test-25 (EAT-25) 229
2.3.4 Análise do Questionário de Influencias de Modelos Estéticos Corporais CIMEC-26 233
2.3.5 Análise do Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) 240
2.3.6 Análise do Social Support Appraisal (SSA) 248
2.3.7. Análise da Self Perception Profile for Children (SPPC) 257
2.4. Análise Correlacional 268

2.5. Resultados relativos ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar 269
CAPÍTULO 5 277
DISCUSSÃO 277
CAPÍTULO 6 311
CONCLUSÃO 311
CONCLUSIÓN: 317
LIMITAÇÕES E CONTRIBUTOS DO ESTUDO 323
LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO: 325
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 327
ANEXOS: 359

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I- Factores de Manutenção para a Anorexia e Bulimia Nervosas 40
Quadro II- Evolução Familiar após o diagnóstico (Brandão, 2007), (Adaptado). 44
Quadro III- Fases de evolução da Anorexia nervosa (Sampaio, 1998) (Adaptado) 63
Quadro IV- Factores Etiopatogénicos da Anorexia nervosa (Garner,1993). 63
Quadro V- Factores de desenvolvimento da Bulimia Nervosa (Cervera,1996) (Adaptado). 64
Quadro VI- Principais componentes e competências do auto- conceito na adolescência adaptado de Sureda (2001). 134
Quadro VII- Risco de perturbação do comportamento alimentar (Adaptado de Dixe, 2007) 142
Quadro VIII- Variáveis de risco (Fonte: elaboração própria)..... 157
Quadro IX- Variáveis em estudo e respectivos instrumentos utilizados. 161
Quadro X- Intervalo de Percentis (criança/adolescente) e IMC em função da imagem corporal..... 163

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1 189
Figure 2- Escala de Silhuetas de Collins (adapt.)..... 189
Figure 3- Gráfico de barras para o cruzamento entre a variável BMI Z Score e a 191
Figure 4- Gráfico de barras para o cruzamento entre a variável BMI z Score e a "imagem desejada". 195
Figure 5- Gráfico de barras para a "imagem real percebida" e "imagem desejada" e a categoria de BMI *z* Score *(Género Masculino)* 211
Figure 6- Gráfico de barras para a "imagem real percebida" e "imagem desejada" e a categoria de BMI z Score (Género Feminino) 212
Figure 7- Gráfico de extremos e quartis para o total do EDI-2 (Garner , 1991). 218
Figure 8- Gráfico de extremos e quartis para o total do EAT-25 (Garner & Garfinkel,1979). 231

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Frequências de alunos por género 158
Tabela 2- .Frequências de alunos por estabelecimento de ensino 159
Tabela 3- Frequências de alunos por ano de escolaridade 160
Tabela 4- Estatísticas descritivas para a variável BMI-for-age Z-score, por género .. 184
Tabela 5. Estatísticas descritivas para a variável BMI-for-age Z-score 185
Tabela 6. Análise de associações entre o BMI-Z-Score e o género. 185
Tabela 7. Análise de associações entre os grupos de BMI z-Score e idade 186
Tabela 8- Tabela resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicado aos participantes considerando a variável de agrupamento: zscore bmi, relativamente à idade 188
Tabela 9Teste de Post-Hoc para a variavel Z-score BMI entre o grupo de idades 188
Tabela 10- Análise de associações entre a "imagem real percebida "e o BMI-Z-score para o género. 193
Tabela 11- Análise de associações entre a "imagem desejada" e o BMI-Z-score para o género 196
Tabela 12- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" - "imagem real percebida", no género masculino 199
Tabela 13- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" – "imagem real percebida", no género feminino. 200
Tabela 14- Classificações positivas, negativas e vínculos entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" para o ano de escolaridade. 202
Tabela 15- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" - "imagem real percebida", nos estabelecimentos de ensino. 204
Tabela 16- Teste de *Wilcoxon* por género para a variável *"imagem desejada"* e *"imagem real percebida".* 205
Tabela 17- Teste de *Wilcoxon* por género para a variável idade entre a "*imagem desejada"* e a "*imagem real percebida".* 205
Tabela 18- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" – "imagem percebida" , no género masculino. 206
Tabela 19- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" – "imagem percebida", no género feminino. 209
Tabela 20- Aplicação do teste de T student para a "imagem real percebida" e "imagem desejada" de acordo com as categorias de BMI Z Score 213
Tabela 21- Aplicação do teste de T student para a "imagem real percebida" e "imagem desejada" pela progenitora de acordo com as categorias de BMI z Score para o género 214
Tabela 22 Valores do Alfa de Cronbach para o instrumento EDI-2- 217
Tabela 23- Estatísticas descritivas para as variáveis do EDI-2 (Desconfiança Interpessoal; Consciência Interoceptiva; Medo de Amadurecer; Asceticismo; Regulação de Impulsos e Insegurança Social). 219
Tabela 24- Estatísticas descritivas para as variáveis do EDI-2, continuação. (Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal; Sentimento de Ineficácia e Perfeccionismo). 219

Tabela 25- Estatísticas descritivas para o total do EDI-2, considerando os participantes cuja pontuação foi igual ou superior ao ponto de corte de 80. 220
Tabela 26- Estatísticas descritivas para o EDI-2 segundo o ponto de corte (≥80) por idade..... 221
Tabela 27- Teste t student para duas amostras independentes (N feminino=63 e N masculino =29). 222
Tabela 28- Teste t-Student para as dimensões do instrumento EDI-2, para o género 225
Tabela 29- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão "Perfeccionismo"..... 226
Tabela 30- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão "Desconfiança Interpessoal"..... 227
Tabela 31- .Alfa de Cronbachpara as subescalas do EAT-25..... 229
Tabela 32- Estatísticas descritivas para as variáveis do EAT-25 230
Tabela 33- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento EAT-25 para o aluno, de acordo com o género. 232
Tabela 34- Alfa de Cronbach para as subescalas do CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005) 234
Tabela 35- Estatísticas descritivas para as variáveis do CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005). 235
Tabela 36- Estatísticas descritivas para a dimensão do Instrumento CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005) considerando o ponte corte ≥ 17 na totalidade da amostra..... 235
Tabela 37- Estatísticas descritivas para o CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)..... 236
Tabela 38- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento CIMEC-26 de acordo com o género 239
Tabela 39- Alfa de Cronbach para as subescalas do CAPS (Flett & Hewitt, 1990) ... 240
Tabela 40- Estatísticas descritivas para as variáveis do CAPS (Flett & Hewitt, 1990) 241
Tabela 41- Estatísticas descritivas para o género masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo autoorientado, de acordo com a idade 242
Tabela 42- Estatísticas descritivas para o género masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo prescrito socialmente, de acordo com a idade 243
Tabela 43- Estatísticas descritivas para o genero masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo total, de acordo com a idade 243
Tabela 44- Estatísticas descritivas para o genero feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo autoorientado, de acordo com a idade. 244
Tabela 45- . Estatísticas descritivas para o género feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo prescrito socialmente, de acordo com a idade 245
Tabela 46- Estatísticas descritivas para o género feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo total, de acordo com a idade 246

Tabela 47- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento CAPS de acordo com o género 247
Tabela 48- ANOVA One Way para o instrumento CAPS , considerando a variável de agrupamento idade 248
Tabela 49- Alfa de Cronbach para as subescalas do SSA 248
Tabela 50- Estatísticas descritivas para o Instrumento SSA considerando o ponto de corte 72,22 para a escala total 249
Tabela 51- Estatísticas descritivas para o instrumento SSA considerando o ponto de corte ≤21,24 para a dimensão “Apoio Social Amigos” 250
Tabela 52- Estatísticas descritivas para o Instrumento SSA considerando a idade para a Escala Total 251
Tabela 53- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão dimensão “Apoio Social Família” 252
Tabela 54- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão “Apoio Social Amigos 252
Tabela 55- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão “Apoio Social Gente Geral” 253
Tabela 56- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento SSA para o aluno, de acordo com o género 255
Tabela 57- ANOVA One Way para o instrumento SSA , considerando a variável de agrupamento idade 256
Tabela 58- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão “Apoio Social Família” 256
Tabela 59- Alfa de Cronbach para as subescalas do SPPC 257
Tabela 60- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC 258
Tabela 61- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por género 259
Tabela 62- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por género 260
Tabela 63- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por idade 262
Tabela 64- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento SPPC de acordo com o género 265
Tabela 65- ANOVA One Way para o instrumento SPPC , considerando a variável de agrupamento idade 267
Tabela 66- Estatísticas descritivas por género para o Instrumento EDI-2 considerando ponto de corte da amostra 272
Tabela 67- Estatísticas descritivas por género para o Instrumento EAT-25 considerando ponte de corte da amostra 274

Resumo

As Perturbações do Comportamento Alimentar são alterações psicopatológicas graves, caracterizadas por profundas modificações do padrão alimentar normal e por acentuadas repercussões psicológicas vivenciadas pelo sujeito e pela sua família (Sampaio, 2002). São doenças de etiologia multifactorial e os factores isoladamente por si só não permitem explicar o desenvolvimento da doença. Embora com pouca expressividade na população portuguesa, não deixa de ser importante identificar sintomatologia em idades o mais precocemente possível, na medida em que uma percentagem significativa de indivíduos apesar de não cumprir todos os critérios, apresenta sintomatologia com implicações distintas. Além do mais, a doença pode dissimular-se por longos períodos, sob a forma de comportamentos por vezes aceites socialmente, mas que podem culminar em patologias graves e com sérias consequências para o indivíduo. A infância e adolescência, enquanto fases de intensas e rápidas mudanças a vários níveis, nomeadamente corporais pode constituir-se como um período particular para o risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Por outro lado, a idade de início da doença na adolescência é tido como um factor de bom prognóstico (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006) **Objectivo:** O presente estudo teve como propósito identificar numa amostra de crianças e adolescentes de estabelecimentos de ensino de uma cidade portuguesa, variáveis preditivas de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, com vista à compreensão do modo como distintos factores poderão contribuir para o desenvolvimento destas perturbações, explorando e avaliando a inter- influência e a relação entre as diversas variáveis individuais, familiares e sociais. Foi ainda objectivo deste estudo analisar comparativamente as respostas obtidas pela amostra de crianças e adolescentes e as respostas obtidas numa amostra de mães relativamente à satisfação destas com a imagem corporal real percebida dos seus filhos, assim como a imagem desejada. **Método:** Foram analisadas 1434 crianças e adolescentes de distintos estabelecimentos de ensino de uma cidade no sul de Portugal, dos quais 48,3% (N = 693)

eram do género masculino e 51,7% (N = 741) do género feminino, com idades compreendidas os 10 e os 16 anos, mediante a utilização de um protocolo de investigação composto por instrumentos com vista à identificação das variáveis de risco, nomeadamente sócio culturais e familiares (modelos sociais e influência dos meios de comunicação; imagem corporal percebida pela progenitora; apoio social e percepção de apoio social por parte do indivíduo) e circunstâncias psicológicas individuais (perfeccionismo, imagem corporal, insatisfação corporal e distorção da imagem corporal e auto- conceito). Foram comparadas as respostas obtidas por uma amostra de mães com as respostas dos respectivos filhos, em relação à imagem corporal real percebida, à imagem desejada e discrepâncias entre ambas. **Resultados:** Os resultados apurados relativamente às variáveis sócio culturais e familiares e circunstâncias psicológicas individuais apontam a existência de insatisfação com a imagem corporal nas crianças e adolescentes da amostra e diferenças entre os géneros quer em relação à insatisfação quer em relação à distorção da imagem corporal. Foi também possível constatar a influência que parecem exercer os modelos e meios de comunicação em idades específicas na nossa amostra. No que diz respeito ao apoio social percebido, de um modo geral verificou-se uma baixa percepção de apoio social relativamente às principais fontes de apoio. Por último, a variável perfeccionismo parece revelar uma relação quer com a realização de dietas, quer com sintomatologia bulímica. **Conclusões:** Consideramos que os resultados deste estudo, fornecem informação pertinente sobre a população em risco que poderia beneficiar com programas de intervenção específicos dirigidos a esta problemática, na medida em que identificamos na amostra em estudo diversas variáveis consideradas de risco para desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Resumen

Los trastornos alimentarios son trastornos psicopatológicos graves caracterizadas por profundos cambios en el patrón de alimentación normal y repercusiones psicológicas agudas experimentadas por el sujeto y su familia (Sampaio, 2002). Son enfermedades de etiología multifactorial y los factores individuales por sí solos no explican el desarrollo de la enfermedad. Aunque con poca expresión en la población portuguesa, es todavía importante identificar los síntomas en las edades lo más temprano posible, una vez que un porcentaje significativo de personas a pesar de no cumplir con todos los criterios, presenta síntomas con diferentes implicaciones. Por otra parte, la enfermedad puede ocultarse por mucho tiempo, como un comportamiento socialmente aceptado, pero que puede conducir a enfermedades graves y con consecuencias para el sujeto. La infancia y adolescencia, mientras que fases de cambios intensos y rápidos en los distintos niveles, incluyendo el del cuerpo, pueden estar constituidos como un período particular para el riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios. Por otra lado, la edad de aparición de la enfermedad en la adolescencia es referido como un buen factor pronóstico (Lawrence, Salsa & Mendes, 2006) **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar en una muestra de niños y adolescentes en establecimientos educativos portugueses, variables predictivas de desarrollo de trastornos alimentarios, con el fin de entender cómo los distintos factores pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos mediante la exploración y la inter relación e inter influencia entre los individuos, la familia y las variables sociales. También fue objetivo, analizar comparativamente las respuestas obtenidas por la muestra de niños y adolescentes y las respuestas de una muestra de madres en relación con la satisfacción de éstos con la imagen corporal real percibido de sus hijos, así como la imagen deseada. **Método:** Se tomó una muestra de niños y adolescentes de ambos sexos (n=1434) de diferentes establecimientos educativos portugueses de los cuales 48,3% (N = 693) del género masculino y 51,7% (N = 741) de género femenino, con edades entre los 10 y 16 años, mediante el uso de un protocolo de

investigación que se compone de instrumentos para la identificación de variables de riesgo, incluyendo sociocultural y familiares (modelos sociales y influencia de la, imagen corporal medios percibidos por la madre, el apoyo social y el apoyo social percibido por el individuo) y las condiciones psicológicas individuales (perfeccionismo, la imagen corporal, la insatisfacción corporal y la distorsión de la imagen corporal y auto-concepto). Las respuestas obtenidas en una muestra de madres se compararon con las respuestas de sus hijos en relación con la percepción de imagen corporal real, la imagen deseada y discrepancias entre ellos. **Resultados:** Los resultados obtenidos en relación con las variables socio-culturales y familiares y las condiciones psicológicas individuales indican la existencia de la insatisfacción de la imagen corporal en los niños y adolescentes en la muestra y diferencias entre género, tanto con relación a la insatisfacción como a la distorción de la imagen corporal. También fue posible percibir la influencia que parecen tener modelos y medios de comunicación en edades específicas de nuestra muestra. En relación con el apoyo social percibido, en general, se observó una baja percepción de apoyo social por parte de las principales fuentes de apoyo. Por último, la variable perfeccionismo parece revelar una relación tanto con la realización de las dieta como con síntomas bulímicos. **Conclusiones:** Consideramos que los resultados de este estudio, proporcionan información relevante sobre la población de riesgo que podrían beneficiarse de programas de intervención específicos para este problema, en la medida que se identificaron en nuestra muestra variables consideradas de riesgo para el desarrollo de alteraciones del comportamiento alimentario.

Resume

Eating disorders are serious psychopathological conditions distinguish by profound changes in normal eating patterns and enormous psychological impact experienced by subject and his family (Sampaio, 2002). They are multifactorial causes diseases and the individual factors by themselves do not explain the development of the disorder. Although with little expression in the Portuguese population, it still important to identify symptoms in the earliest ages, for the fact that a significant percentage of individuals that do not met all the criteria, presents symptoms with other different implications. Moreover, the disease can be hided for long periods of time as a socially accepted concern, but it may lead to serious illnesses and with severe consequences for the individual. Childhood and adolescence, as phases of intense and fast changes at various ways including body ones, can be perceived as a special period of risk for the development of eating disorders. On another hand, the onset in adolescence is seen as a good prognostic factor (Lawrence, Salsa & Mendes, 2006) **Aims:** The purpose of this study was to identify in a sample of children and adolescents in public schools from a Portuguese city, predictive risk factors for eating disorders, with the end of understanding how different factors may underwrite the development of these disorders, by exploring and evaluating the inter influence and the way various individual, family and social variables interact . It was also aim of this study to comparatively analyse responses of children and adolescents and from a sample of mothers regarding the satisfaction of these with their children´s real body image perception as well as the desired body image. **Method:** A total of 1434 children and adolescents from different public schools of a city in southern Portugal, 48,3% (N = 693) girls and 51,7% (N = 741) boys with ages between 10 and 16 years old, by using a research protocol consisting in instruments to identify risk variables, including socio-cultural and family (social models and influence of the media, mother´s perceived body image, perceived social support) and individual psychological conditions (perfectionism, body image, body image dissatisfaction, body image distortion and self-concept). The replies

obtained were compared with a sample of mothers in relation to their children perceived body image, the desired image and divergences between both. **Results:** Results obtained in relation to socio-cultural variables, family and individual psychological conditions indicate the existence of dissatisfaction with body image in children and adolescents in the sample and both gender differences in relation to dissatisfaction. Body image distortion was also found. Media influence such as models and publicity were found at specific ages in our sample. With regard to the perceived social support, generally there was a lack of perceived social support for the main sources of support. Finally, perfectionism seems to reveal a relationship with both dieting and bulimic symptoms. **Conclusion**: We consider that the results of our study provide relevant information about population in which risk was found, that could benefit from specific intervention programs to this problem, as we identified in the sample several variables considered as risk for developing of this disorders.

CAPÍTULO I

Introdução e Objetivos

1.1. Introdução

A alimentação é uma necessidade humana básica. Quaisquer alterações que promovam o seu desequilíbrio, poderão ter repercussões no bem-estar físico, psicológico e na saúde do indivíduo, podendo mesmo estar na origem do aparecimento de doenças.

As Perturbações do Comportamento Alimentar são alterações psicopatológicas graves, caracterizadas por profundas modificações do padrão alimentar normal e por acentuadas repercussões psicológicas vivenciadas pelo sujeito e pela sua família (Sampaio, 2002). Estes transtornos têm despertado a atenção da comunidade científica, para um olhar mais atento sobre esta problemática. Tal interesse, tem permitido individualizar algumas perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), que se encontram descritas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2000/2002) e na Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1992).

São doenças que têm em comum a procura de um ideal corporal e que se caracterizam por um intenso medo de ganhar peso, uma distorção da imagem corporal e uma restrição alimentar rígida, no caso da Anorexia Nervosa (AN), ou uma ingestão alimentar compulsiva com imediata utilização de comportamentos compensatórios inconvenientes para o controlo de peso, como é o caso da Bulimia Nervosa (BN).

A AN e BN são doenças de etiologia complexa e determinadas pela interacção de factores diversos entre eles os biológicos, familiares e socioculturais, dependendo ainda o seu aparecimento, da existência de determinados factores de risco que aliados a uma vulnerabilidade individual e perante determinadas circunstâncias, poderão conduzir a uma AN ou bulimia.

Embora com pouca incidência na população portuguesa, o seu estudo não deixa de ter importância pelas implicações que estas doenças têm para a saúde. O interesse crescente nesta área, ocasionou inclusive a criação de consultas especializadas em unidades de saúde em vários pontos do país. Por outro lado, o conhecimento que se dispõe actualmente sobre as perturbações do comportamento alimentar, evidencia que esta ocorre sobretudo nas raparigas que revelam uma insatisfação com a sua imagem corporal, que por sua vez conduz a práticas não saudáveis de controlo de peso em que se incluem as dietas.

A forte pressão sociocultural a que as sociedades mais desenvolvidas se encontram sujeitas, a cada vez maior competitividade e a cultura de uma vã silhueta corporal, trabalhada pelos mais modernos equipamentos informáticos, leva muitas vezes à procura de uma silhueta inexequível.

Embora pareça tratar-se de uma doença maioritariamente feminina, menos frequente no género masculino, sabe-se que nos últimos anos o ideal de beleza também se vem modificando no que aos rapazes diz respeito e que estes também, tal como as raparigas, se poderão incluir em alguns grupos de risco, entre eles modelos, bailarinos, jovens estudantes e atletas de determinados grupos desportivos.

Aliado a este facto, a entrada na adolescência e a própria adolescência, enquanto fase de inúmeras transformações quer físicas quer psicológicas, constitui-se como um período de maior preocupação com a imagem corporal, com o peso, sendo os jovens mais permeáveis a uma maior influência dos meios de comunicação social (Ackard & Peterson, 2001).

Neste sentido e de acordo com alguns autores, na fase da adolescência o receio de amadurecer e a procura da independência que este processo requer, poderá conduzir à utilização de estratégias

inadequadas para lidar com os medos que surgem. (Carmo, 1997; Keel, Leon & Fulkerson, 2003; Sampaio 2002).

Centrado sobre o seu próprio corpo, vão ser a quantidade e qualidade das mudanças físicas e psicológicas que poderão aumentar o risco de desagrado do adolescente para com o seu físico, para com a imagem corporal por si percebida e conduzir à utilização de estratégias de alteração do mesmo, de perda de peso, e em último caso, levar à instalação de uma patologia do comportamento alimentar. (Muris, Meesters, Blom & Mayer, 2005). Para além deste facto e independentemente de tratar-se de rapazes ou de raparigas, o seu aparecimento parece verificar-se em idades cada vez mais precoces, e este aspecto alerta para a necessidade de estudar variáveis que possam contribuir para a sinalização atempada de crianças e adolescentes em risco de desenvolver tais perturbações.

Os estudos neste âmbito mantêm-se em constante evolução e têm contribuído para uma compreensão e classificação cada vez mais claras das perturbações do comportamento alimentar (AN e BN). Embora se conheça a multicausalidade da sua etiologia, importa perceber quais as variáveis que melhor poderão predizer uma atempada sinalização sobretudo no que diz respeito aos factores pessoais, sociais e familiares, uma vez que com frequência os casos chegam ao conhecimento da família ou dos profissionais de saúde com a patologia já instalada ou em estado avançado, encontrando-se o doente, por vezes, já em risco de vida (Polivy & Herman, 2002).

A prevenção, sendo uma das estratégias empregues em diferentes problemáticas biopsicossociais, entre as quais se encontram as perturbações do comportamento alimentar, possui em geral três objectivos específicos: a redução da incidência, a detecção precoce da problemática e a prevenção da recaída, fazendo referência a estratégias de prevenção primária, secundária e terciária, respectivamente. Sabe-se actualmente que a detecção precoce melhora o prognóstico das

pessoas que cumprem os critérios de diagnóstico para estas patologias (Solano-Pinto, Oliveros- Leal & Moreno-Villares, 2004). Sendo a prevenção primária aquela que se realiza antes do aparecimento dos sintomas, a pertinência deste estudo recai sobre a necessidade de analisar a prevalência das perturbações do comportamento alimentar numa amostra de estudantes de um universo de escolas de uma cidade Portuguesa, com idades correspondidas entre os 10 e os 16 anos, permitindo indagar relativamente ao risco de desenvolvimento futuro das patologias em estudo e sobre a necessidade de reunir um conjunto de factores que parecem estar na origem do aparecimento de perturbações do comportamento alimentar (AN e BN). Mediante a utilização de um protocolo de investigação constituído por diversos instrumentos, identificar esses factores nessa mesma amostra.

Assim, o desenvolvimento deste trabalho assentará sobre duas partes fundamentais. A primeira parte incidirá sobre um suporte teórico às perturbações do comportamento alimentar e restantes variáveis em estudo, nomeadamente, sócio culturais (apoio social percebido, influência de modelos e meios de comunicação), familiares (imagem corporal percebida pela progenitora) e individuais (perfeccionismo, imagem corporal e auto- conceito).

A segunda parte deste trabalho assentará sobre o estudo empírico desenvolvido, onde se incluem os objectivos, o material e métodos utilizados, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos à luz dos constructos teóricos emanados da literatura científica consultada.

1.2. Estrutura e organização da tese

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro inclui os conceitos e características das perturbações do comportamento alimentar e trabalhos de referência elaborados no âmbito da epidemiologia.

O segundo capítulo engloba os factores etiológicos das perturbações do comportamento alimentar ao nível das variáveis socioculturais, características psicológicas individuais e factores de risco.

O terceiro capítulo deste trabalho diz respeito ao estudo empírico. Pretendeu-se deste modo identificar variáveis predictoras de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de escolas portuguesas.

O quarto capítulo diz respeito à apresentação dos resultados encontrados no estudo realizado e que foram considerados como os mais relevantes para os objectivos do estudo em questão.

No quinto capítulo são discutidas os principais resultados encontrados no estudo empírico.

Finalmente, as conclusões gerais do estudo efectuado assim como as limitações do estudo, são apresentadas no sexto capítulo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Perturbações do comportamento alimentar

A situação nutricional dos jovens dos países industrializados é muitas vezes referida como a mais deficiente, consequência em parte de uma maior vulnerabilidade relacionada com transformações próprias da adolescência e adopção de práticas e comportamentos alimentares incorrectos (Moreira & Peres, 1996). Para os autores, o período da adolescência é marcado por uma aceleração do crescimento e consequentemente por um aumento das necessidades de energia e de todos nutrientes em geral, que vão ser diferentes a partir dos 10 anos de idade para os dois géneros, essencialmente por três factores: Tempos diferentes de crescimento pubertário, diferenças qualitativas e quantitativas de composição corporal, diferenças de actividade física, habitualmente superior no género masculino.

Assim, as tabelas de necessidades nutricionais consideram a satisfação das necessidades nutricionais como o resultado do consumo equilibrado e variado de alimentos (Recommended Dietary Allowances, RDA, 1989).

Durante o processo de crescimento, o custo energético inclui a energia correspondente aos produtos ou tecidos sintetizados e a energia que é gasta para essa síntese. Outros factores que afectam as necessidades energéticas são a idade. A quantidade de tecidos metabolicamente activos e a sua contribuição para o valor total do metabolismo variam com a idade e a actividade física tendendo, a decrescer no decorrer da adolescência, (Moreira & Peres, 1996), o género (as diferenças de peso e composição corporal entre os dois géneros, que ocorrem sobretudo durante a adolescência), o clima (o custo energético aumenta ou diminui de acordo com a temperatura) e a massa corporal (os rapazes ganham tendencialmente maior quantidade de massa muscular comparativamente com as raparigas, enquanto que estas ganham maior quantidade de massa gorda). Importa ainda referir relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC) que este afecta

igualmente as necessidades energéticas, na medida em que indivíduos com maior ou menor IMC, têm necessariamente superiores ou inferiores necessidades energéticas quando desempenham actividade (RDA, 1989).

2.2. Conceitos e características

As perturbações do comportamento alimentar são alterações psicopatológicas graves, caracterizadas por alterações do padrão alimentar normal, por um controlo patológico do peso corporal e por distúrbios na percepção da imagem corporal. São ainda doenças expressas pelo surgimento de profundas repercussões psicológicas vivenciadas quer pelo sujeito, quer pela sua família (Sampaio, 2002).

É frequente que as perturbações do comportamento alimentar sejam consideradas as mais difíceis complexas e desafiantes condições patológicas a serem tratadas (Seubert, 2009).

Historicamente, a literatura religiosa descreve a vida de algumas santas cujo comportamento de jejuar, com o aparente objectivo da purificação divina, eram muito semelhantes ao que hoje designamos de AN. Catarina de Siena, era uma santa do Século XIV que se comportava como uma anoréctica, embora a motivação aparente fosse religiosa (Apfeldorfer, 1997).

A primeira referência à AN remonta ao Século XVII, tendo sido realizada em 1694 pelo médico inglês Richard Morton, que designou a doença por *phthisis nervosa* ou *consumpção nervosa* (Carmo 1997; Sampaio, 1994).

Considera-se que as primeiras descrições científicas foram dadas a conhecer pelo francês Charles Lasègue em 1873 e pelo Inglês William Gull em 1874, abrindo assim um primeiro caminho para a definição e compreensão dos comportamentos anorécticos (Russel, 1997).

O termo anorexia histérica foi utilizado por Lasègue (1873) para referir-se a casos de mulheres entre os 18 e os 23 anos de idade, descrevendo rigorosamente uma doença em muito semelhante àquilo que é nos dias de hoje observado. De tal modo, que o autor refere a existência de uma tríade sintomática dos três "A" – *Anorexie,*

Aménorrhée, Amaigrissement (Anorexia, Amenorreia e Emagrecimento) que é actualmente uma realidade clínica indiscutível e de importante referência no diagnóstico da doença (Sopezki, 2007).

Mais tarde, através do caso de uma adolescente, Charcot (1885), refere-se ao termo Anorexia Mental, reconhecendo nela um sintoma de histeria e identificando algumas características da AN, como hoje a conhecemos, tais como a preocupação com a imagem corporal e a procura incessante da magreza (Cordás & Claudino, 2002).

A partir dos anos 50, com as teorias da psicanálise, regressa a ideia de uma origem puramente psicológica da doença, que até então a medicina concebia como uma doença de origem física.

Os defensores da psicanálise consideravam a AN uma doença da adolescência predominantemente do género feminino, estabelecendo assim um paralelismo entre a doença e a figura materna. No fundo parece existir em muitos casos uma relação intensa e ambivalente com a figura materna, possuindo o alimento o equivalente simbólico do afecto.

Em Portugal, o Professor Elísio de Moura apresentou em 1947 um trabalho sobre a sua prática clínica que ainda hoje é uma referência no tratamento da AN. Para o clínico a anorexia mental é uma síndrome de expressão somática que se observa predominantemente no género feminino e na qual a restrição alimentar se constitui como a manifestação primária aparente, tendendo a atingir proporções mortais quando não intervencionada a tempo. O seu início é quase sempre imperceptível e a alimentação é reduzida gradualmente. Para Moura, o puro anoréctico mental "*não atenta na indispensabilidade da alimentação, não reconhece que um perigo mortal o espreita* (...) (Moura, 1947; pág. 40).

2.2.1. Anorexia Nervosa

Actualmente sabe-se que a AN é uma doença mental complexa, que se caracteriza por um medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo que a doente se encontre com um peso muito abaixo do desejável. Neste sentido, AN é definida como uma patologia em que o comportamento predominante é o de uma recusa sistemática em manter o peso nos mínimos normais adequados à idade e à altura, acompanhado de uma perturbação no modo como o indivíduo vivencia o seu peso e a sua forma física (DSM- IV,APA,1996).

A anorexia é ainda definida como uma doença crónica de conduta alimentar *"em que a pessoa que a sofre apresenta um peso inferior ao que seria de esperar para a sua idade, género e cultura* "Raich (2001, p. 5).

O diagnóstico de AN pressupõe sempre um exame físico detalhado e exames complementares que excluam outra doença, sendo actualmente baseado em critérios bem definidos pelas classificações internacionais: Classificação Internacional de Doenças (*CID- OMS, 2010*) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV APA,* 1996).

Ao contrário de outras doenças que na maioria das vezes apresenta sintomas, a AN, pode encapotar-se por longos períodos de tempo, sob a forma de comportamentos que até são aceites socialmente tendo em conta os ideais de beleza vigentes e o seu comportamento não difere muito do de quem pretende apenas perder algum peso, por uma questão estética, ou para melhorar um estado emocional decorrente de situações problemáticas ou marcantes (Sampaio, 1998).

Antes até da doença se encontrar estabelecida os adolescentes poderão apresentar alguma alteração no seu comportamento alimentar como o hábito de fazer dieta, mesmo que o peso seja proporcional à estatura, criticar alguma parte do corpo ou sentir-se desagradado com este, podendo mesmo surgir uma diminuição gradual das suas

actividades sociais. No entanto quando se trata de um adolescente, e dada a complexidade desta faixa etária, isolamento, problemas de relacionamento, preocupação excessiva com o corpo, distorção da imagem corporal, aumento do apetite ou determinadas características alimentares podem ser sentidos por família ou mesmo técnicos de saúde como normais e esperados nesta fase (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006).

Tendo surgido em 1994 o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) editado pela *American Psychological Association,* os critérios de diagnóstico encontram um consenso passando a reger-se por este referencial.

Assim, na classificação Americana DSM-IV-TR (APA,2000/ 2002), os critérios diagnósticos são os seguintes:

A. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura (por exemplo perda de peso que leva a manter um peso inferior a 85% do esperado para o crescimento, ficando aquém do previsto).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente.

C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual.

D. Nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após administração de hormonas, por exemplo estrogénios).

Segundo este referencial devem ser considerados dois tipos clínicos de anorexia:

Tipo Restritivo: durante o episódio actual de AN a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (por exemplo, vómito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Tipo ingestão compulsiva/ Tipo purgativo: durante o episódio actual de AN a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

A muito recente introdução do DSM-V não acrescentou grandes mudanças na classificação da Anorexia Nervosa, contudo os seus critérios foram reescritos. Assim, a exigência de amenorreia em mulheres pós menarca foi retirada, por ter sido considerado que não se tratava de uma característica determinante. Foi incluída a presença de comportamentos persistentes que interferem no ganho de peso no Critério B, que anteriormente descrevia o medo intenso de ganhar peso ou engordar (APA,2013).

De acordo com a ICD-10 os critérios de diagnóstico para a AN são os seguintes:

A- Peso corporal estável pelo menos 15% abaixo dos valores normais ou Índice de Massa corporal ou índice de Quetelet com um valor de 17,5 ou inferior.

B- Perda de peso auto-induzida por recusa de alimentos que engordam podendo estar presentes outros comportamentos como: vómito auto- induzido, laxantes, exercício físico excessivo, uso de supressores de apetite e/ou diuréticos.

C- Distorção da imagem corporal sob a forma de patologia específica, em que a percepção da gordura persiste como ideia sobrevalorizada e intrusiva, sendo frequente o sujeito impor a si próprio um limiar de peso baixo.

D- Transtorno endócrino Geralizado que envolve o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, que se manifesta nas mulheres por amenorreia e nos homens por perda de interesse e potência sexuais.

E- Se o início se verificar antes da puberdade, o desenrolar dos acontecimentos pubertários é atrasado ou mesmo travado.

F-

Os aspectos clínicos da AN caracterizam-se por um persistente desejo de magreza. A doença surge quase sempre com uma dieta, no sentido de reduzir o excesso de peso e para obter um maior controlo sobre si, sobretudo em jovens com marcados sentimentos de inadequação e insegurança (Sampaio, 2002).

A dieta vai assumindo um carácter cada vez mais restritivo, sendo os objectivos de perda de peso inicial rapidamente ultrapassados. A doente passará então a pesar-se várias vezes ao longo do dia. Paralelamente aumenta a sua actividade física, ficando por outro lado os seus contactos sociais cada vez mais restringidos. As pacientes com AN passam então a desenvolver rituais obsessivos na sua relação com a alimentação. Surgem intensos sentimentos de mau estar, distorções cognitivas relativamente à comida, às pessoas que compõem as suas redes sociais, assim como importantes sentimentos de culpa (Carmo, 1994,1997; Sampaio, 1994,2002).

Embora a anorexia nervosa não apresente sintomatologia evidente durante um longo período, alguns sinais de alerta se vão instalando, nomeadamente a jovem viver com a convicção de que qualquer alimento a engordará, ausência de menstruação, alterações na pele, cabelo e unhas, alterações no sono, obsessão com tudo o que pode originar aumento de peso, isolamento durante as horas da refeição e estratégias tais como não comer ou comer sem ser vista, dificuldade na tolerância a mudanças inesperadas relacionadas com a comida, ou ainda hiperactividade, sem que nenhum deles por si só, seja suficiente para o estabelecimento do diagnóstico (Brandão, 2007).

O diagnóstico diferencial desta patologia não deixa de estar envolvo em forte complexidade, sobretudo pela negação dos sintomas por parte dos doentes, pela ocultação de todos os comportamentos bizarros e ritualizados associados à doença e sobretudo, pela marcada resistência no reconhecimento da doença, aceitação e continuidade do tratamento (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006).

2.2.2. Bulimia Nervosa

O termo BN deriva do grego e significa *fome de boi*. Esta patologia recebeu nomes alternativos até chegar-se a uma definição diagnóstica, o que só aconteceu em 1980, após Russell ter estabelecido este diagnóstico em pessoas com peso normal, medo de engordar e comportamentos de ingestão excessiva seguidos de atitudes compensatórias, e em que algumas dessas pessoas haviam já sofrido de AN. (American Psychiatric Association [APA], 1980; Santos 2001; Russell,1997).

No entanto, ao longo da história da humanidade surgem relatos de comportamentos de tipo bulímico com uma forte componente cultural e nem sempre com um carácter patológico.

Algumas classes romanas institucionalizavam rituais de ingestão seguida de vómitos e outros actos purgativos. Também na Grécia antiga havia cultos a deuses que incluíam rituais anorécticos e bulímicos e desde o Século XVII que surgem registos de casos cuja descrição poderia corresponder ao que actualmente se diagnostica como sendo uma BN (Brandão,2007).

A BN caracteriza-se por episódios de comer compulsivo, associados a um sentimento de descontrolo sobre o comportamento alimentar. Distingue-se por episódios repetidos de voracidade alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vómitos auto- provocados, abuso de laxantes, diuréticos e também actividade física excessiva.

A BN foi inicialmente descrita por Gérard Russel em 1979, como sendo uma variante da AN (Russel, 1997). Recebeu nomes alternativos até chegar-se a uma definição diagnostica.

Os critérios de diagnóstico segundo o DSM-IV-TR (2000/2002) para a BN são os seguintes:

A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:

1- Comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até duas horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;

2- Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).

B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar, usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.

C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.

D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formas corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.

Segundo o DSM-IV-TR (2000/2002) devem ser considerados dois tipos clínicos de bulimia:

Tipo Purgativo: durante o episódio actual de BN a pessoa induz regularmente o vómito ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Não Purgativo: durante o episódio actual de BN a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício fisco excessivo, mas não induz o vómito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas (clisters).

No caso da Bulimia Nervosa a introdução do DSM-V veio ditar uma mudança no que diz respeito à frequência exigida de crises bulímicas e comportamentos compensatórios. Comparando com o DSM-IV-TR que exigia pelo menos duas crises por semana por um período de três meses, no DSM-V esta exigência diminui para uma vez por semana, por um período de três meses (APA, 2013).

Embora a APA argumente que as características e evolução clínica dos pacientes com esse limiar sejam semelhantes, muitos profissionais criticaram a mudança, pelo possível risco de amplificação da incidência do transtorno (Araújo & Neto, 2014).

Para a ICD-10 os critérios de classificação para a BN são os seguintes:

> A- O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia nos quais, grandes quantidades de alimento são consumidos em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana, durante um período de três meses).
>
> B- Preocupação persistente com a alimentação e um forte desejo ou um sentimento de compulsão para comer.
>
> C- O paciente tenta neutralizar os efeitos calóricos dos alimentos que ingeriu por meio de um ou mais dos comportamentos que se seguem: vómitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos de alternância de inanição, utilização de drogas tais como anorexigénios, preparados tiroidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, estes poderão negligenciar o tratamento de insulina.

D- Existe uma distorção da imagem corporal, com intenso pavor de engordar e compensação com exercício físico excessivo ou jejuns.

Em qualquer um dos casos (Anorexia e Bulimia) deve ter-se em atenção as síndromes parciais, que na realidade poderão ter acentuada gravidade. São relevantes os seguintes sintomas:

A- Para mulheres, presença de todos os critérios de AN excepto amenorreia.
B- Todos os critérios de AN estão presentes e apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro de valores normais.
C- Todos os critérios de BN estão presentes, excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a duas vezes por semana, ou têm uma duração inferior a três meses.
D- Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal, após ingestão de pequenas quantidades de alimentos, por exemplo indução do vómito, utilização de laxantes, etc.
E- Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos.
F- Perturbação de ingestão alimentar maciça: episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência dos comportamentos compensatórios inapropriados característicos de BN.

À semelhança da AN, também na BN existe um intenso medo relativamente ao ganho de peso corporal. Verificam-se nos antecedentes destas doentes, obesidade e comportamentos de abuso de substâncias ou álcool. Na BN ressaltam-se as crises de voracidade alimentar desencadeada regra geral por sentimentos desagradáveis, tais como a raiva, a que se seguem frequentemente os vómitos auto-

provocados. A ingestão verificada aquando das crises pode incluir uma grande quantidade de alimentos, sobretudo de grande valor calórico. Nos casos mais graves, as crises ocorrem por várias vezes ao longo do dia, sendo mais intensas à noite. A BN é na maioria das vezes vivida em segredo, na medida em que não sendo o peso corporal tão baixo e evidente como no caso da AN, a doença consegue muitas vezes ser ocultada não reconhecendo muitas das vezes a família a existência de qualquer problemática e chegando em muitos casos as doentes a sofrer por longos anos em silêncio, determinando um atraso no diagnóstico e uma maior dificuldade no tratamento (Brandão, 2007).

Tal como na AN também a BN pode passar desapercebida durante muito tempo a familiares e pessoas mais próximas, uma vez que é uma doença que não apresenta uma grande expressão exterior (por exemplo a magreza extrema). As consequências físicas desta doença são mais silenciosas, embora não menos graves que as da AN.

Alguns sinais de alerta mais visíveis nesta patologia têm a ver com uma preocupação e avaliação constante do peso corporal e uma insatisfação com o corpo, imagem corporal distorcida e consequente medo de ganhar peso, rotina alimentar diária rígida com um interesse persistente acerca da constituição calórica dos alimentos e escolha dos alimentos menos calóricos. Podem surgir ainda comportamentos estranhos em relação à comida, irritabilidade geral, ingestão de líquidos em excesso, prática de exercício físico em excesso ou outros comportamentos que incitem gastos de energia. São também descritos como sinais de alerta a toma de laxantes e diuréticos, assim como a ingestão de álcool e drogas, tendo os comportamentos acima descritos um carácter impulsivo (Brandão, 2007). A idade de início pode ser classificada como precoce ou tardia e González, Hernandéz & Marín (2012) na sua amostra verificaram aparecimento dos sintomas em idades inferiores a 14 anos em cerca de 21,4%.

Em qualquer dos casos, AN ou BN, os comportamentos purgativos e a utilização desregulada e continuada de laxantes e outros

medicamentos sem qualquer vigilância comporta graves repercussões para a saúde, podendo alterar o funcionamento do coração, dos rins e provocarem lesões irreversíveis.

As classificações existentes incluem ainda outra categoria denominada de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (perturbação do comportamento alimentar- SOE) para codificar perturbações que não preenchem nem os critérios para AN nem para BN. A perturbação do comportamento alimentar- SOE é uma categoria para perturbações que não preencham os critérios completos para uma Perturbação do Comportamento Alimentar específica.

Os exemplos incluem:

A- Para mulheres, todos os critérios de AN estão presentes excepto a amenorreia.
B- Todos os critérios de AN estão presentes excepto que, apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais.
C- Todos os critérios de BN estão presentes excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a duas vezes por semana, ou têm uma duração inferior a 3 meses.
D- Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normalapós ingestão de pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, indução de vómito após comer duas bolachas).

2.3. Epidemiologia- Incidência e Prevalência das perturbações do comportamento alimentar

A AN e a BN são as duas principais Perturbações do Comportamento Alimentar e a relevância do seu estudo encontra-se relacionado com dois aspectos fundamentais. Por um lado o aumento da incidência destas patologias e por outro pela complexa etiopatogenia das mesmas.

Neste sentido, os estudos epidemiológicos permitem obter dados relativos à morbilidade populacional estabelecendo relações com características tais como o meio ambiente, a idade e o género, chegando a relações entre factores de causalidade.A incidência refere-se ao número de novos casos (início da patologia e não momento em que é detectada) que surgem num determinado período de tempo, geralmente expressa por cada 100.000 habitantes e permite avaliar a evolução da doença ao longo do tempo. A prevalência informa sobre o número de casos da doença num determinado período de tempo e numa determinada população, é geralmente expressa em percentagem e permite comparar populações de diferentes países, regiões ou locais (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge 1999).

Os estudos históricos sobre as perturbações do comportamento alimentar começam a surgir nos finais do século XIX. No entanto, o aumento do número de casos que surgiram nos países ocidentais a partir da Segunda Guerra Mundial, sobretudo nas décadas de setenta e oitenta, ditam um inevitável aumento dos estudos epidemiológicos.

Alguns problemas metodológicos continuam a existir nos estudos no âmbito destas patologias. Por um lado, fora do âmbito clínico e hospitalar são doenças pouco expressivas, o que torna difícil a selecção de amostras representativas. Por outro, apesar de descritas com precisão nas principais entidades nosológicas (DSM e ICD), excluem casos parciais ou subclínicos, considerados fundamentais no estudo de factores causais (Marques, 2007).

Os resultados encontrados no âmbito de estudos sobre as perturbações do comportamento alimentar nem sempre são consonantes. De facto, os estudos relativos à incidência e prevalência da AN têm mostrado resultados distintos (Smink, Hoeken & Hoek, 2012), que poderão estar relacionados com a população estudada por um lado, e com tipo de estudo, metodologia utilizada e instrumentos de avaliação utilizados, por outro. No entanto, alguns aspectos vêm-se revelando consistentes em todos os estudos. O primeiro é o de que a prevalência da anorexia nervosa é inferior à da bulimia nervosa. Em segundo lugar, a idade de início da anorexia é inferior à idade de início da bulimia, que parece surgir mais tardiamente (Dixe, 2007). Por último também parece consensual nas investigações, que o aumento dos casos é de alguma forma proporcional ao desenvolvimento de um país. Isto é, parece que nos países não ocidentais, os casos vão surgindo à medida que o país se vai desenvolvendo (DSM-IV, 1995; Gouveia, 2000; Sampaio, *et al.,* 1999).

A título de exemplo, no que diz respeito à cultura asiática e mais especificamente no Japão, até à segunda guerra mundial as perturbações do comportamento alimentar eram quase inexistentes. A partir dos anos quarenta verifica-se uma alteração dos padrões de beleza corporal das mulheres japonesas, quer pela divulgação através dos meios de comunicação, quer pela procura do ocidente por parte do turismo japonês, originando deste modo, uma mudança de atitudes relativamente ao comportamento alimentar. Neste novo contexto, uma investigação epidemiológica revelou uma proporção de AN na ordem de 1/500 em zonas urbanas e 1/2.000 em zonas rurais (Azuma & Henmi, 1982 citado em Toro, 1999), na medida em que as transformações culturais, a introdução de ideais de beleza e a ruptura com a tradição parecem ter contribuído para um aumento significativo da AN e BN nos anos subsequentes nestas culturas.

Apesar de investigações nesta área serem muitas vezes difíceis no sentido de identificar e recrutar um número significativo de pessoas com perturbação do comportamento alimentar, os estudos de incidência e

prevalência atingiram um consenso de um ligeiro aumento de casos, mais significativo no que à BN diz respeito (Toro, 1999).

2.3.1. Incidência e Prevalência da Anorexia Nervosa

No que diz respeito à incidência da AN segundo o DSM IV TR (2002), esta parece que vem aumentando nas últimas décadas. Contudo, nem sempre os estudos de incidência se revelam concordantes. No entanto, e uma vez que o interesse sobre estas patologias registaram um aumento, tal facto poderá ditar uma sobrevalorização dos resultados epidemiológicos e não um aumento real da patologia (Marques, 2007). Numa revisão da literatura em estudos retrospectivos até 1980, elaborados por Devaud, Michaud & Narring. (1995),verificou-se um aumento da incidência da AN. Contudo, na década de noventa, os dados revelaram que a incidência e prevalência no caso da AN permaneceram relativamente estáveis tal como mostram os resultados de doze estudos de incidência com vista a avaliar as tendências nos 50 anos precedentes que concluíram que a incidência total era de 8,20 por 100.000 indivíduos por ano. Comparando mulheres com homens, os dados de incidência foram respectivamente de 18,46 *versus* 2,25 por 100.000 sujeitos por ano.Os dados apontaram também, que no caso das adolescentes não existiram grandes alterações nos últimos anos a este nível No entanto, comparativamente com as mulheres os resultados para as adolescentes foram cinco vezes superiores (50,82 *versus* 10,37 casos por 100.000 sujeitos por ano). Embora não se tivesse verificado qualquer alteração ao nível da incidência da AN nas adolescentes, no caso das mulheres entre os 20 e os 30 anos verificou-se um aumento significativo de 6,28 (entre 1950-1964) para 17,70 (entre 1980 e 1992) de casos por 100.000 indivíduos/ano (Pawluck & Gorey, 1998).

Um estudo que contou com uma amostra de 1281 adolescentes entre os 15 e os 16 anos de uma escola pública de Madrid, teve como

objectivo avaliar a população em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, e que apresentava no EDI uma pontuação global superior a 50 e uma pontuação superior a 10 na subescala tendência para a magreza. Os autores consideraram ainda em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, aqueles indivíduos que pontuaram na subescala *Bulimia* um valor superior a 5 e um indicador de massa corporal inferior a 18. A população total que se encontrava em risco neste estudo foi de 12,2% dos rapazes e 31,21% das raparigas. Numa segunda fase do estudo os participantes considerados em risco foram avaliados através de uma entrevista semi-estruturada, tendo sido entrevistados pessoalmente 53,24% e por telefone 45,57%. De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-III-R, 0,69% das raparigas preenchiam os critérios para AN e 1,24% preenchiam os critérios para BN. A população masculina atingiu 0,36% para os critérios de BN. No que diz respeito às síndromes parciais foram obtidos resultados de 2,76% no género feminino e 0,54% no género (Morandé, Celada & Casas, 1999).

Numa extensa revisão de estudos epidemiológicos estimou-se entre as mulheres, uma incidência de AN de aproximadamente 8 em cada 100.000, e nos homens menos de 0,5 por cada 100.000 indivíduos/ano (Nielsen, 2001).

Uma outra análise de diversos estudos não confirmou a existência de uma incidência anual crescente, à excepção de um pequeno aumento da incidência de AN em mulheres jovens. A análise levada a cabo, relatou uma incidência média anual de AN na população em geral de 18,5 por 100.000 em mulheres e de 2,25 por 100.000 em homens por ano (Hay, 2002).

Numa outra investigação, foi levado a cabo um estudo em duas fases, no qual mediante as respostas a um questionário foi feita uma selecção de casos suspeitos, que foram num segundo período entrevistados individualmente. Os autores verificaram uma incidência total de 15 casos na sua amostra que compreendia um total de 595

adolescentes finlandeses entre os 15 e os 18 anos. A incidência de um qualquer transtorno alimentar (AN,BN, AN-Sem Outra Especificação, BN-Sem Outra Especificação) foi de 1641 por 100.000 pessoas por ano. A AN juntamente com AN-Sem Outra Especificação (que não satisfaz os critérios para uma perturbação do comportamento alimentar específica) apresentou uma incidência de 1204 por 100.000 sujeitos por ano e a BN juntamente com a BN- Sem Outra Especificação, apresentou uma incidência de 438 por 100.000 indivíduos/ano (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino & Björkqvist, 2009).

Uma revisão sistemática de 12 estudos de incidência cumulativa relatou uma incidência média anual na população geral de 18,5 por 100.000 sujeitos em mulheres e de 2,25 por 100.000 sujeitos/ano nos homens (Pawluck & Gorey, 1998).

A prevalência da AN é um assunto de interesse crescente e parece encontrar-se ligada a factores como o género, a idade, algumas características específicas da cultura e ainda à condição socioeconómica (Sampaio 1999).

No que diz respeito à prevalência da AN, os resultados são baixos. A prevalência encontrada nesta patologia ronda os 0,3%. Para a BN foi apurada uma prevalência de 0,80 e para o transtorno alimentar não especificado foi de 3,1%. (Pérez-Gaspar, Gual, Irala- Estévez, Martinez-Gonzalez, Lahortiga & Cervera, 2000).

Os estudos de prevalência revelam, no caso da AN diferenças entre os géneros. Trata-se de uma perturbação com maior expressão no género feminino (cerca de 90% dos casos) sendo raros os casos no género masculino. Ao longo da vida a prevalência estima-se 0,5%. No caso de Anorexia sub- clínica esta percentagem aumenta significativamente. Nos homens a prevalência de AN é de aproximadamente igual a um décimo da das mulheres (APA, 2000/2002).

Analisada a prevalência da AN, BN, Síndromes Parciais e Compulsão Alimentar em 482 estudantes (325 do género feminino e 157 do género masculino) de uma universidade da Galiza, foram encontrados 31 casos prováveis de perturbação do comportamento alimentar, ou seja, 6,4% dos sujeitos da amostra. Destes, contudo nenhum caso de AN foi encontrado em mulheres. Na mesma amostra foram apurados 4,3% de casos prováveis de BN. No caso do género masculino, foi encontrado 1 caso provável de Anorexia de tipo restritivo e foi ainda encontrada uma prevalência de 3,3% de trastorno alimentar sem outra especificação (Fernández, Otero, Castro & Prieto, 2002).

Num outro estudo com uma amostra de 3031 alunos, verificaram-se resultados superiores a 20 no EAT (já considerado indicativo de patologia alimentar) em 10,9% das raparigas e 2,4% de rapazes (Mc Nicholas, Lydon, Lennon & Dooley, 2009).

A prevalência da AN parece variar ligeiramente de acordo com determinados factores e tal como referido anteriormente, o tipo de estudo, de população e os instrumentos utilizados poderão explicar esta variação de resultados. No entanto, evidente parece ser a influência do género, idade, cultura e estatuto sócio económico. Em Portugal, não se verificou nenhum caso de AN, contudo, foram encontrados 3,4% de casos prováveis de situações parciais de AN em raparigas (2,3% de tipo restritivo e 1,1% de tipo purgativo) e 6,3% de casos prováveis de bulimia em raparigas entre os 14 e os 17 anos. Quanto ao género masculino apurou-se na mesma faixa etária 1,1% de situações sub clínicas de AN e 3,5% de BN. Uma vez que os casos foram obtidos mediante auto- relato foram considerados casos prováveis de perturbação do comportamento alimentar, o que reforça uma vez mais a importância da prevenção primária destas patologias (Dixe, 2007).

Quanto ao momento da ocorrência, a AN raramente surge antes da puberdade (APA, 2000/2002). O seu início situa-se tipicamente na fase da adolescência, sendo pouco frequentes os casos de início pré-púbere ou de início tardio. Apenas 5% das mulheres apresentam AN

após os 25 anos de idade. Nas populações de mulheres com menos de 25 anos a AN apresenta valores entre 0,5% e 1%. Relativamente a idades inferiores, nos últimos anos vêm aumentando o número de casos que surgem entre os 7 e os 13 anos, ou verificam-se já nestas idades, características fundamentais da doença (Sampaio, 2002). No que diz respeito à distribuição por idades, a AN tem o seu início tipicamente na fase da adolescência, mais especificamente entre o meio e o fim, sendo raros os casos de início mais tardio ou pré-púbere (DSM-IV-TR, 2006). De um modo geral, a idade em que a Anorexia ocorre, estende-se entre os 13/14 e os 25 anos, embora também se tenham encontrado casos antes ou depois destas idades (Keski-Rahkonen, e*t al*., 2007; Santos & Almeida, 2008).

A cultura também parece ser uma variável importante nas perturbações do comportamento alimentar. A AN, por exemplo, parece ser rara ou ausente nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, ao contrário das sociedades industrializadas, onde existe uma maior abundância de alimentos, tais como Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão e onde se tem registado um aumento desta patologia nos últimos anos (DSM-IV-TR, 2002).

De facto, parece que mesmo emigrantes oriundos de países onde a prevalência de AN é baixa, podem desenvolver esta perturbação à medida que vão interiorizando determinados ideias de beleza. Becker, Burwell, Gilman, Herzog & Hamburg (2002) realizaram um estudo longitudinal com o principal objectivo de avaliar o impacto da exposição prolongada à televisão, numa amostra de jovens adolescentes indígenas das ilhas Fidgi, onde a prevalência de perturbações do comportamento alimentar era extremamente baixa até ser introduzida a televisão, passando as jovens a mostrar um superior desejo de perder peso. A AN ocorrerá em menos de 0,5% das jovens ocidentais, não sendo comum na população geral.

Como conclusão verifica-se que os estudos de incidência apontam para um ligeiro aumento das perturbações do comportamento alimentar

(DSM-IV-TR, 2006) sobretudo no que diz respeito a países em vias de desenvolvimento, sendo esse aumento mais significativo nos países desenvolvidos.

2.3.2. Incidência e Prevalência da Bulimia Nervosa

Relativamente à incidência da BN, Hoek, Bartelds, Bosveld, der Graaf, Limpens, Maiwald, *et al.* (1995) estudaram uma população de 151,781 holandeses em centros de saúde entre 1985-1989, concluindo que a incidência da BN aumentou em quatro anos de 9,9 para 11,5 por 100.000 sujeitos por ano. Outros autores estimaram uma incidência mais elevada relativamente, sendo de 28,8 por 100000 mulheres (DP=29,7) e de 0,8 por 100000 (DP=0,0) homens por ano (Devaud, *et al.*, 1995).

Um outro estudo apurou uma incidência estimada para a BN de 13 por 100.000 sujeitos/ano (Nielsen, 2001) e em relação à BN, a taxa de prevalência desta nas adolescentes e mulheres jovens situa-se entre 1% e 3%, sendo a taxa de ocorrência nos homens de aproximadamente um décimo da das mulheres de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2006).

De um modo geral a BN tende a aparecer mais tarde do que a AN e surge sobretudo no final da adolescência ou em jovens mulheres, sendo muito mais reiterada em jovens do género feminino e mais frequentemente nos países industrializados. Em adolescentes e mulheres jovens a prevalência da BN parece situar-se aproximadamente entre 1% e 3% (DSM-IV-TR, 2006). Nesta linha vão os estudos de Kurth, Krahn, Nare & Drewnowsky (1995) que estudaram a prevalência da BN em 1367 estudantes universitárias, concluindo que a sua prevalência era de 2%.

A possibilidade de aparecimento da doença após os 40 anos pode acontecer devido a situações stressantes (DSM-VI-TR, 2006) Outros autores, corroboram igualmente a ideia de que alguns casos de BN

possam surgir em mulheres com idade superiores a 30 anos (Lambe, Jackson, Cassidy & Priest, 1993).

A prevalência da BN parece diferir de país para país, atestando deste modo a influência dos factores culturais, sendo que a BN ocorre em cerca de 1% das mulheres jovens ocidentais (Bushnell, Wells, Hornblow, Oakley- Brown & Joyce, 1990).

Uma comparação entre diversos países verificou taxas de prevalência para a BN nas mulheres na Hungria de 1%, na Áustria de 0,6% e na República Democrática da Alemanha de 0,0%. Para situações subclínicas de Bulimia a prevalência nas mulheres da Hungria foi de 3,8% e na Áustria 1,9%, enquanto na república Democrática da Alemanha encontraram-se 1,7% de casos. No caso dos homens os resultados encontrados foram ligeiramente inferiores. Na Hungria, os resultados foram de 1,2%, na Áustria 0,4% e na República Democrática da Alemanha, 0,8% (Rathner, Túry, Szabó, Geyer, Rumpold, Forgács, *et al.* 1995).

Outro estudo sobre a prevalência das perturbações do comportamento alimentar em jovens adolescentes italianas, verificou a existência de 0,5% casos de BN e 3,7% de casos para patologias alimentares não especificadas (Santonastaso, Zanetti, Sala, Favaretto, Vidotto & Favaro, 1996).

Numa amostra representativa de jovens com uma média de quinze anos da área metropolitana de Madrid (724 raparigas e 557 rapazes) os autores identificaram uma prevalência de 0,69% (5 raparigas) para AN e de 1,24% (9 raparigas) para BN. No caso dos rapazes, cerca de 0,36% (2 rapazes) preenchiam os critérios para BN. Na mesma amostra, 20 raparigas (2,76%) e 3 rapazes (0,54%) apresentaram sintomas parciais. Os resultados globais deste estudo mostraram que na amostra recolhida em Madrid, 4,7% das raparigas e 0,9% dos rapazes apresentavam um transtorno alimentar (Morandé, *et al.* 1999).

Finalmente, num outro estudo, tendo sido utilizada uma amostra com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos foi estimada uma prevalência de perturbações do comportamento alimentar segundo o diagnóstico do DSM-IV de 4,1% (Pérez-Gaspar, *et al*., 2000).

2.3.3. Incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal

Em Portugal, os estudos nesta área começam já a ser mais frequentes. No entanto, avaliando a evolução das perturbações do comportamento alimentar ao longo do tempo e tendo em conta que os estudos em Portugal têm uma história recente, percebe-se que a prevalência destes casos no país é relativamente baixa.

O primeiro estudo neste âmbito é de Azevedo & Ferreira e foi publicado em 1992. Nesta investigação desenvolvida numa das ilhas dos Açores que contou com a participação de 580 jovens rapazes e 654 jovens mulheres (num total 1234 jovens) com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, foram encontrados 2 casos de BN e 6 casos (1 rapaz e 5 raparigas) que preenchiam todos os critérios para AN relativamente ao peso. Os autores desta investigação concluíram que a prevalência das perturbações do comportamento alimentar nesta região é muito baixa (Baptista, Sampaio, Carmo, Reis & Galvão-Teles, 1996).

Anos mais tarde, foram inquiridos 2422 jovens com idades entre os 10 e os 21 anos da região de Lisboa. Os autores estimaram que a prevalência dos transtornos alimentares se situaria em 0.4%, enquanto os distúrbios na imagem corporal situar-se-iam nos 7% (Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves, *et al.,* 1996). Um estudo semelhante em população universitária feminina, que contou com uma amostra de 735 estudantes e uma média de idades de 26 anos veio a revelar que 55% das estudantes referiam desejo de perder peso, 25% referiam-se a flutuações no seu peso corporal no ano anterior, 12% estavam a fazer uma dieta e 48% haviam feito dieta anteriormente

(Baptista, *et al.,* 1996). Os autores deste estudo estimaram uma prevalência de 3% para a BN.

Um outro estudo realizado mediante um inquérito a 2398 estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 21 anos da região de Lisboa e Setúbal, estimaram uma prevalência de 0,37% para AN e 12,6% para síndromes parciais para AN (todos os sintomas à excepção de amenorreia) e 7% apresentavam alterações na imagem corporal, todavia sem perda de peso. Outros dados interessantes foram retirados deste estudo. Das inquiridas que apresentavam peso normal ou baixo, 38% manifestavam desejo de perder peso, 49% consideravam ter "*uma parte do corpo gordo"* e 51% declarava ter *"horror a aumentar de peso"* (Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves, *et al.*, 1999).

Pocinho (1999) inquiriu 549 estudantes (224 do género masculino e 325 do género feminino) entre os 12 e os 22 anos no distrito de Coimbra. Baseando-se nas respostas dos participantes aos questionários de auto resposta aplicados, o autor estimou nas participantes femininas uma prevalência de 0,60% para AN, 1,2% para BN e 19% para transtornos alimentares não especificados.

Com o objectivo de avaliar a prevalência destas patologias numa população não clínica de estudantes e identificar população de risco, foram encontrados em raparigas com idades entre os 14 e os 17 anos, 3,4% de casos de prováveis situações parciais de anorexia e 6,3% de bulimia. Nas raparigas com idades entre os 18 e os 25 anos de idade verificaram-se 1,4% de situações parciais de anorexia e 3,5% de bulimia. No que diz respeito aos rapazes, nos que apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos verificaram-se 1,1% de situações parciais de anorexia e 3,5% de bulimia, enquanto nos rapazes com idades entre os 18 e os 25 anos, os valores encontrados foram inferiores e na ordem dos 0,6% dos jovens que se enquadrava em situação de BN. Para a AN não se expuseram quaisquer situações parciais (Dixe, 2002).

Um estudo comparativo entre estudantes do primeiro ano do ensino universitário numa universidade no norte de Portugal e estudantes do Noroeste de Espanha, mediante a utilização do *Eating Disorders Inventory* mostrou que um número significativo de estudantes pontuou um resultado elevado no *EDI-2*, apresentando uma prevalência considerável de problemas relacionados com a alimentação. Os dados sugerem ainda que a prevalência para BN na região Noroeste da Península Ibérica era de 4,0%. Para a amostra portuguesa a prevalência de BN foi de 6,0% e de 2,4% para a amostra espanhola. No que diz respeito à AN não se verificaram quaisquer casos. Em relação aos resultados dos sintomas para a AN, 31% da amostra portuguesa revelava medo de aumentar o peso e cerca de 0,2% apresentava distorção da imagem corporal. Na amostra espanhola o medo de aumentar o peso foi encontrado em 45% da amostra e 0.2% apresentava distorção da imagem corporal. No que diz respeito à BN o estudo sugeriu que 10,3% da amostra portuguesa cumpria os critérios para compulsão alimentar mais de duas vezes por semana enquanto para a amostra espanhola os resultados foram de 3,5%. Em relação a comportamentos compensatórios foram encontrados resultados de 6,0% e 2,4% para as amostras portuguesa e espanhola respectivamente (Machado, Fernández, Gonçalves, Martins, Otero, Machado, *et al.* 2004).

No que diz respeito à prevalência de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação, foi estudada uma população de 2028 sujeitos entre os 12 e os 23 anos em diversas escolas públicas portuguesas num estudo que decorreu em duas fases. Numa primeira fase, todos os participantes preencheram o *Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q, 4.ª edição).* Na segunda fase, foram seleccionados os sujeitos que preenchiam os seguintes critérios: IMC menor ou igual a 17,5; pontuação maior ou igual a 4 em cada uma das subescalas do instrumento utilizado; uma pontuação igual ou superior a 4 no *score* total da escala; e por último a presença de comportamento alimentar disfuncional Na segunda fase os investigadores entrevistaram uma amostra de 901 participantes. Os

resultados encontrados relativamente à prevalência de perturbações do comportamento alimentar em Portugal foram de 3,06%. A prevalência de AN foi de 0,39%, de BN foi de 0,30% e para distúrbio alimentar sem outra especificação foi de 2,37% (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007).

A frequência de sintomatologia alimentar medida através do EDI num estudo com uma amostra de 1388 estudantes do ensino secundário e superior de estabelecimentos do centro de Portugal, averiguou na subescala *Bulimia* uma tendência para comer em excesso e descontroladamente. Contudo, a autora verificou que os resultados apurados para o género masculino e feminino (entre os 14 aos 17 anos) eram baixos e pouco significativos estatisticamente com $\overline{X}$ = 1,12 e 1,14 respectivamente. Assim, em Portugal, onde a prevalência de AN e BN é baixa, encontram-se generalizados o ideal de magreza e as alterações de comportamento que levam a perturbações na imagem corporal e consequentemente à prática de uma dieta e no que diz respeito à influência de padrões culturais dos países mais industrializados, sobretudo a influência dos meios de comunicação social, os transtornos do comportamento alimentar parecem caminhar no sentido dos países mais desenvolvidos (Dixe, 2007).

Embora em Portugal não se conheça a evolução da frequência das perturbações do comportamento alimentar, pensa-se que poderão estar a aumentar como vem acontecendo na generalidade dos países desenvolvidos, facto que uma vez mais nos dirige para a necessidade de estudos relativos à ocorrência deste tipo de perturbações em idades cada vez mais precoces.

2.4. Manifestação clínica e evolução das perturbações do comportamento alimentar

2.4.1. Manifestação Clínica e Evolução da anorexia nervosa

De acordo com Santos & Almeida (2008), as perturbações do comportamento alimentar são desordens que contemplam basicamente a AN e a BN, as quais são duas a cinco vezes mais comuns do que as outras alterações do comportamento alimentar e sendo doenças que provocam um intenso sofrimento, este acaba inevitavelmente por abarcar não só o doente mas também a sua família.

A AN comporta severas perturbações e a sua principal característica é o medo mórbido de aumento de peso, sendo que a primeira manifestação desta doença surge sob a forma de uma restrição dietética auto-imposta e rígida, muitas vezes acompanhada de exercícios físicos intensos e planeados, com vista à redução do peso (DSM-IV-TR, 2002; Santos & Almeida, 2008).

As perturbações do comportamento alimentar são doenças que poderão surgir relacionadas com fases próprias do desenvolvimento, nas quais o adolescente assume responsabilidades ou decisões importantes, seja ao nível escolar, profissional ou da vida em geral, responsabilidades essas sentidas como transcendentes (Brandão, 2007).

É recorrente a AN iniciar-se na adolescência e os sintomas passarem muitas vezes despercebidos aos familiares. Os resultados de um estudo com pacientes 13 com AN apontam para que a idade do começo da doença tenha uma média de 17,7 anos (Bizeul, Sadowsky & Rigaud, 2001).

A tríade sintomática *Emagrecimento*, *Anorexia* e *Amenorreia* é utilizada para estabelecer o diagnóstico (Brandão, 2007).O emagrecimento encontra-se directamente ligado à restrição alimentar e calórica. Esta restrição acrescida de uma hiperactividade motora, leva à utilização de reservas energéticas e consequente estado catabólico, podendo as perdas de peso situar-se entre os 25 e os 50%. Esta perda origina uma diminuição do tecido adiposo e muscular, sendo visíveis marcados sinais de desnutrição.

A amenorreia é um factor determinante no estabelecimento do diagnóstico de AN, correlacionando-se com o grau de desnutrição e com a perda de peso. Este distúrbio pode preceder a declaração da doença e persistir mesmo após a normalização do estado nutricional, razão pela qual a ausência de menstruação deve ser considerada um sinal alarmante. A amenorreia pode ainda preceder o emagrecimento, ser concomitante, ou aparecer alguns meses depois. Da amenorreia decorrem distúrbios hormonais que levam a uma regressão à fase pré-pubertária.

Tal como em outras doenças, a AN e a BN evoluem de diferentes modos dependendo dos factores individuais de cada doente, no entanto, esquematizam-se seguidamente (Quadro 1) os factores que poderão ser considerados de manutenção:

Quadro I- Factores de Manutenção para a Anorexia e Bulimia Nervosas

Factores de Manutenção Adaptado de Brandão (2007)
-Alterações hormonais do hipotálamo com diminuição da regulação da temperatura e disfunção dos centros da fome e da saciedade;
-A redução de hidratos de carbono e de gorduras da sua dieta, nos doentes restritivos;
-Os comportamentos de restrição alimentar;
-A manutenção dos comportamentos compensatórios;
-A extrema sensibilidade do doente perante toda a informação relacionada com o aspecto físico;
-A insatisfação com o corpo e a preocupação excessiva com o peso;
-A afirmação pessoal através do seu comportamento alimentar;
- A pressão exercida do exterior por parte de outros, acerca do controlo do seu comportamento alimentar;
-A tendência para ser muito delicado e o empenho em fazer tudo melhor e mais perfeito;

-Nos doentes com hiperactividade, não parar de gastar energia;
-Alterações constantes de humor;
-Isolamento social e perda de interesses, concentrando a sua atenção em temas relacionados com a alimentação, a estética e a avaliação corporal constante;
-A existência de uma problemática emocional desconhecida;
-Dinâmica familiar que se mantém disfuncional.

A AN encontra-se frequentemente associada à incapacidade e à ameaça de complicações graves que podem diminuir consideravelmente a qualidade de vida e o bem - estar do doente (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006). Assim, os indicadores de prognóstico são deveras importantes na análise dos casos. Segundo Pinzon & Nogueira (2004), conhecer os indicadores de bom e mau prognóstico das perturbação do comportamento alimentar permite determinar com maior precisão o tempo, a intensidade e o tipo de tratamento para as perturbações do comportamento alimentar. No caso da AN, são apontados como factores de bom prognóstico a idade menor do início da doença dos adolescentes. Existem dados que sugerem que quando a doença começa no início da adolescência (entre os 13 e os 18 anos), o prognóstico poderá ser melhor do que se esta se inicia em idade adulta ou no final da adolescência, que ainda assim apresentam melhor evolução do que os adultos. Também o menor número de hospitalizações e curto tempo de existência da doença antes do internamento surgem segundo os autores, como um indicador de melhor prognóstico.

De facto, Bizeul, Sadowsky & Rigaud (2001), quando compararam pacientes com AN que se haviam recuperado, com pacientes com uma má evolução no tratamento, verificaram que o início médio da doença no primeiro grupo (17,7 ±3,0) era inferior à idade média de início da doença no segundo grupo (18,4 ±3,3).

São apontados como indicadores de mau prognóstico, a duração prolongada da doença (antes de iniciar tratamento ou por intervenções mal sucedidas), o início tardio da patologia, a presença de sintomas

bulímicos, peso inicial muito baixo, relações familiares problemáticas prévias ao transtorno alimentar e o estado civil, se for casada. Juntamente a estes factores encontra-se ainda o baixo peso no momento da alta hospitalar, abuso ou dependência de álcool e doença afectiva durante o curso da AN.

Neste âmbito, Bizeul, *et al.* (2001), com base num estudo de seguimento prospectivo entre 5 e 10 anos em dois grupos de pacientes com AN, em que num grupo as pacientes haviam recuperado completamente e noutro houve uma má evolução, não tendo havido recuperação, concluíram que, segundo as análises univariadas, pontuações elevadas no EDI (*Eating Disorders Inventory*) nas subescalas "*perfeccionismo*", "*consciência interoceptiva*" e "*impulso para emagrecer"* se encontravam significativamente associadas com um mau prognóstico para o tratamento e ainda 5-10 anos depois. Ainda no mesmo estudo, uma análise multivariada mostrou que pontuações iniciais altas para "*perfeccionismo*" e "*desconfiança interpessoal*" se encontravam associados significativamente com a gravidade da doença podendo-se avançar, segundo os autores, que uma pontuação total alta no EDI e sobretudo nas subescalas "*Perfeccionismo*" e "*Desconfiança Interpessoal*" pode predizer uma evolução grave a longo prazo no que à AN diz respeito.

Quanto aos tratamentos, Bouça (2000) refere a importância de um trabalho multidisciplinar, devendo as equipas de trabalho nesta área serem compostas por profissionais das áreas da psiquiatria, psicologia, dietética e endocrinologia. Com frequência é indicada a hospitalização, quando ocorre uma rápida e severa perda de peso e existe risco de vida, ou ainda, quando uma depressão se encontra igualmente associada. Do mesmo modo, poderá ser indicado um internamento compulsivo, se o paciente não reconhece a doença ou recusa o tratamento (Santos & Almeida, 2008). O principal objectivo de qualquer intervenção é a recuperação do peso e o tratamento poderá demorar vários anos (5 a 6) desde o diagnóstico até à recuperação. Um dos tratamentos imprescindíveis nestes casos é a psicoterapia, que poderá

assentar em distintas correntes teóricas, e que de um modo geral visa reorganizar a forma como os pacientes percebem a sua própria realidade (Santos & Almeida, 2008).

A corrente construtivista, pressupõe que o desenvolvimento humano é contínuo e dá-se a partir de uma sucessiva reorganização do sistema. Para esta corrente, a AN é um episódio agudo ou crónico de desorganização. Deste modo, os transtornos alimentares, decorrem de uma desorganização na maneira como os pacientes processam as suas experiências e as vivenciam de forma a tornar a realidade equilibrada, mantendo coerência relativamente à sua percepção do mundo, do outro e do seu próprio eu (Abreu & Filho, 2004).

A corrente cognitivista defende que entre o mundo e o indivíduo existe o pensamento, isto é, a maneira como as pessoas se sentem e consequentemente agem, é o resultado de uma actividade cognitiva contínua, que atribui significados aos acontecimentos externos, levantando a questão da supremacia do pensar sobre o sentir e o agir. Neste sentido, a psicoterapia visa refazer a construção da realidade, desenvolvendo gradualmente as habilidades do sujeito para responder às situações emocionalmente desafiantes (Abreu & Filho, 2004). Quer se trate de AN ou de BN e por serem doenças do comportamento, para Brandão (2007), o tratamento por excelência deverá ser feito de acordo com um modelo comportamental e cognitivo.

Outra abordagem terapêutica utilizada no tratamento de pacientes com transtornos alimentares é a psicoterapia familiar, a qual pressupõe que a dinâmica familiar possui marcada importância na recuperação dos pacientes. Esta terapia é fundamental para envolver toda a família na recuperação e para reestruturar os relacionamentos entre os membros da família, tornando-os mais saudáveis e adequados.

Quando é identificada uma perturbação do comportamento alimentar num elemento da família, pode acontecer que esta negue a existência da doença (Brandão, 2007).Para esta autora, a família passa por três fases, aquando da confirmação do diagnóstico (Quadro I).

Quadro II- Evolução Familiar após o diagnóstico (Brandão, 2007), (Adaptado).

Evolução Familiar após o diagnóstico	
Fase de Incompreensão	Os familiares têm dificuldade em aceitar que a pessoa se recusa a comer, ou que purga o que ingere. Torna-se estranho ouvir dizer que está gordo, quando na realidade se encontra doente e com baixo peso.
Fase de Pressão	O ambiente familiar torna-se bastante tenso. Os familiares tentam muitas vezes forçam o doente a comer, aumentando a sua resistência à alimentação e promovendo o afastamento. Frequentemente o empenho da família é sentido como invasão e desrespeito pela sua privacidade, criando dificuldades no relacionamento e sentimentos de incompreensão.
Fase de Colaboração Eficaz	Pouco a pouco os familiares percebem a necessidade de não pressionar relativamente à alimentação, passando a ser a prioridade de todos o encaminhamento e colaboração no tratamento. Será imprescindível uma abordagem familiar (terapia familiar) para que as dificuldades possam ser vividas e trabalhadas por todos os elementos da família.

Ainda de acordo com Brandão (2007), a família (pais e familiares mais directos) necessitará de orientação relativamente à doença, tratamento e características inerentes. A terapia que se inicia para a família, poderá evoluir para uma terapia de casal ou até mesmo para a terapia individual de algum dos pais.

Eisler, Dare, Hodes, Russel & LeGrange, (2000), utilizaram as pontuações do *EDI*, para avaliar os progressos na terapia familiar em pacientes com AN. Ao dar seguimento a um grupo de 40 pacientes durante o período de um ano a anorécticas e suas famílias, concluíram que a pontuação no *EDI* foi diminuindo no decorrer da terapia.

De acordo com Abreu & Filho (2004), em alguns casos é igualmente necessária uma abordagem psicofarmacológica, sendo os antidepressivos utlizados para tratar os sintomas depressivos. A eficácia dos inibidores de recaptação de serotonina na prevenção da recaída após o ganho de peso, ainda tem uma eficácia incerta. Poderão ser úteis, mas serão com certeza insuficientes quando não associados a outra terapêutica (Brandão, 2007).

Novos estudos vêm sendo desenvolvidos para determinar as quantidades de doses eficazes e duração do tratamento, bem como as diferenças nos resultados terapêuticos com associação de psicoterapia. Nos estudos levados a cabo, nenhum psicofármaco foi claramente mais eficaz do que o placebo na melhoria dos sintomas exclusivos da AN, e até à data, nenhum tratamento farmacológico se mostrou realmente eficaz no tratamento da doença (Santos, 2001). O tratamento da AN mantém limitações diversas que se encontram patentes no tempo necessário para a recuperação da doença que se estende dos seis aos doze anos. Mais recentemente a recuperação total foi demonstrada após 21 anos de uma AN severa (Löwe, 2001). A sugestão dos estudos vai no sentido de que os tratamentos que apresentam melhores resultados são os que se iniciam o mais próximo possível do início da sintomatologia (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006).

Mais recentemente e com o avanço do conhecimento do cérebro, vêm surgindo novas abordagens terapêuticas com resultados muito promissores na intervenção das patologias do comportamento alimentar.

Uma dessas terapias é o EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), que significa Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares. Trata-se de uma abordagem terapêutica que utiliza a estimulação bilateral do cérebro como forma de desbloquear conteúdos traumáticos ou experiências não processadas.

O método foi desenvolvido por Francine Shapiro no final dos anos 80 após ser descoberto acidentalmente.

O nome deve-se ao facto de ser uma abordagem que induz a estimulação selectiva dos hemisférios cerebrais e começou por ser utilizado no tratamento de traumas emocionais e sequelas provocadas por Perturbação de Stress Pós Traumático. No entanto as possibilidades de intervenção têm-se ampliado, sendo actualmente utilizado em diversas situações clínicas (Shapiro, 2001). Vários estudos rigorosamente controlados têm sido desenvolvidos no sentido de provar a eficácia da abordagem e neste momento é uma terapia baseada em evidência científica, recomendada pela Organização Mundial de Saúde

e outras entidades para o tratamento de Perturbação de Stress Pós-Traumático em distintas patologias, incluindo médicas (Shapiro, 2014).

No âmbito das perturbações do comportamento alimentar, a abordagem pressupõe que à parte de factores genéticos, experiências e relações familiares, contextos sociais, a intervenção deverá passar pelo reprocessamento das experiências armazenadas de forma inadaptada, levando a uma funcionamento pessoas específico e contaminado por estas mesmas experiências. Através do EMDR é possível processar alvos terapêuticos específicos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e traumas que subjacentes que estão na origem da desordem em si e da não-aceitação do corpo (Scholom, 2009). A autora considera os sintomas das perturbações alimentares como defesas utilizadas como evitamento a determinados sentimentos, pensamentos, conflitos e fantasias. Por outro lado a instabilidade afectiva, a vulnerabilidade, o sentimento de impotência, a vergonha, são comuns no especto dos transtornos alimentares e estariam relacionados com problemáticas de apego. O EMDR, acede às relações não-verbais internas situadas no hemisfério cerebral direito, fornecendo a possibilidade de estas mesmas experiências serem acedidas, processadas e reparadas (Shapiro, 2001).

No que diz respeito ao sucesso da terapia e recaída, Garfinkel (1992) afirma que os resultados dos tratamentos para a AN e BN têm mostrado que estas são duas doenças que se cruzam e que em ambas as taxas de recaída são elevadas.

Bouça (2000), da sua longa experiência de trabalho neste campo, refere que apenas 40% dos pacientes recuperam totalmente, 30% recuperam parcialmente, isto é, verifica-se um aumento do peso, o regresso da menstruação, no entanto persiste a preocupação com a imagem corporal e 20% dos casos tornam-se crónicos. Contudo, os trabalhos demonstram que, mesmo mantendo o peso e menstruações regulares, grande parte das pacientes com AN mantém alterações físicas, psicológicas ou sociais (Pinzon & Nogueira, 2004).

De um modo geral, os índices de recaída situam-se entre os 12% e os 27% com uma taxa de cronicidade aproximada de 20%. Uma má evolução durante o tratamento requer uma terapia intensiva de longo prazo, rigorosa e adaptada a cada caso, com o propósito específico de prevenir situações de recaída (Bizeul, Sadowsky & Rigaud, 2001).

Segundo a revisão de Pinzon & Nogueira (2004) em geral e depois das intervenções terapêuticas, as taxas de recuperação completa da AN encontram-se nos 50%, a recuperação parcial nos 30% e a recuperação desfavorável nos 20%. Embora os resultados possam parecer animadores, os estudos mostram que parte das pacientes com AN mantêm alterações físicas, psicológicas e sociais.

Bizeul, Sadowsky & Rigaud (2001), em 26 casos que acompanharam num período compreendido entre 5 e 10 anos, registaram uma evolução negativa durante o tratamento em 50%. Importa ainda referir que a recuperação da doença pressupõe determinados critérios de cura.

Segundo Bouça (2000), são critérios de cura um IMC superior a 18,5, o retorno da menstruação e a ausência de preocupação com a imagem corporal e com a comida.

O estudo da equipa de investigação de Keski-Rahkonen, *et al.* (2007), apurou uma taxa de recuperação clínica a cinco anos de 66,8%. De acordo com os mesmos autores após a recuperação clínica, os sinais da doença diminuíram gradualmente. Cinco anos após a recuperação clínica, a maioria dos casos testados havia alcançado uma completa ou quase completa recuperação da sintomatologia psicológica. No entanto, a recuperação nem sempre é linear e na maioria das vezes o tratamento encontra-se marcado por inúmeras recaídas, que de acordo com Brandão (2007), podem não significar que o doente não esteja a melhorar. Muitas das vezes o que está em causa é a mudança comportamental, que na maioria dos casos só é possível à custa de tentativas. No fundo, para esta autora, trata-se de que o doente consiga ir aprendendo com a experiência e gradualmente reconheça o benefício

da aprendizagem, ainda que com atitudes e comportamentos de incumprimento do plano terapêutico.

Para Bizeul, Sadowsky & Rigaud (2001), os pacientes em risco de apresentarem uma evolução negativa durante o tratamento a longo prazo, apresentam cinco características principais: 1)um nível elevado de perfeccionismo; 2) relações interpessoais marcadas por grande desconfiança; 3) um forte sentimento de ineficácia; 4) pouco conhecimento interoceptivo e 5) um desejo significativo de magreza.
No que diz respeito a um desfecho menos desejável, já Bruch em 1975, percebendo a gravidade da doença, fez a estimativa de que 10% das adolescentes anorécticas se submetiam a um regime de fome até à morte. De um modo geral as taxas de mortalidade variam de 5 a 20%. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o índice de mortalidade subsequente à AN ronda os 10%, sendo a maior taxa de mortalidade nos transtornos psicológicos. Segundo Bouça (2000) esta taxa situar-se-á nos 10%. A morte, ocorre na maioria dos casos e de acordo com o DSM-IV-TR (2002) devido a inanição, suicídio e transformações hidroelectrolíticas. Outros autores consideram como principais causas da mortalidade, complicações próprias da AN (50 a 54%), suicídio (24 a 27%) e causas desconhecidas (15 a 19%), (Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996; Löwe, Zipfel, Buchholz, Dupont, Reas & Herzog, 2001; Nielsen, 2001).

A taxa de mortalidade parece depender ainda do tempo de duração do quadro, da precocidade da intervenção e do investimento do paciente na sua recuperação (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006). Contudo, o tempo de seguimento dos estudos interfere nos resultados encontrados relativamente às taxas de recuperação e também de morte (Pinzon & Nogueira, 2004). Segundo o autor, estudos com períodos de seguimento superior demonstram um aumento do número de pacientes recuperados e ainda aumento do número de pacientes que acabam por morrer.

2.4.2. Manifestação Clínica e Evolução da Bulimia Nervosa

De um modo geral, a BN é um quadro mais prevalente que a AN (Santos, 2001). As suas principais características desta perturbação são os episódios bulímicos de ingestão compulsiva, caracterizado por uma ingestão incontrolada e rápida de grandes quantidades de alimentos que evoluem para comportamentos compensatórios tais como a purgação, de forma a evitar ganhar peso.

Segundo o DSM-IV-TR (2002) a BN surge geralmente no final da adolescência ou idade adulta, muitas vezes após uma dieta e persistindo durante vários anos. De acordo com Santos (2001), o início dos sintomas na BN ocorre entre os 16 e os 19 anos. Contudo, a procura de tratamento médico demora em média cinco anos, muito em parte por sentimentos de culpa e vergonha e pela rejeição da gravidade da situação.

Brandão (2007) também considera que os doentes com BN se mantêm muito tempo sem tratamento. Para a autora, será um dos sintomas da doença negar a sua existência e a sua gravidade. Daí que os doentes ofereçam resistência a um tratamento. Por um lado, consideram que conseguirão tratar-se sozinhos e por outro, têm vergonha de assumiram o se problema.

No que diz respeito à evolução da doença, a BN principia habitualmente no final da adolescência ou no início da idade adulta. Em regra, após uma dieta alimentar poderão surgir episódios de ingestão compulsiva, persistindo este comportamento ao longo de alguns anos. A evolução poderá ser crónica, ou alternar com ciclos remissórios com recorrente ingestão compulsiva.Tal como para a AN, também no caso da BN será importante a intervenção de uma equipa multidisciplinar para o tratamento efectivo desta patologia (Santos, 2001).

O acompanhamento nutricional é igualmente recomendado e conjuntamente com técnicas cognitivo-comportamentais parecem ser as formas terapêuticas que obtêm melhores resultados. Tal como na AN, as psicoterapias individual e familiar são as mais indicadas para o tratamento da BN (Santos, 2001).

O tratamento da BN é habitualmente ambulatório. Contudo, em casos em que verifica risco para a saúde, depressão grave, risco de suicídio ou ainda não colaboração no tratamento, poderá ser proposto o internamento. No entanto, de acordo com Santos (2001) apenas 5% dos casos de BN exigem internamento.

Diversas abordagens terapêuticas vêm sendo utilizadas na BN. Assim, tal como na AN, a terapia cognitivo-comportamental é uma das mais utilizadas e é apontada como o tratamento mais eficaz para a redução dos sintomas inerentes à BN, alteração das atitudes disfuncionais em relação à forma, ao peso, à dieta e aos comportamentos purgativos a curto prazo (Fairburn, Marcus & Wilson, 1991).

A terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da BN foi adaptada da teoria de Beck, Rush, Shaw & Emery (1982) por Fairburn (1985), revista por Fairburn, Marcus & Wilson (1993) e assenta em cinco princípios fundamentais:

1) Auto-monitorização da ingestão alimentar (incluindo os episódios de compulsão alimentar e purgação);
2) Pesagem regular;
3) Utilização de técnicas específicas com vista a normalizar o comportamento alimentar e reduzir as dietas restritivas.
4) Reestruturação cognitiva focada nos factores relacionados com o desenvolvimento e com a manutenção do transtorno alimentar;
5) Prevenção da recaída.

A Terapia Cognitivo- Comportamental poderá ser utilizada individualmente ou em grupo.

Para Santos (2001), a terapia nutricional é igualmente fundamental no tratamento dos doentes com BN e deverá ser integrada nos programas de tratamento quer da BN quer da AN, qualquer que seja a modalidade terapêutica utilizada. A terapia nutricional inclui o acompanhamento do estado nutricional e de todo o processo de tratamento, aconselhamento, prescrição de suplementos nutricionais e será sempre um trabalho realizado em equipa multidisciplinar.

A BN parece apresentar uma evolução mais favorável que a AN, embora os estudos sobre a BN apresentem tempos de seguimento inferiores aos da AN.Os estudos analisados indicam índices de recuperação total entre os 50 e os 70% (Pinzon & Nogueira, 2004), contudo as taxas de recaída parecem situar-se entre os 30 e os 50% (Santos, 2001).

Para Becker, Grinspoon & Klibanski (1999), metade dos pacientes apresenta recuperação completa, aproximadamente 30% apresentam recuperação parcial e 20% não apresentam melhoria substancial nos sintomas.

Hartmann, Herzog & Drinkman (1992) numa meta análise de 18 estudos sobre psicoterapia para a BN verificaram que a remissão espontânea dos sintomas nesta doença carece de relevância clínica.

Fairburn, Cooper & Doll (2000) verificaram que metade a dois terços das pacientes com BN, apresentavam algum sintoma clinicamente significativo depois do tratamento. Verificaram ainda que com o passar do tempo há uma melhoria gradual dos quadros clínicos. Os resultados de estudos nesta área revelam elevadas taxas de remissão dos sintomas.

Mitchell, Raymond & Specker (1993) num estudo em que analisavam grupos intervencionados com Terapia Cognitivo-Comportamental em

diferentes graus de intensidade, quer em número, quer em duração de sessões, verificaram que os resultados diferiam de acordo com a intensidade das sessões. Assim, os grupos que eram submetidos a sessões mais intensivas, obtinham melhores resultados em termos de redução de episódios bulímicos. Igualmente, Agras, Crow, Halmi, Mitchell, Wilson & Kraemer (2000), averiguaram a eficácia desta terapia para a BN. Os autores testaram a intervenção em pacientes bulímicas com duas formas distintas de terapia. Distribuindo pacientes aleatoriamente por dois grupos terapêuticos, verificaram que o grupo que recebeu uma terapia cognitivo-comportamental durante 20 semanas apresentou recuperação em 29% dos pacientes e em 48% dos casos verificou-se uma remissão dos sintomas. A utilização de terapia interpessoal revelou recuperação em 6% dos pacientes tratados e a remissão dos sintomas foi verificada em apenas 28% dos pacientes. Contudo, para este grupo de investigadores, apesar de a terapia cognitivo comportamental levar a uma recuperação mais rápida, a longo prazo parece haver eficácia semelhante nestas duas formas terapêuticas.

O tratamento combinado, individual e grupal, tem revelado bons resultados. Lacey (1983), num seguimento de pelo menos dois anos, com a duração de dez semanas e que decorria durante metade do dia, foi combinado da seguinte forma: tratamento de base cognitivo-comportamental, com técnicas de aconselhamento para estruturar e corrigir o padrão alimentar caótico, progredindo para uma terapia de orientação psicodinâmica. Os autores verificaram que 80% dos pacientes pararam a ingestão compulsiva e os vómitos completamente ao final de 10 sessões e mais 4 pacientes pararam após mais quatro semanas, com uma taxa de sucesso total de 93%.

Collins & King (1994), realizaram também um estudo de seguimento com 49 mulheres e 1 homem com diagnóstico de BN e verificaram que 52% recuperaram totalmente, 9% continuaram com a doença e 39% continuaram a manifestar alguns sintomas. Os autores verificaram que

nos casos em que não houve recuperação completa, persistiram uma série de dificuldades e comportamentos alimentares inadequados.

Keel & Mitchell (1997), num trabalho de revisão de 88 estudos, sintetizaram os dados de um seguimento de 6 meses de pacientes com BN. Passados entre 5 e 10 anos a percentagem de recuperação completa foi de 50% enquanto 20% continuavam a preencher os critérios de BN e cerca de 30% recaíram. No entanto, os critérios de recuperação diferem de acordo com os investigadores.

Mitchell, Davis & Goff (1985) consideram um paciente recuperado, quando num período de pelo menos dois meses não se verifica ingestão compulsiva e comportamentos purgatórios. Consideram que o paciente recaiu, se os sintomas retornam com periodicidade semanal e durante pelo menos dois meses.

A resposta ao tratamento verifica-se aquando da existência de no máximo dois episódios de ingestão compulsiva e de comportamentos purgatórios nas duas últimas semanas de tratamento. Considera-se que o paciente recaiu, se existirem pelo menos oito episódios de ingestão compulsiva e comportamento purgativo num período de quatro semanas (Pyle, Mitchell, Eckert, Hatsukami, Pomeroy & Zimmerman, 1990). A remissão completa verifica-se, quando a ausência da ingestão compulsiva e dos comportamentos purgativos, se mantém há pelo menos seis meses (Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow 1999).

O prognóstico da BN não é muito positivo na medida em que a maioria dos pacientes manifesta sintomatologia até ao final do tratamento (Garner,1987). Estudos de seguimento mostram elevadas taxas de recaída, sugerindo que a BN tem uma evolução severa e crónica. Muitas vezes os pacientes conseguem melhorar a curto prazo, mas acabam por recair em poucos anos (Santos, 2001). Os preditores de prognóstico não são contudo claros. Abraham, Mira & Lewellyn-Jones (1983); Fairburn, Kirk, O´Connor & Cooper (1986); Hsu & Holder, (1986), não encontraram uma relação clara entre a frequência de comportamentos bulímicos antes do início do tratamento e a boa

resposta ao mesmo. Quando analisados outros factores tais como a duração da doença, idade de início da mesma, presença de sintomatologia depressiva e histórico de AN, os trabalhos dos autores supracitados também não chegaram a resultados conclusivos. Os resultados dos estudos relativos ao prognóstico para a BN, também diferem. Para Freeman, Beach, Davis & Solyom (1985), a insatisfação com a imagem corporal no final do tratamento, foi o mais forte preditor de recaída num seguimento de seis meses. No estudo de Fahy & Russel (1993), das 39 bulímicas avaliadas, as que obtiveram pior resposta ao tratamento tinham igualmente, sintomas mais severos, menor IMC e maior tendência a transtornos de personalidade antes do início do tratamento. Para Olmsted, Kaplan & Rockert (1994) são preditores de recaída, a idade jovem do doente, o elevado número de episódios de vómitos e uma elevada pontuação na *Subescala Bulimia* do *EAT-25.* De acordo com os autores, os pacientes estudados que apresentaram taxas superiores de recaída eram mais jovens, tinham uma maior frequência de vómitos e compulsões, acreditavam pouco que pudessem experimentar uma recaída, eram socialmente menos adaptados, mais depressivos e apresentavam uma mais baixa auto-estima.

Pinzon & Nogueira (2004) resumem os factores de bom prognóstico para a recuperação no caso da BN. São eles a existência de sintomatologia leve moderada, indicação para tratamento em ambulatório, menor duração da doença antes do tratamento, idade menor do início da doença, motivação para o tratamento e um bom suporte social. Indicam como factores de mau prognóstico para a recuperação da doença a existência de sintomatologia mais severa, a frequência aumentada de vómitos no início da doença, flutuações extremas de peso, impulsividade, baixa auto-estima, conduta suicida e transtornos co mórbidos, como a utilização de substâncias no início da patologia. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os seguimentos de longo prazo parecem apontar para uma diminuição dos sintomas, sendo que os períodos de remissão superior a um ano, encontram-se associados com um melhor prognóstico a longo prazo.

Quando num estudo com 40 bulímicas recuperadas (Rorty, Yager & Rossoto, 1993), se inquiriu sobre as razões da recuperação, surgiram como principais motivos, o desejo de uma vida melhor e de combater a doença (80%), sentir que a sua doença era como "*ir ao fundo do poço"* (63%) ou ainda, devido às consequências médicas, sociais ou relacionadas com o trabalho, nas suas vidas (55%).Ainda de acordo com este inquérito, 50% das mulheres recuperadas consideraram o apoio da família, amigos ou companheiros, determinantes para a recuperação, mas nenhum factor surge como um consistente preditor de bom prognóstico.

A BN é descrita como uma doença marcada por variados episódios de remissões e recaídas (Santos, 2001) e embora tenha cura, é uma doença com taxas de recaída elevadas (Kennedy & Garfinkel, 1992).

Os autores Agras, *et al.* (2000), no sentido de determinarem quais os indicadores de prognóstico para o tratamento, conduziram um estudo com 194 mulheres bulímicas envolvendo-as num plano de tratamento que incluía 18 sessões de 50 minutos, durante 16 semanas. Após uma média de 4,6 semanas de início do tratamento, 26% das participantes haviam desistido do estudo. Estas mulheres apresentavam uma maior preocupação com a sua forma física e uma maior impulsividade. Para Herzog, Nussbaum & Marmor (1996) o período médio de recaída situa-se no final do 6.º mês após o término do tratamento, verificando-se uma maior frequência de recaída em mulheres mais jovens, com comportamentos purgatórios mais frequentes. No que diz respeito ao número de mortes nos casos de BN, Keel & Mitchell (1997), apuraram numa amostra de 2194 casos uma taxa de mortalidade de 0,3%.

Por seu turno, Hetherington (2000) avança com uma percentagem à volta dos 3% de casos que terminam em morte. Assim, as taxas de mortalidade da BN parecem oscilar entre os 0,3 e os 3% e esta taxa varia de acordo com a gravidade dos casos clínicos e das amostras analisadas (Keel & Mitchell, 1997; Herzog, Nussbaum & Marmor, 2000; Nielsen, 2001).

Ambas as perturbações, AN e BN, podem ser mantidas por bastante tempo e com um prognóstico reservado, não se conseguindo ainda

perceber a razão de em alguns casos a doença se tornar crónica e noutros casos é possível uma recuperação total.

CAPÍTULO III

FACTORES ETIOLÓGICOS DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As Perturbações do Comportamento Alimentar são patologias de origem multicausal para as quais parecem contribuir factores genéticos, familiares, psicológicos e socioculturais e uma pessoa encontrar-se-ia predisposta ou vulnerável para desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar de acordo com uma determinada combinação destes factores. A doença pode iniciar-se por influência de um factor stressante ou num momento específico da vida do sujeito, perpetuando-se rapidamente através dos muitos factores causais originais, assim como aos efeitos do transtorno alimentar em si mesmo. Cooper (1995), propõe um modelo conceptualizador da evolução das perturbações alimentares, que consistia nas várias fases ou momentos que traduzem a interacção de vários factores. Numa primeira fase, o indivíduo é exposto a determinados factores de risco ou de predisposição, que ocorrem antes do início da perturbação e aumentam a probabilidade do desenvolvimento da perturbação. Neste período a perturbação poderá ser evitável. Uma segunda fase acontece no período entre o desenvolvimento de um precursor comportamental, normalmente uma dieta e o início propriamente dito da perturbação clínica e os vários factores precipitantes que poderão ocorrer e aumentar o risco de desenvolvimento da perturbação. Numa terceira fase, são considerados os factores de manutenção que em interacção com os factores protectores, determinam o curso e a evolução da doença. Este modelo pressupõe que os determinados factores são simultaneamente importantes no início e na manutenção das perturbações do comportamento alimentar. Alguns autores defendem a ideia de que factores ligados ao desenvolvimento do indivíduo, justificam o aparecimento de perturbações do comportamento alimentar (Sampaio, 2002) e vêem a AN e a BN sobretudo como sendo caracterizadas como desordens do *self* (Stein & Corte, 2007) ou consideram por exemplo que a AN não é mais do que uma defesa psicológica contra o crescimento e a passagem para a idade adulta e o sinal mais extremo de *regressão* (Sprinthall & Collins 1999). Através deste mecanismo de defesa, há uma tentativa do indivíduo para regressar a um estádio anterior, simplesmente numa tentativa de deter o processo de crescimento. Anna Freud, havia descrito após longos anos de experiência, uma

classificação dos sistemas de defesas psicológicas, que seriam uma estratégia de resposta do indivíduo às exigências do ambiente, de forma a protegê-lo da realidade. A superprotecção materna ou a inadequação da resposta da mãe às solicitações do bebé, respondendo com alimento aos menores sinais de insatisfação da criança, ou por outro lado não os entendendo rapidamente, dá origem a uma perturbação ao nível da interpretação das sensações de fome e de mau estar e a um sentimento de inadequação permanente, que apareceria potenciado na adolescência (Bruch, 1973). Neste sentido, a construção da identidade pessoal, estaria perturbada desde muito cedo, dando origem a dificuldades no processo de autonomização (Sampaio, 1994; 2002).

A adolescência é um período onde sucedem numerosas alterações físicas, sexuais e emocionais, algumas das quais, relacionadas com a passagem da infância para a adolescência e outras com a passagem da adolescência para a idade adulta, (Sampaio, 2002) Uma das múltiplas mudanças físicas associadas com a puberdade é vulgarmente apelidada de dar um "salto", o que corresponde a um abrupto engrandecimento, através do qual o jovem parece que de repente cresceu. Este acontecimento corresponde ao aumento da estatura e de peso que ocorre durante o início da adolescência. Todavia, existem diferenças consideráveis quanto à idade de ocorrência desta repentina mudança, mesmo em jovens com desenvolvimento considerado "normal". Nos rapazes ela pode ocorrer numa idade tão precoce como os 10 anos ou tardiamente até por volta dos 16 anos de idade. Nas raparigas o mesmo processo pode iniciar-se por volta dos 7-8 anos de idade ou apenas ocorrer por volta dos 12-13 anos. Contudo, nos rapazes o crescimento acelerado ocorre em média por volta dos 13 anos, enquanto nas raparigas, esta mudança, se precoce, ocorrerá entre os 11-12 anos (Coleman, 1980). Segundo este mesmo autor e dentro das alterações fisiológicas, uma das mais importantes está relacionada com a acção da hipófise que passa a segregar as hormonas sexuais, entre elas a testosterona nos rapazes e os estrogénios nas raparigas, estimulando respectivamente o crescimento dos espermatozóides e a ovulação. Sendo que estas hormonas se unem a outras, como a tiroxina,

procedente das glândulas tiróideas e ao cortisol, produzido pelas glândulas supra-renais, levando ao crescimento dos ossos. Observando-se actualmente que o tamanho corporal tem vindo a aumentar nos jovens, os quais são actualmente muito mais altos e tendem a apresentar mais massa corporal. Ora este crescimento repentino, nem sempre se manifesta concordante com a maturação requerida para tal tamanho corporal. Assim, o medo de amadurecer e a necessária independência que este processo requer, pode provocar em alguns indivíduos a procura de uma saída para enfrentar os vários receios que vão surgindo (Carmo, 1997; Keel, Leon & Fulkerson, 2003; Sampaio 2002). Nesta etapa específica, o adolescente centra-se sobretudo no seu próprio corpo. É a qualidade e a quantidade de alterações físicas e psicológicas que podem aumentar o risco de desagrado com a sua imagem corporal e conduzir a comportamentos de perda de peso, ou em último caso conduzir a uma perturbação do comportamento alimentar (Muris, Meesters, Blom & Mayer, 2005).

Outra explicação para o aparecimento das perturbações do comportamento alimentar relaciona o surgimento de tais patologias a alterações bioquímicas no organismo, sobretudo no sistema neuro endócrino, sistema responsável pela regulação dos sistemas nervoso e hormonal e ainda de certas funções corporais tais como a digestão e o apetite. Tais alterações são produzidas por uma presença excessiva de um determinado tipo de hormonas tais como a serotonina e a norepinefrina, que actuam como neurotransmissores do sistema nervoso central, assim como de cortisol, a hormona libertada pelo cérebro em resposta a situações de *stress* (Cardoso, 2000).

De acordo com Sampaio (2002) os estudos têm procurado estabelecer quais as alterações biológicas características dos doentes com perturbação do comportamento alimentar, com vista a perceber a sua preponderância no desenvolvimento e na manutenção destas doenças. Contudo, será necessária uma certa precaução aquando da análise e interpretação de resultados, uma vez que as alterações biológicas registadas, poderão tratar-se não de causas, mas sim de

efeitos, por exemplo ao nível do sistema neuro endócrino (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006).

No que se refere a factores genéticos, tem-se registado um avanço significativo nos últimos anos no sentido do conhecimento de quais os factores implicados no aparecimento de doenças do comportamento alimentar. No caso mais específico da AN, vem sendo sustentada a hipótese de que existe predisposição genética para esta patologia. Estudos em famílias com gémeos, mostram a existência de uma taxa de concordância muito maior nos gémeos monozigóticos, cerca de 55% em comparação com os gémeos dizigóticos, que apresentam uma taxa de cerca de 5% (Holland, Sicotte & Treasure, 1988; Kipman, Gorwood, Mouren-Siméoni & Adès, 1999). Ainda neste contexto, as perturbações do comportamento alimentar podem desenvolver-se devido a situações de depressão nervosa, na qual ocorrem alterações bioquímicas semelhantes e que poderão produzir alterações ao nível da regulação do apetite e consequentemente dos hábitos alimentares, dando origem a situações de distúrbio (Cardoso, 2000).

O facto de a AN ser mais frequente em mulheres e no período da adolescência, parece estar associada à importância das alterações hormonais, que neste período específico determinam um aumento e um arredondamento das formas do corpo feminino e a consequente adaptação a estas mudanças. Por vezes as perturbações do comportamento alimentar são desencadeadas na sequência de alterações do corpo, experimentadas de modo imposto, tais como as dos efeitos secundários de alguns medicamentos (Brandão, 2007). Alguns autores falam em factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar (Keel, Leon & Fulkerson, 2003; Sampaio, 2002). Segundo os autores as perturbações do comportamento alimentar estariam de alguma forma determinados por uma vulnerabilidade, que ocorre nas primeiras fases do desenvolvimento e que torna o indivíduo susceptível a determinados acontecimentos assim como à sua evolução (Sampaio, 2002). Keel, Leon & Fulkerson (2003), propõem um modelo biopsicossocial de

vulnerabilidade concebido no contexto de uma teoria de desenvolvimento normal. Para os autores, analisar as perturbações do comportamento alimentar tendo em conta a interacção destes três factores (vulnerabilidade, precipitação e manutenção) parece mais útil, na medida em que dividi-los poderia torná-los de alguma forma artificiais.

Sampaio (1998), por sua vez, conceptualiza a AN como uma doença que evolui segundo três fases (Quadro II).

Quadro III- Fases de evolução da Anorexia nervosa (Sampaio, 1998) (Adaptado)

Fase 1-	**Fase de Vulnerabilidade**	Fase em que os factores biológicos, neurológicos, genéticos e de desenvolvimento contribuem para a instalação da doença.
Fase 2-	**Fase de Precipitação**	Fase em que poderão intervir factores de ordem familiar e sociocultural e que se encontra relacionada com um sentimento de profundo mau estar e de inadequação, podendo desencadear uma série d comportamentos desajustados (dietas, vómitos) com o objectivo de alterar a imagem corporal. Importa referir a importância de acontecimentos de vida, que não são no entanto totalmente determinantes para desencadear a doença.
Fase 3-	**Fase de Manutenção**	Fase em que os efeitos da privação alimentar poderão perpetuar o comportamento alimentar com prognóstico reservado.

A etiopatogenia da AN é descrita por Garner (1993), que cria um esquema que resume o padrão sintomatológico resultante da interacção de três tipos de factores: predisponentes, precipitantes e perpetuantes (Quadro III).

Quadro IV- Factores Etiopatogénicos da Anorexia nervosa (Garner,1993).

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES PERPETUANTES
1.FACTORES INDIVIDUAIS (biológicos e psicológicos) -Adolescente, Puberdade -Chegada da menarca com um IMC	**1.SITUAÇÕES DE STRESS** -Abandono do lar -Entrada na universidade -Gravidez	**1. CONJUGAÇÃO DE FACTORES** -Onde também figuram factores psicológicos,

alto ou baixo -Irmãos com patologia -Trauma psicológico ou físico -Traços individuais **2.FACTORES FAMILIARES** -História de familiares directos do género feminino -Transtornos afectivos -Abuso de substâncias alteradoras de humor **3.FACTORES CULTURAIS** -Pressão social através da valorização de modelos sociais magros.	**2. SITUAÇÕES QUE PODEM PROVOCAR RESTRIÇÃO DIETÉTICA** -Obesidade -Comentários críticos sobre a imagem corporal -Depressão	interpessoais e culturais. -Desnutrição -Distorção da imagem corporal -Conflitos familiares -Isolamento social

No que diz respeito à bulimia nervosa, os factores de desenvolvimento incluem três factores que se encontram sintetizados no Quadro IV (Cervera,1996).

Quadro V- Factores de desenvolvimento da Bulimia Nervosa (Cervera,1996) (Adaptado).

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADEANTES	FACTORES DE MANUTENÇÃO
-Excesso de peso -Jejum -Baixa auto-estima -Personalidade caótica -Predisposição biológica -Conflitos familiares	-Situação stressante -Transtornos emocionais -Restrição alimentar -Anorexia Nervosa	-Dieta -Condutas alimentares anómalas -Outras condutas anómalas -Imagem corporal negativa

3.1.Variáveis sócioculturais e familiares

A cultura é um poderoso determinante do peso e uma forte influência na significação social e moral que se atribui ao peso e à imagem corporal (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006). A importância da influência social no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar deve-se a três factores: (1) o recente aumento na prevalência da AN e BN; (2) um aumento do número de casos nos países industrializados quando comparados com os países não industrializados; (3) as diferenças significativas no género de quem está em risco de desenvolver um destes transtornos (Keel, Leon & Fulkerson, 2003).

A influência social pode ser analisada de acordo com diversos níveis. A um nível cultural, alguns estudos apontam para o aumento de ideais de beleza irreais nas mulheres, com manequins representando corpos com pesos irrealistas. A associação entre ideais estéticos e insatisfação corporal encontra-se referido em inúmeros estudos (Agras, Bryson, Hammer & Kraemer, 2007; Gowers & Shore, 2001; Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004) que afirmam que os ideais culturais de beleza podem influenciar os níveis de insatisfação com a imagem corporal vividos pelas jovens. Um segundo nível diria respeito à influência das redes sociais locais tais como a escola, os grupos de pares e as actividades/associações culturais. Neste âmbito, os jovens que praticam actividades extra curriculares tais como a dança, aumentam o risco de desenvolver estes transtornos, assim como jovens que praticam outras actividades desportivas que impõem limitações ao peso, podendo constituir-se como um factor de risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar (Morgan & Azevedo, 1998; Roma, Lebre & Vasconcelos, 2003; Goñi & Rodriguez, 2007). Um estudo sobre a satisfação com a imagem corporal e a propensão para transtornos alimentares em praticantes de ginástica rítmica verificaram numa amostra de 30 ginastas que a maioria (73,3%) se encontrava no intervalo classificado como "*magreza excessiva*" e

20% para o intervalo classificado como *"magro",* sendo que apenas 6,67% das ginastas apresentavam um IMC considerado "*normal".* Nesta amostra 66,7% das ginastas consideravam-se como tendo o peso ideal e 26,6% consideravam-se *"gordas"*. Relativamente à propensão para desenvolver transtornos alimentares e quando comparadas com um grupo controle de estudantes, as ginastas apresentaram resultados inferiores (e logo maior propensão de acordo com o instrumento utilizado) nas subescalas "*impulso para emagrecer"* e *"insatisfação corporal"* (Roma, Lebre & Vasconcelos, 2003).

No caso dos rapazes, a orientação sexual também vem sendo apontada como um factor de risco, sendo que jovens com orientação homossexual e bissexual experimentam uma maior pressão para manterem determinado físico e determinado peso corporal do que rapazes heterossexuais (Epel, Spanakos, Kasl-Godley & Brownell, 1996).

Um terceiro nível de influência social envolve a família, na medida em que esta reforça em muitos casos os modelos sociais de magreza modelando, ou directamente encorajando, a adopção de comportamentos e atitudes alimentares inadequadas (Keel, Leon & Fulkerson, 2003).

Morgan & Azevedo (1998) referem outros aspectos que apontam para a necessidade de uma contextualização sócio cultural destes transtornos são, por um lado o processo de globalização pelo qual parecem estar a passar e por outro lado, o processo de aculturação de que os jovens são alvo.

3.1.1. Modelos sociais e influência dos meios de comunicação

Nas últimas décadas, vem aumentando a pressão cultural para uma figura corporal esbelta e para as dietas sobretudo no que às mulheres diz respeito. O estereótipo da aparência física assenta na crença que os indivíduos com uma aparência física atraente, possuem um conjunto de características de personalidade desejáveis, tendo mais sucesso e uma vida mais feliz, que os indivíduos com uma aparência física menos atraente. Este estereótipo é mais acentuado nas mulheres, levando por vezes à adopção de comportamentos alimentares inadequados (Lourenço, Salsa & Mendes, 2006).

Se de um ponto de vista histórico, os padrões sócio- culturais de beleza eram transmitidos sobretudo através da arte, da música e da literatura, actualmente o impacto dos meios de comunicação é muito superior e mais eficaz quando comparados com os meios de comunicação historicamente utilizados.

Nos dias de hoje, as publicações e os meios electrónicos, atenuam a fronteira existente entre o que é ideal e o que é real, o que se trata de realidade tangível e o que é ficção muitas vezes inatingível. Tal facto origina um conflito entre o ideal de beleza prescrito pela sociedade e os valores padrão da maioria da população, além da pressão que tal modelo representa. A velocidade de transmissão de informação com meios cada vez mais sofisticados, vem sendo bastante criticada nos últimos anos sobretudo por parte de investigadores no âmbito da percepção da imagem corporal e dos distúrbios alimentares. As técnicas frequentemente utilizadas em fotografia fazem crer ilusoriamente ao consumidor que as imagens que olham são representações fiéis de pessoas, quando na realidade, muitas das imagens são alvo de manipulações que parecem representar fielmente a realidade. Neste campo parecem existir poucas dúvidas que os meios de comunicação conseguem com relativa facilidade chegar ao seu público-alvo.

Os meios de comunicação definem-se como modos de passagem de informação que geram mensagens destinadas a chegar a uma grande quantidade de pessoas com o objectivo de maximizar os lucros. Neste sentido, enviam potentes mensagens sobretudo às raparigas, de que determinados atributos físicos são inaceitáveis. As imagens transmitidas pelos *media*, apresentam um peso em média 15% inferior ao peso médio de uma mulher e cerca de 90% das modelos que surgem na televisão ou revistas encontram-se abaixo do peso médio para uma mulher (Vaughan & Fouts, 2003). Esta desproporção conduz à criação de padrões irrealistas de beleza. Sendo a silhueta difundida, muito difícil ou quase impossível de atingir para a maioria das mulheres, o conflito interno provocado pode dar origem a uma alteração na percepção da imagem corporal e consequentemente a comportamentos pouco saudáveis na busca desse objectivo (Vaughan & Fouts, 2003; Hargreaves & Tiggemann, 2003).

Os factores sócio- culturais parecem ter influência na satisfação corporal (Rodríguez & Cruz, 2008). As autoras verificaram que a satisfação a imagem corporal se relaciona directamente com as influências socioculturais e que estas contribuem para a internalização do modelo corporal vigente, surgindo este aspecto surge em idades cada vez mais precoces. Segundo estas autoras, dos 13 aos 17 anos de idade, a influência da publicidade, das mensagens verbais, dos modelos e das situações sociais, geram em 14,2% das adolescentes espanholas e 23,6% das adolescentes latino-americanas uma grande insatisfação com o próprio corpo. À medida que o nível de insatisfação corporal aumenta, a influência dos meios de comunicação e do ambiente social imediato nas atitudes e avaliação do próprio corpo aumenta igualmente (Rodríguez & Cruz, 2008).

O processo de divulgação de aspectos particulares da beleza, sobretudo os relacionados com uma imagem corporal específica, particularmente magra, é realizado com a ajuda de determinados mecanismos de difusão sociocultural, tais como a comunicação social, a indústria da moda, a publicidade, a cosmética, quase sempre

representados por poderosas multinacionais, cujo principal objectivo é a obtenção de lucro e que acabam por transmitir através de potentes meios de difusão, padrões de beleza muito específicos, exercendo para tal uma forte pressão relativamente à manutenção de uma figura magra que tem vindo a tornar-se uma característica cada vez mais global e menos circunscrita a um determinado tipo de sociedade (Cardoso, 2000).

Assim, os meios de comunicação, parecem constituir-se como uma fonte influente de imagens e mensagens acerca do ideal corporal que mulheres e raparigas adolescentes anseiam alcançar e alguns autores, encontraram fortes e positivas correlações entre a frequência com que as adolescentes liam revistas com artigos sobre dietas ou perda de peso e o seu desejo para mudar o seu peso e formas corporais (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz, 1999; Utter, Neumark-Sztainer, Wall & Story, 2003). Neste campo, as revistas femininas têm sido alvo de particular atenção e crítica, muito pelo facto de ser um meio particularmente promotor de um desejo irreal e muitas vezes perigoso, de ideal de beleza. Levine, Smolak & Hayden (1994) concluem que 70% das raparigas que leem revistas regularmente, consideram-nas como uma importante fonte de recolha de informação relativa a beleza e boa forma, sendo que 83% das jovens adolescentes inquiridas mencionam perder em média 4,3 horas por semana, a ler revistas.

Outras investigações realizadas, revelaram consistentes indícios de que os padrões de beleza ideal são potenciados sobretudo pelas revistas dirigidas a jovens e a jovens mulheres. Taylor, Sharpe, Shisslak, Bryson, Estes, Gray, *et al.* (1998), num estudo realizado com estudantes percebeu que uma das principais causas de preocupação apontada pelas adolescentes relativamente ao peso corporal, surgiram pelo desejo de se parecerem com as jovens que viam nas revistas.

Outros estudos, mostraram que a visualização da televisão se encontrava associada com a insatisfação corporal (Botta, 1999; Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts & Coldditz, 2001; Harrison & Cantor, 1997) embora essa relação pareça assentar apenas em programas

específicos que tal como as revistas, exibem ideais de beleza irreais (Thompson & Heinberg, 1999). Quer modelos, quer apresentadoras, surgem com um peso corporal muito inferior aos pesos médios da mulher nas diversas sociedades, principalmente se se trata de programas dirigidos a adolescentes e a jovens mulheres.

Tiggemann & Pickering (1996), verificaram que a visualização de determinadas séries ou telenovelas se encontrava correlacionada com uma maior insatisfação corporal, enquanto a visualização de videoclips se encontrava positivamente relacionada com o impulso para emagrecer. Os autores encontraram uma associação entre a insatisfação corporal e o tempo gasto pelas adolescentes a ver vídeos musicais, telenovelas e filmes em população adolescente.

De acordo com Garner (1997), num questionário administrado junto de 3452 mulheres americanas, 23% indicaram que figuras conhecidas do cinema ou da televisão estimularam uma mudança dos seus padrões de imagem corporal quando eram jovens. Ainda neste estudo, 22% das mulheres atribuíram esta mudança à influência das modelos de revistas de moda. No que diz respeito aos homens, a influência dos modelos masculinos de revistas de moda, não aduzem o impacto que se verifica no caso das mulheres. Esta idealização de magreza parece ser mais frequente nas mulheres do que nos homens e as imagens de mulheres nas revistas, fornecem uma fonte de comparação social e uma escala de avaliação pessoal para as jovens e para as mulheres, que não parece ter relevância quando se trata do género masculino (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Hargreaves & Tiggemann, 2003). As mulheres que passam mais tempo a ver televisão parecem ficar mais insatisfeitas com a imagem corporal (Gonzalez-Lavin & Smolak, 1995).As jovens mulheres que passavam mais de 8 horas por semana a ver televisão, reportavam níveis significativamente mais altos de insatisfação com a sua imagem corporal, do que jovens que estavam menos expostas a este meio de comunicação social. Os mesmos autores concluem ainda que, as jovens que percebem uma maior influência por parte do grupo de pares e da televisão sobre a sua imagem, revelam uma maior

insatisfação com esta, utilizando técnicas para o controlo do peso corporal e crenças inadequadas relacionadas com a alimentação. A pressão para a perda de peso poderá ser sentida por parte dos meios de comunicação social mas também pelos membros da família (Irving, 1990).

Womble, Williamson, Netemeyer & Netemeyer (1998), num estudo longitudinal realizado com o objectivo de analisar os factores de risco para o desenvolvimento de BN, concluiu que a percepção de influência que os meios de comunicação têm, no sentido de promover a magreza como um ideal de beleza e um descontentamento com a imagem corporal num primeiro momento do estudo realizado se revelaram, num segundo momento do estudo, como um preditor de uma preocupação futura excessiva com a forma e peso corporal.

Um outro estudo realizado nas ilhas Fidgi (Becker *et al.*, 2002) mostra claramente que, antes da introdução quando a televisão foi introduzida em Nadroga, a prevalência de perturbações do comportamento alimentar nesta ilha ainda era extremamente baixa. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, com três anos de exposição à televisão. Os resultados sugerem uma profunda influência nas atitudes e comportamentos relativos à alimentação, dietas, peso e imagem corporal. Os indicadores de comportamento alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, sugerindo um impacto negativo dos meios de comunicação social. Os autores verificaram ainda alterações em relação a outros factores tais como, alterações na aparência (sobretudo no que diz respeito ao peso), na forma de vestir e nos comportamentos. Neste estudo, 77% das jovens mulheres admitiu que a televisão teve influência na forma como avaliavam a sua imagem corporal e 44% das jovens mulheres mostraram intenção de comer menos e de perder peso.

Nos últimos anos, a tendência para uma internalização de mensagens dos meios de comunicação incentivando a ideais de beleza, vem sendo sugerida como um potencial mediador entre a exposição a estas mensagens e o desenvolvimento de distúrbios da alimentação e

distorção da imagem corporal (Thompson & Heinberg, 1999). Estes autores manifestam especial interesse em correlacionar a internalização das imagens dos meios de comunicação com as perturbações do comportamento alimentar. Para tal, desenvolveram um questionário *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire* (SATQ) no qual distinguem duas escalas: a de *internalização* (conhecimento/aceitação da influência dos meios de comunicação e da pressão social perante a aparência) e a de *consciência* (a certeza de que esta pressão existe). Em diversos estudos destes autores, foi apurado que a internalização está fortemente relacionada com a insatisfação corporal e com as perturbações do comportamento alimentar.

Também Waller, Hamilton & Shaw, (1992) encontraram mulheres com perturbação do comportamento alimentar que revelaram um aumento significativo na alteração da percepção da sua imagem corporal aquando da sua exposição a fotografias de modelos de revistas de moda.

Num estudo similar conduzido por Irving (1990), estudantes com vários níveis de sintomatologia bulímica foram expostas a fotografias de modelos “magras”, “médias” e “gordas”. As participantes referiram que as fotografias das modelos magras as deixavam com uma baixa auto-estima e com maior insatisfação relativamente à sua imagem corporal, do que fotografias correspondentes às modelos com peso médio ou superior, independentemente dos níveis de sintomatologia bulímica que apresentavam.

Stice & Shaw (1994) referem que uma exposição de três minutos a 12 fotografias de modelos retirados de uma popular revista de moda, provoca sentimentos transitórios de depressão, stress, culpa, vergonha, insegurança e insatisfação com a imagem corporal, o que não se verificou com o grupo controlo que observou fotografias de modelos com peso médio. Kolodner (1997) verificou que estas referiram níveis mais elevados de ansiedade e de insatisfação corporal. Curiosamente o trabalho em questão incluiu uma amostra de rapazes, nos quais não se

verificou a influência da exposição às fotografias. Contudo, o tamanho da amostra (n=22) e o grupo controlo (n=20) é apontado como justificativo para os resultados. Os filmes publicitários que contêm imagens que apelam a reflexões sobre a magreza e a importância da beleza física ou conselhos para dietas, comparados com publicidade vulgar também parecem produzir níveis mais altos de depressão, sentimentos de raiva, insatisfação com o peso e com a aparência (Thompson & Heinberg, 1999).

Os factores sócio culturais, em particular o papel desempenhado pelos meios de comunicação, vêm suscitando atenção por parte dos teóricos e vêm sendo referidos como um dos factores envolvidos quer no desenvolvimento de distorções e distúrbios subjectivos da imagem corporal, quer no aparecimento de perturbações do comportamento alimentar, na medida em que potenciam um padrão de beleza relacionado com o contexto social existente (Thompson & Heinberg, 1999; Hargreaves & Tiggemann, 2003; Vaughan & Fouts, 2003; Lokken, Worthy & Trautmann, 2004).

Para alguns autores, existem evidências que suportam o facto de que os meios de comunicação sociais e os modelos estético- corporais promovem e contribuem para os distúrbios da imagem corporal e para os distúrbios alimentares (Saikali, *et al.* 2004). No entanto nem apenas os aspectos culturais e sociais têm poder de por si só influenciar no comportamento alimentar anormal. Serão necessários outros elementos para que as mulheres se tornem mais vulneráveis, tais como, a distorção e a insatisfação com a imagem corporal e a auto estima, factores que se encontram igualmente relacionados com as perturbações do comportamento alimentar (Vaughan & Fouts, 2003; Hargreaves & Tiggemann, 2003). Estes mesmos autores levaram a cabo um estudo longitudinal com três grupos de adolescentes (com aumento, diminuição ou não alteração da sintomatologia associada a transtornos alimentares) em dois tempos de estudo distintos (segundo tempo passados 16 meses). Tentaram estabelecer uma relação causal entre o aumento ou diminuição da sintomatologia associada a perturbação do

comportamento alimentar e a exposição a revistas com modelos magras e à televisão. Os autores verificaram que o grupo de jovens que aumentou significativamente a sua exposição a revistas de moda e à televisão, sofreu um aumento da sintomatologia associada a perturbação do comportamento alimentar. Inversamente, o grupo que sofreu uma diminuição da sintomatologia associada a perturbação do comportamento alimentar, havia diminuído também o tempo de exposição a este meio de comunicação.

Os estudos que vêm sendo levados a cabo, parecem deixar clara a influencia dos meios de comunicação, sejam revistas, televisão ou outros, na forma como as pessoas se sentem relativamente aos seus corpos. Uma exposição a ideais de beleza tais como os apresentados em revistas e na televisão, poderão conduzir a uma insatisfação com o próprio corpo, a uma imagem corporal distorcida e a alterações no padrão alimentar sobretudo no que diz respeito a adolescentes e mulheres jovens. Se uma exposição relativamente curta resulta num aumento transitório de stress psicológico e distorções da imagem corporal, uma exposição a longo prazo ou diária, tornará o indivíduo mais vulnerável. No caso de pessoas com alta internalização, uma exposição elevada parece provocar um efeito *"tóxico"* (Thompson & Heinberg, 1999).

Tendo em conta que a maioria dos estudos realizados no âmbito das perturbações do comportamento alimentar são de natureza correlacional, a relação entre as diversas variáveis não está totalmente definida. No entanto, a consistência dos resultados de muitos dos estudos neste campo, sugerem fortemente que esta relação deverá ser aprofundada e as estratégias de prevenção implementadas ou a implementar deverão ter em consideração esta interacção.

Lokken, Worthy & Trautmann (2004), analisaram as relações entre a preferência por determinadas revistas, os níveis de consciência e internalização dos padrões socioculturais de beleza e a presença de sintomas de perturbação do comportamento alimentar numa amostra de

540 raparigas, apurando poucas, mas significativas correlações entre a exposição às revistas e o impulso para emagrecer e ainda a preferência por revistas de beleza e de moda e a internalização de um determinado padrão sociocultural de beleza e aparência. Ainda relativamente a este estudo, as análises de regressão mostraram que a percepção e internalização de um determinado padrão sociocultural de beleza se constituem como um factor preditivo de insatisfação corporal, impulso para emagrecer e sintomas bulímicos.

Peterson, Paulson, & Williams (2007) tentaram perceber numa amostra de 333 rapazes e raparigas adolescentes, a relação entre a percepção dos adolescentes relativamente à pressão sentida por parte dos *media* e o desenvolvimento de sintomatologia relacionada com transtornos alimentares. Verificaram que uma maior pressão sentida por parte dos estudantes, se encontrava correlacionada com um aumento da sintomatologia relacionada com perturbação do comportamento alimentar.

Os autores Tucci & Peters (2008), analisaram o impacto imediato da exposição a imagens publicitárias na avaliação da imagem corporal e sintomatologia de perturbação do comportamento alimentar em estudantes universitárias, que foram expostas em duas ocasiões. Primeiramente a imagens de modelos representando um ideal magro e num segundo momento a imagens de revistas em que os modelos representados se apresentavam com elevado peso. Os investigadores analisaram ainda a satisfação com a imagem corporal e a existência de sintomatologia de perturbação do comportamento alimentar num momento anterior à exposição e num momento posterior à exposição às imagens. Tal como os autores hipotetizaram, a exposição às imagens provocou alterações na auto análise à imagem corporal. Após a observação das imagens de modelos famosas magras, a insatisfação corporal e o desejo de serem mais magras aumentou nas raparigas e o contrário aconteceu quando os mesmos elementos da amostra foram expostos a imagens de modelos com peso elevado. Do mesmo modo, os resultados obtidos no EDI foram significativamente superiores na

subescala "*Impulso para emagrecer"* aquando da exposição a modelos famosas magras quando comparados com a exposição a imagens de modelos com peso elevado.

Mc Nicholas, *et al.* (2009), utilizaram no seu estudo com o objectivo analisar o impacto dos *media* nas atitudes alimentares, uma subamostra de pais, que pretendia decompor a sua percepção dessas mesmas imagens emitidas pelos *media* e como sentiam que estas poderiam afectar os seus filhos e influenciar o seu comportamento alimentar e os hábitos relativos à prática de exercício físico. Os pais convidados a participar neste estudo consideraram quase na sua maioria (94,7%) que as imagens transmitidas pelos *media* (televisão, revistas e jornais) eram muito magras e mais de metade da amostra (57,9%) consideraram que os seus filhos seriam "*um pouco*" afectados por essas mesmas imagens. Sentiram ainda que os seus filhos seriam muito afectados por essa representação transmitida pelos *media* 14% dos pais inquiridos.

O estudo de Berger, Weitkamp, & Strauss (2009) expressa que a comparação social é independente da proximidade do objecto de comparação, ou seja a comparação existe independentemente de tratar-se de uma amiga próxima ou de um par distante.

Mc Nicholas, *et al.* (2009), analisaram o impacto dos *media* nas atitudes alimentares em cinquenta e duas escolas secundárias e numa amostra de 3031 alunos aos quais foi medido o *Índice de Massa Corporal.* Neste estudo incluíram ainda uma subamostra de 56 pais. Os investigadores verificaram que relativamente ao *IMC*, este se encontrava compreendido entre o percentil 25 e o 75 em metade da amostra. Os resultados revelaram que a maioria dos alunos se sentia afectado pela imagem transmitida pelos *media* (televisão, revistas e jornais) no que dizia respeito à imagem corporal e ao peso. Foi apurada uma correlação positiva significativa entre o impacto dos *media* e pontuações elevadas no EAT e no EDI. No que diz respeito à amostra de pais, estes foram inquiridos e os investigadores verificaram que, 94,7% consideravam os modelos apresentados pela televisão muito

magros, sendo que 49,2% se considerava afectado por essa diferença e 71,9% consideravam que os seus filhos também iriam ficar afectados por esses modelos. Quando questionados sobre se sentiam que a representação que os *media* (televisão, revistas e jornais) emitiam relativamente à forma e peso corporais, a maioria das adolescentes (68%, N=2028) responderam que essa representação era "*muito magra*" ou "*um pouco magra*" e a maioria das adolescentes sentiu que era desfavoravelmente afectada por esses modelos (59,1% das raparigas comparativamente com 19,9% dos rapazes).

Relativamente à relação existente entre a representação emitida pelos *media* no que diz respeito à forma e peso corporal e a patologia alimentar, o mesmo estudo encontrou uma relação significativa entre estes dois factores. Os adolescentes que afirmaram sentir-se muito afectados, revelaram níveis elevados de insatisfação corporal, valores superiores a 20 no *EAT* e resultados igualmente superiores na subescala *Bulimia*, medida através do *EDI*. Das adolescentes estudadas, vinte e duas foram classificadas como estando em risco para desenvolver uma AN. Ao contrário da maioria dos respondentes este grupo tendeu a sentir que a representação da forma e peso corporal emitida pelos *media* se encontrava "*na medida certa"*.

Em relação aos rapazes, os estudos sobre o impacto das imagens emitidas pela comunicação social não são tão frequentes. No entanto, Hargreaves & Tiggemann (2003), levaram a cabo um estudo que analisava o impacto da exposição de uma amostra de 354 rapazes entre os 13 e os 15 anos e a sua influência nas suas atitudes em relação às raparigas e na forma como essa influência condicionava a escolha de uma parceira ou namorada. Para tal, os autores expuseram os rapazes a vinte anúncios publicitários que reuniam ideais de beleza nas mulheres e outros vinte anúncios que não continham tais imagens. Posteriormente deveriam qualificar 10 características incluindo magreza e beleza física que pesassem na sua escolha de uma parceira ou namorada. Os investigadores perceberam então, que a esquematização da aparência (medida através da *Appearancce Schemas Inventory* de Cash & Labarge, 1996), se encontrava positivamente correlacionada

com o nível de importância atribuída à aparência física, à figura magra, popularidade, competência atlética e figura musculada, mas não se encontrava positivamente correlacionada com os modos, inteligência, igualdade de interesses, personalidade ou sentido de humor. Os rapazes que haviam obtido pontuação média neste inventário, foram influenciados pelos anúncios, o que sugere uma interferência dos *media,* ainda que indirecta, nas expectativas dos rapazes e na avaliação da aparência das raparigas. A forma como é feita a divulgação relativa aos métodos utilizados para perda de peso, tais como, tipos de dietas, formas de emagrecer, de purgar e de compensar não se encontra devidamente salvaguardada e encontra-se facilmente acessível, por exemplo na internet (Oliveira, 2004). A utilização de tais métodos pode acarretar sérios riscos para a saúde e a forma de controlo é quase impossível pela rapidez de difusão da informação. Por outro lado, a publicidade a produtos para perda de peso, adelgaçantes e depurativos alcança facilmente todas as faixas etárias e a sua venda e utilização não controlada desses produtos, acarreta igualmente sérios riscos para a saúde.

Para Monro & Huon (2005), as imagens difundidas pelos *media*, sobretudo aquelas que surgem num contexto de aconselhamento de utilização de produtos de dieta e controlo de peso, promovem a ideia de que, quer a forma do corpo, quer o peso, são flexíveis e que, atingir determinado ideal corporal é relativamente fácil. No estudo destes autores, cujo objectivo era o de perceber de que forma a exposição a uma representação de ideal corporal difundida pelos meios de comunicação, estaria correlacionada positivamente com resultados superiores de vergonha pelo seu próprio corpo e ansiedade devido à sua aparência, num grupo de estudantes universitárias, foi verificado que, após a exposição, os sentimentos de vergonha para com o próprio corpo e a ansiedade pela própria aparência se encontravam potenciados.

Segundo Boris & Cesídio (2007), após séculos de domínio do homem sobre a mulher, e com o corpo submetido aos prazeres e aos desejos do

homem, a mulher, através de inúmeras transformações, culturais, históricas, sociais e políticas, passou a vivenciar o corpo de modo diferente. No mundo ocidental já lhe é possível expressar opiniões, experimentar prazer na sua sexualidade e consumir o que deseja. No entanto, acabou por se submeter a um modelo corporal imposto pelos *média* e pelo mundo capitalista que agora também a "escraviza". O aumento da realização de cirurgias plásticas estéticas é disso um exemplo. A crescente insatisfação corporal e a busca incessante de formas corporais perfeitas leva a que não só mulheres mas também homens, procurem cada vez mais mudar o seu corpo (Ricciardelli & Mac Cabe, 2001).

Parecem então existir evidências que a exposição a imagens idealizadas representadas pelos meios de comunicação, se encontra associada a sentimentos negativos relativamente ao próprio corpo e associada ainda ao desejo de mudar quer o peso quer a forma corporal.

3.1.2. A transmissão de modelos em contexto familiar: imagem corporal percebida pela progenitora.

Desde as primeiras investigações no âmbito das perturbações do comportamento alimentar, os investigadores vêm verificando que as famílias de pacientes com AN e BN, apresentam características que se distinguem das características apresentadas pelas famílias controlo estudadas, sobretudo em relação à frequência de conflitos e desorganização familiar, menor adaptabilidade e coesão, parco cuidado dos adultos para com as suas crianças, sobreprotecção, menor orientação relativamente às actividades recreativas e menor suporte emocional (Esparza, García & Flores, 2011). Segundo os autores, determinadas características familiares poderão encontrar-se relacionadas com o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, embora perceber quais os factores mais relacionados assim como o peso que exercem, não estejam ainda

verdadeiramente identificados. A família, poderá assim assumir um importante papel no desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar e da imagem corporal da criança e do adolescente uma vez que a percepção diferenciada da imagem corporal se desenvolve a partir de idades muito precoces.

Minunchin (1978), descreveu a interacção típica das famílias de pacientes com AN, nas quais verificou a existência de limites pouco definidos entre os seus membros, tendência à negação e a evitamento da resolução de conflitos. Denominou estas famílias de "*psicossomáticas"* pois considerava-as um terreno fértil para a resposta somática.

Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele, Treasure, (2001) referem a existência de vínculos inseguros nas relações estabelecidas entre os elementos da família com as pacientes dos grupos estudados se pode constituir como um factor de risco

Também Sopezki & Vaz (2008), analisaram a relação mãe-filha como factor de risco para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, bem como o contributo da sua inter-relação para o desenvolvimento e manutenção da AN e da BN em mulheres. Referem relativamente a este assunto, que são mães que tendem a vivenciar as suas filhas mulheres como menos separadas delas, devido a componentes narcísicas que prevalecem nesta dupla, tais como a identificação e a simbiose, sendo que algo parece ter-se invertido no processo de interacção entre mãe e filha prejudicando o vínculo entre elas. Os autores relacionam este aspecto com a construção da auto-estima. Assim, este narcisismo materno, teria uma forte repercussão na formação adequada da imagem de si mesma e da auto-estima, uma vez que estes factores dependerão da forma como a criança se vê através do olhar materno.

Ward, Ramsay & Treasure (2000), verificaram que o vínculo mãe-filha é caracterizado por maior insegurança, medo de abandono e falta de autonomia nas mulheres com transtorno alimentar. Por seu turno,

Ward *et al.* (2001) avaliaram o vínculo mãe- filha em vinte pacientes com AN, constatando que apenas uma das díades era possuidora de um vínculo seguro.

Minuchin (1990) aponta um padrão que envolve, entre outros elementos, a dificuldade de separação-individuação entre os membros. No que diz respeito às famílias das bulímicas, o autor observou que os pais com frequência se relacionavam com as suas filhas como extensão de si próprios.

Estudando duas famílias, uma com uma adolescente que possuía diagnóstico de Anorexia de Tipo Restritivo e outra adolescente que possuía diagnóstico de Anorexia de Tipo Bulímico, Oliveira & Hutz (2008), encontraram diferenças significativas nos padrões de interacção familiar quando comparadas. Na primeira família foram identificadas, entre outros aspectos, a existência de regras rígidas e disfuncionais, dificuldade na expressão de conflitos e submissão materna. Na segunda família os autores observaram dificuldade na individualização, manifestação destrutiva da agressividade e falta de sintonia comunicacional entre os membros.

Num estudo que tinha como objectivo analisar os estilos de vinculação, as memórias de infância do trato parental e a ligação/vínculo terapêutico em pacientes com perturbações do comportamento alimentar, os resultados revelaram diferenças entre o grupo controlo e o grupo clínico. No que diz respeito a este último, os investigadores verificaram uma maior ansiedade na vinculação comparativamente com o grupo controlo. As mães dos elementos do grupo controlo, exibiram níveis mais elevados de segurança do que as mães das pacientes anorécticas e níveis mais baixos de evitamento, quando comparadas com as mães das pacientes bulímicas. Ainda no que diz respeito ao grupo com AN, o vínculo terapêutico encontrava-se associado a um mais elevado suporte emocional por parte dos pais e por um mais baixo sentimento de rejeição. No que diz respeito ao grupo das pacientes bulímicas, o vínculo terapêutico encontrava-se

relacionado com um mais elevado suporte emocional por parte das progenitoras e por um mais baixo sentimento de rejeição, assim como por uma baixa sobre protecção parental. Para estes autores, os indivíduos com uma história de vinculação segura, terão a oportunidade de construir representações positivas de si mesmo e dos outros, experienciando afectos reciprocamente positivos (Tereno, Soares, Martins, Celani & Sampaio, 2008). Assim, as experiências familiares negativas precoces, poderão contribuir para o estabelecimento de vínculos não seguros no futuro, levando ao isolamento, à hostilidade ou vulnerabilidade, à utilização de estratégias de enfrentamento inadequadas, que poderão dar origem a comportamentos perturbados.

Minuchin (1990) aponta que na família das anorécticas subsiste a falta de um sentimento de identidade separada da matriz familiar, sendo que esta incapacidade das raparigas de se separarem das suas mães, resulta numa falha em alcançar um julgamento estável dos seus próprios corpos, sentidos como se fossem habitados por um introjecto materno mau, sendo a inanição uma tentativa de interromper o crescimento desse objecto hostil e intrusivo. O tema da relação mãe-filha e a sua conexão com as perturbações do comportamento alimentar, vem assim sendo amplamente discutido. Um rígido controlo e pais perfeccionistas limitam segundo Bruch (1973) as oportunidades para o desenvolvimento de um *self* claro e elaborado. A AN, seria de acordo com a autora uma forma de controlo para a mulher mostrar o seu sentido de identidade, de competência e de eficiência. Os comportamentos que caracterizam a AN e a BN teriam a função de restaurar o sentido de coesão, crescimento de sentimentos de eficiência e serviria como uma "*identidade compensatória"* que permitiria uma artificial presença significativa no mundo.

Lerner (1990) ressalta que a tarefa da declaração da própria individualidade e diferença da mãe é relativamente mais difícil e complexa para a menina, porque é a filha em particular, que pode experimentar inconscientemente que um passo para a autonomia é perigoso, como se, estar separada e completa sem a mãe fosse uma

traição desleal do relacionamento entre as duas. Outra forma de influência directa no desenvolvimento destas perturbações por parte da família, é de acordo com a literatura o encorajamento. Familiares e amigos de pacientes com perturbações do comportamento alimentar, frequentemente elogiam ou valorizam a magreza e admiram o auto-controlo e a disciplina necessárias para a obtenção dessa mesma silhueta (Branch & Eurman, 1980; Keery, Bouetelle, Van-den-Berg & Thompon, 2005). Este encorajamento mantém-se mesmo quando a doente anoréctica se encontra já demasiado magra e enfraquecida.

Keery, *et al.* (2005), examinaram a prevalência e os efeitos das críticas que os familiares fazem em relação à forma corporal das adolescentes e concluíram que as raparigas que sofreram comentários depreciativos quer por parte das mães, quer por parte dos pais, apresentavam maior insatisfação corporal, baixa auto-estima, comportamentos alimentares desadequados e superior sintomatologia depressiva, relativamente às meninas que não eram confrontadas com comentários depreciativos.

Segundo Gowers & Shore (2001), as mães de pacientes com transtornos alimentares tendem a ser particularmente mais críticas e preocupadas em relação ao peso das suas filhas, incentivando-as a fazer dieta, mais do que as mães de jovens sem estes transtornos. São na maioria das vezes, mães que tendem a influenciar as filhas na perda de peso, considerando-as usualmente pouco atractivas (Hill & Franklin 1998, Pike & Rodin 1991).Por outro lado são mães que se manifestam mais insatisfeitas com o global funcionamento do sistema familiar e tendem, elas mesmas, a sofrer de patologias do comportamento alimentar quando comparadas com as mães de raparigas que não têm tais patologias. Pacientes com BN relatam uma grande intromissão parental, mais especificamente uma invasão de privacidade por parte da progenitora, ciúme e competição assim como uma sedução paterna (Strong & Huon, 1998).

Ricciardelli & McCabe (2001), referem inclusive que a pressão para perder peso exercida pela mãe, é o principal factor preditivo de insatisfação corporal e do emprego de estratégias de alteração do corpo. Neste sentido, os comentários críticos da progenitora parecem igualmente deter forte influência no comportamento alimentar das suas filhas, podendo prospectivamente predizer sobre a possibilidade de desenvolver um transtorno alimentar. O comportamento da progenitora poderá fazer com que não só a doença se inicie, mas também com que ela se perpetue, acabando mesmo a doente por utilizar a magreza de forma manipulativa. Do mesmo modo, as mães que têm ou tiveram elas mesmas uma perturbação do comportamento alimentar, parecem influenciar negativamente as suas filhas em termos de atitudes e comportamentos, alimentando-as de forma irregular, utilizando a comida para propósitos não nutricionais e manifestando preocupação relativamente ao peso das suas crianças em idades tão precoces como os dois anos de idade (Gowers & Shore, 2001).

Agras, Hammer & McNicholas (1999), num estudo longitudinal, analisaram recém- nascidos e os seus pais relativamente a factores preditivos de problemas alimentares na infância e constataram que a insatisfação corporal da mãe, a internalização do ideal de magreza, as dietas, os sintomas bulímicos e um maior IMC da mãe e do pai, aumentavam a probabilidade de aparecimento de problemas alimentares na infância. Sensivelmente aos 5 anos de idade, as crianças de mulheres com perturbação do comportamento alimentar manifestam mais afectos negativos do que manifesta a prole de mulheres sem estes transtornos (Agras, Hammer & McNicholas, 1999). Assim, se acordo, mães com transtornos alimentares parecem produzir descendência com transtornos alimentares (Whelan & Cooper, 2000).

Num estudo de Peterson, Paulson & Williams (2007), em que se pretendia estudar os factores que poderiam influenciar o desenvolvimento de sintomatologia associada a perturbação do comportamento alimentar em rapazes e raparigas adolescentes, mais especificamente, de que forma a pressão sentida pelas mães, pares e

meios de comunicação estariam associados ao desenvolvimento de múltiplos sintomas de perturbação do comportamento alimentar e se existiriam diferenças entre os padrões de relacionamento com rapazes e raparigas, os autores verificaram que numa amostra de 333 adolescentes, as raparigas obtiveram resultados superiores aos rapazes nos comportamentos de dieta e as raparigas obtiveram resultados médios superiores aos rapazes no impulso para emagrecer e na insatisfação corporal. Não se encontraram neste estudo diferenças significativas entre os géneros no que diz respeito a controlo oral e sintomas de bulimia. No que respeita à percepção da pressão sentida por parte dos meios de comunicação, pares e mães, os resultados mostram que as raparigas percebem superior influência dos meios e das mães do que os rapazes, mas não se apuraram diferenças entre género no que respeita à influência sentida por parte do grupo de pares.

Peterson, Paulson & Williams (2007) congregam então alguns factores de risco que parecem contribuir para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, de entre os quais importa destacar: i) relação mãe-filha perturbada, ii) dieta nos pais ou preocupação parental com o peso e encorajamento dos filhos para a perda de peso, iii) comentários dos pais relativamente ao peso e formas corporais dos filhos.

Jacobi, Agras, & Hammer (2001) da análise a uma série de estudos que avaliavam a influência das progenitoras no comportamento alimentar dos filhos concluíram que existe uma transmissão familiar das, que os comentários críticos sobre o peso da criança e a sua figura corporal assim como a obesidade parental e/ou da criança podem ser factores associados ao desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, que as atitudes maternas acerca do peso e da forma corporal da criança e distúrbios alimentares por parte da mãe, influenciam ambos a alimentação e relação da criança com a comida, assim como a sua afectividade e finalmente, que a evidência desta influência materna nos distúrbios alimentares da criança, se encontra limitado aos primeiros 5 anos da criança e pouco se sabe sobre a

influência destes factores em períodos posteriores da infância. Igualmente, também poucos estudos discriminam a influência materna e a influência paterna no comportamento alimentar das crianças, possivelmente porque será a mãe o elemento mais presente na administração da comida e na confecção dos alimentos. Poucos estudos incluem também meninos na amostra, e nesse sentido Jacobi, Agras & Hammer (2001) tiveram particular interesse em perceber a diferença entre géneros em termos da influência parental e ainda do aparecimento de perturbações do comportamento alimentar. A amostra original incluía 216 recém-nascidos e respectivos pais (cem meninos e cento e dezasseis meninas). Na primeira parte do estudo as crianças, assim como os pais, foram monitorizados longitudinalmente desde o nascimento até aos 6 anos e meio. Aquando dos seus 8 anos de idade, os pais eram novamente contactados para colaborarem em procedimentos adicionais, sendo que apenas 50% da amostra concordou em participar (108 crianças, 54 rapazes e 54 raparigas). O estudo consistiu nas respostas a uma bateria de instrumentos dirigidos quer aos pais, quer às crianças já com 8 anos de idade. Ainda relativamente à influência dos pais no comportamento alimentar dos filhos, foram estudados separadamente pais e mães. Quanto aos resultados encontrados, as mães mostraram uma maior preocupação com o peso relativamente às filhas mas não em relação aos rapazes. Também no que diz respeito às raparigas, as mães previam um maior controlo do peso corporal e comportamentos de dieta, o que não se verificou relativamente aos rapazes. No que diz respeito aos progenitores, os resultados não foram estatisticamente significativos, indicando não existir qualquer associação de distúrbios alimentares paternos e predictores paternais de distúrbios alimentares ou atitudes alteradas relativamente à alimentação nas crianças. Quando analisadas variáveis secundárias, ficou significativamente clara a percepção da criança de que "*A mãe quer que eu seja magra*".

Outro aspecto alvo de estudo no âmbito das perturbações do comportamento alimentar que tem vindo a ser descrito em vários estudos, não só como envolvido na manutenção dos transtornos

alimentares mas também no seu aparecimento e desenvolvimento, prende-se com a dinâmica familiar (Minuchin, Rosman & Lebaker, 1978). Estudos de caso e análise das dinâmicas familiares de pacientes com perturbação do comportamento alimentar, mostram que as famílias de doentes que sofrem de uma perturbação do comportamento alimentar, parecem tratar-se de famílias nas quais os papéis se confundem. São habitualmente famílias intrusivas, hostis e caracterizadas ainda por uma negação das necessidades emocionais da paciente ou por outro lado excessivamente preocupados com a parentalidade deixando pouco espaço a uma desejável autonomização (Shoebridge & Gowers, 2000). No entanto, a maioria dos estudos sobre o funcionamento familiar são correlacionais, tornando difícil determinar se são as disfunções familiares que contribuem para as perturbações do comportamento alimentar, ou se por outro lado, são as perturbações do comportamento alimentar que contribuem para as disfunções familiares, ou se ainda, alguns factores comuns contribuem para ambos. Neste campo, se pensarmos em concluir que os factores familiares negativos contribuem para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, teremos que manter a questão de como é que, mais exactamente, as famílias disfuncionais induzem o desenvolvimento de um transtorno alimentar (anorexia ou bulimia).

Steiger, Stotland, Trottier & Ghadirian (1996), concluem no seu estudo que as famílias, incluindo as chamadas famílias normais, poderão transmitir determinados padrões de comportamento alimentar muito embora estes padrões não sejam suficientes para dar origem a uma perturbação do comportamento alimentar (anorexia e bulimia). Seriam necessários, de acordo com os autores, outros factores de vulnerabilidade, biológicos ou experienciais. As mães de pacientes com transtornos alimentares, parecem deter assim um papel importante no desenvolvimento da patologia das filhas. Estudos sobre a forma como as pacientes vêm as suas famílias revelam que estas são habitualmente descritas de forma crítica, com um controlo parental de tipo coercivo. Os adolescentes frequentemente descrevem as suas famílias como possuindo baixa comunicatividade, baixo cuidado e expectativas

parentais também inferiores. Por estas razões a inclusão da terapia familiar no tratamento dos transtornos alimentares é cada vez mais frequente. A família poderá assim contribuir para estes problemas de identidade e de controlo, podendo ainda enfatizar o aspecto da magreza enquanto solução.

Linville, Stice, Gau & O´neil (2011), consideram que o ideal de beleza internalizado pela mãe surge como um predictor significativo de um aumento de sintomas bulímicos no adolescente, no futuro, assim como a pressão materna para a magreza. Estudaram 483 adolescentes entre os 15 e os 19 anos e verificaram que as atitudes e os comportamentos não saudáveis por parte das mães, aumentava o risco de desenvolvimento de sintomatologia de transtornos alimentares nas suas filhas no futuro.

Não existem muitas investigações que analisem a percepção da imagem corporal que as mães têm dos filhos e as imagens desejadas por si para os filhos e filhas, bem como a influência deste factor na trajectória de IMC, mas um estudo longitudinal de Duchin (2013) utilizando igualmente uma escala de silhuetas, mostrou que 47% das progenitoras desejaria uma imagem corporal superior para os seus filhos, 39% estavam satisfeitos e 14% desejariam que os seus filhos tivessem uma imagem corporal inferior. Quando analisaram a insatisfação da imagem corporal dos filhos e a trajectória do IMC, verificaram que estes aspectos apresentavam uma correlação positiva e que a insatisfação por parte das mães para com as imagens corporais dos seus filhos influenciavam a evolução dos seus IMC´s. Deste modo, nas mães que desejavam um filho com uma imagem corporal mais magra, o aumento de IMC entre os 6 e os 14 anos era de menos 1,3Kg/m^2. De um modo geral, verificou-se que crianças magras, cujas mães gostariam que fossem mais magras, aumentavam menos de IMC, comparativamente com as mães que se encontravam satisfeitas com as imagens corporais dos seus filhos. Estes resultados verificaram-se quer em rapazes, quer em raparigas.

O grupo de pares também parece ter um papel influente no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, especialmente durante a adolescência. Em algumas investigações verificou-se que por exemplo os comentários no grupo de pares e a pressão para emagrecer foram relacionados com dificuldades ao nível da imagem corporal em rapazes e raparigas (Levine & Smolak, 1996). Nesta linha, 131 raparigas de 9 e 10 anos foram estudadas no sentido de estabelecer uma relação entre a aceitação por parte dos amigos e o desenvolvimento de uma preocupação com a imagem corporal, insatisfação corporal e restrição alimentar (Gerner & Wilson, 2005). Os autores verificaram que os amigos contribuem significativamente para o aumento destas variáveis. As raparigas com maior peso, acreditavam ainda que, sendo mais magras, as suas relações de amizade aumentariam, sugerindo deste modo a importância das relações com o grupo de pares e a sua influência na imagem corporal percebida e nos comportamentos de dieta. Consideramos ainda a possibilidade de que os problemas de identidade e de controlo dos impulsos serem determinantes no desenvolvimento da patologia, em que os intentos para a resolução dos problemas se traduzem num investimento emocional, comportamental e numa busca incessante da magreza.

3.1.3. Apoio social e percepção de apoio social por parte do indivíduo

O interesse pelo estudo do apoio social, assim como os seus efeitos e relações em múltiplos campos de acção do ser humano, tem uma história relativamente recente. Nunes (2004), destrinça dois períodos distintos na história do apoio social. O primeiro, que decorre desde o início do século, até finais dos anos 60 incluindo contribuições tão distintas como os estudos realizados no âmbito da psicologia e da Sociologia, por um lado, e posteriormente nas origens do movimento comunitário. O segundo período, a partir dos anos 70, em que o apoio social adquire um quadro teórico mais integrado e consciente,

decorrente de numerosas investigações capazes de sustentar distintas abordagens.

Segundo Almeida (2000), o conceito de apoio social tem sido abordado segundo segundo três vertentes: *o nível de análise, as dimensões e as perspectivas.* Os *níveis de análise* correspondem a uma hierarquia que vai do nível mais simples (relações íntimas) ao nível mais complexo (nível comunitário). O primeiro nível- *nível comunitário*- refere-se ao apoio analisado enquanto processo de integração social num dado contexto social. O segundo nível diz respeito às *redes sociais*- mais especificamente ao tamanho, densidade e homogeneidade das mesmas. O terceiro nível- *nível das relações íntimas*- inclui as transacções que ocorrem nas relações mais próximas e que se encontram ligadas ao bem-estar e à saúde. *As dimensões*, correspondem à terminologia utilizada e sobre este ponto poder-se-á referir, que a conceptualização do apoio social está longe de ser consensual e por esta razão a definição deste constructo não é clara. A origem do conceito parece dever-se a influências múltiplas no âmbito da psicologia, da antropologia e da sociologia, tratando-se assim de uma variável complexa e com múltiplas componentes. Inclui uma variedade de fenómenos e vem sendo interpretado de diferentes formas. Deste modo, o apoio social deve ser avaliado tendo em conta esta complexidade conceptual e metodológica.

A revisão da literatura relativa ao apoio social pode apresentar uma terminologia diversificada impossibilitando a aceitação de uma definição coerente. Muitas vezes encontram-se termos como socialização, apoio instrumental e emocional, assistência, etc., associados ao apoio social (Almeida, 2000). Deste modo, o conceito de suporte social vem sendo definido por diversos autores de distintas maneiras e sobre outras designações, tendo sofrido contributos e elaborações várias, de onde se destacam as de Freud (quando se refere ao processo transferencial), de Melanie Klein e seguidores (com a ideia de “pais introjectados” na teoria das relações objectais) e Bowlby (no que diz respeito ao “*attachment*” e às experiências de separação), (Oliveira, 2001).

Posteriormente, Cobb (1976), concebe suporte social como a informação generalizada que faz com que as pessoas se sintam amadas, protegidas, estimadas e envolvidas numa rede de amigos. Esta crença de estima e afiliação a certos grupos, constitui uma percepção subjectiva que é dada pela existência de relações de apoio e pela ocorrência de interacções confortantes e apoiantes, que estão relacionadas com o tamanho real das redes de apoio, a proximidade das relações e a composição das redes.

Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams & Stewart (1986), conceberam o apoio social como um meta- constructo que comporta diversas subcomponentes: a) os recursos ou redes de apoio disponíveis (o tamanho, a estrutura e os relacionamentos), b) os comportamentos de apoio (por exemplo ouvir, reconfortar, aconselhar, fornecer, assistir) e c) a avaliação ou percepção subjectiva de apoio (percepção ou crença de que a pessoa se sente protegida, respeitada, cuidada). O autor salienta a interferência de factores pessoais (traços de personalidade, recursos pessoais e competências) e factores de contexto social (agentes stressores, família, papéis sociais e comunidade) e a sua inter-relação, influenciando os recursos da rede, as condutas de apoio e as avaliações.

Caplan (1974), por seu lado, define apoio social como uma união entre indivíduos, ou entre indivíduos e grupos, que tem como objectivo melhorar a competência adaptativa. O autor considera que se devem distinguir duas dimensões de apoio: a objectiva e a subjectiva. Os aspectos objectivos, estão relacionados com o fornecimento de apoio observável. Já a compreensão e a avaliação subjectiva de apoio, está relacionada com a percepção do indivíduo da rede de apoio social de que dispõe.

Para Kahn & Antonucci (1980), o suporte social é uma troca objectiva e interpessoal de providência de afecto, afirmação pessoal ou ajuda (monetária, material, informativa ou temporal).

Lin, Dean & Ensel (1986) conceptualizaram o apoio social como o conjunto de provisões expressivas ou instrumentais, percebidas ou recebidas, proporcionadas pela comunidade, pelas redes sociais e pelas pessoas de confiança. Tais provisões poderão ser produzidas, quer em momentos de crise, quer em situações quotidianas. Nesta perspectiva, o apoio social assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda, através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos (Martins, 2005). Visão semelhante apresenta Vaz-Serra (1999), ao definir apoio social como a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo, sendo este um processo interactivo de intercâmbio que visa promover o bem- estar físico e psicológico das pessoas.

Gottlieb (1983), considera o apoio social como a ajuda tangível ou acessível proporcionada por outros e que tem efeitos emocionais e comportamentais benéficos para o indivíduo e integrando dados de diversas investigações, House (1981) definiu apoio social como uma transacção interpessoal que envolve um ou mais dos seguintes aspectos: apoio emocional, ajuda instrumental, informação acerca do meio e feedback acerca de si mesmo. Outros autores identificaram como aspectos principais do apoio social a rede de interacções, os comportamentos de apoio e a avaliação subjectiva ou a percepção de suporte (Barrera, 1986; Vaux, 1988, Seco, Casimiro, Pereira, Dias,& Custódio, 2004).

Caplan (1974), identificou três grandes formas de assistência, operacionalizadas através dos sistemas de apoio social. A primeira relaciona-se ao facto de as relações com pessoas significativas auxiliarem o indivíduo a utilizar os seus próprios recursos psíquicos para ultrapassar as dificuldades, reforçando a sua capacidade para lidar com diversas fontes de stress. Depois, o sistema de relações permite uma partilha de tarefas e responsabilidades do quotidiano (tais como pagamento de contas, cuidar de crianças, etc.) que não só aliviam, como demonstram preocupação e atenção para com o sujeito. E finalmente, o suporte social possibilita uma fonte extra de recursos

(informação, orientação, apoio económico) que ajudam o indivíduo a suportar mais facilmente situações adversas.

O termo apoio social é muitas vezes utilizado fazendo referência ao apoio emocional. No entanto, o apoio instrumental e o apoio informativo são igualmente importantes.

Também Vaz- Serra (1999), inspirado nos constructos de Cohen e Will (1985) e Powell & Enright (1990), discrimina seis tipos de funções do apoio social:

- Apoio Afectivo - que faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto-estima;
- Apoio Emocional – corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;
- Apoio Perceptivo – ajuda o indivíduo a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;
- Apoio Informativo – constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor situações complexas, facilitando a tomada de decisões;
- Apoio Instrumental – ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços;
- Apoio de Convívio Social – conseguido através do convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais, que ajuda a aliviar as tensões e faz com que a pessoa não se sinta isolada e se torne participante de determinada rede social.

Alguns conceitos encontram-se intimamente relacionados com o apoio social (Ribeiro, 1999).

Por *rede social* entende-se as relações sociais e suas características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizados em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa (Martins, 2005).O termo *rede social*, é entendido como o

conjunto de relações entre membros de um grupo, assim como a descrição dos vínculos estabelecidos entre os componentes desse mesmo grupo. Por *fontes de apoio* ou *provedores de apoio* entendem-se, todas as pessoas que prestam apoio ao indivíduo, tais como familiares, cônjuges, vizinhos, conhecidos, colegas de trabalho, profissionais de saúde e membros de associações ou instituições religiosas. Por *qualidade de apoio,* entende-se a adequação do apoio social e o equilíbrio entre as necessidades do receptor e a medida em que estas são satisfeitas, ou seja, prende-se com a medida de satisfação do sujeito com o apoio que recebe, ou o desejo de ter mais ou menos apoio.

Díaz-Veiga (1987) fala na necessidade de se considerarem outras dimensões de apoio social. Estas dimensões apelidadas de funcionais subjectivas, estão relacionadas com o conceito de apoio social e fazem referência a um nível em que o sujeito entende a existência de relações sociais suficientes e adequadas enquanto provedoras de apoio. Assim, o apoio social refere-se à quantidade de ajuda que um indivíduo realmente recebeu de outras pessoas num período de tempo determinado, enquanto o apoio social percebido prende-se com a disponibilidade (percebida) de alguém em caso de necessidade, sendo que, perceber a sua rede como disponível é um redutor de *stress* maior, do que o apoio efectivamente recebido. Neste sentido, receber ajuda não produz necessariamente um sentimento de ter suporte. O suporte poderá ter resultados benéficos somente quando é percebido como tal (Barrón, 1996; Nunes, 2004; Martins, 2005). O apoio percebido faz referência à informação recebida acerca do apoio (no caso do receptor) ou oferecida (no caso do provedor) Se se trata da avaliação por parte do receptor, falamos de "*apoio recebido*". Se é avaliado através do provedor de apoio, fala-se de "*apoio oferecido*" (Oliveira, 2001).

Recentemente tem vindo a ser salientada a importância do apoio social percebido, pois embora o apoio social se refira a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) em situações de vida específicas, a subjectividade

e individualidade do apoio social depende da percepção pessoal de cada indivíduo e do sentimento de satisfação quanto às relações que têm (Martins, 2005). Vaux (1988) defende que a percepção corresponde na maioria das vezes à realidade, mas mesmo existindo por vezes situações divergentes o que conta na realidade, para a pessoa, é a sua percepção. Sarason, Pierce & Sarason (1990) destacam igualmente a polémica existente entre apoio social recebido e apoio social percebido, admitindo poder existir uma concordância entre ambos. No entanto para estes autores a definição de apoio social percebido é estudada como uma variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo a sua origem nas experiências de apego. No fundo, a percepção de apoio social é mais importante e tem mais benefícios para a saúde mental do indivíduo do que receber qualquer apoio social (Wethington & Kessler, 1986; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981).

As investigações de Harlow definiram a importância dos primeiros sistemas vinculativos assim como o desejo de estabelecer novas ligações, sendo esta componente humana um poderoso mecanismo adaptativo (Oliveira, 2001). Numa perspectiva desenvolvimentista, a forma mais primitiva e porém vital de suporte social, encontra-se reflectida nos vínculos precoces e fenómenos relacionais entre a mãe e o recém-nascido. Por outras palavras, o suporte social primário da criança e solução para todas as necessidades, é a própria mãe. A qualidade do sistema de suporte desenvolvido entre o bebé e a mãe vai afectar, mais ou menos directamente, o funcionamento psicossocial da criança ao longo de toda a sua vida (Oliveira, 2001). O processo de socialização inicia-se em primeiro lugar na família, que conduzindo ao desenvolvimento de habilidades que terão continuidade através da escola, se estendem a situações cada vez mais complexas e específicas. O desenvolvimento do indivíduo neste processo de socialização onde o grupo de pares ocupa um lugar importante, possibilita-lhe a resposta às exigências com que se depara (Espelage, Quittner, Sherman & Thompson, 2000). Para os autores, muitas das mulheres com perturbação do comportamento alimentar percebem-se a

si mesmas como socialmente diminuídas, ineficazes e socialmente ansiosas, levando a que as suas respostas sejam por vezes inadequadas. Assim, as redes sociais e o suporte que providenciam, são elementos importantes em todas as idades, percorrendo os diferentes estádios do ciclo de vida de qualquer indivíduo. No caso particular da adolescência, a adaptação e o funcionamento psicossocial reflecte a capacidade do adolescente para progredir no processo da adolescência e para obter o suporte desenvolvimental necessário quer dos pais, quer do grupo de pares. Com o desenvolvimento da criança e a aquisição da linguagem, o seu mundo social amplia-se, passando a incluir o pai e outros elementos da família. Nesta progressão desenvolvimental passam a fazer parte posteriormente da sua rede relacional, crianças de idades semelhantes, outros adultos, educadores e professores, alargando-se esta rede muito para além dos membros familiares, tendo uma progressão crescente até à adolescência e ganhando nesse período uma importância quase rival com a rede familiar. O grupo social de pares adquire um simbolismo determinante enquanto fonte de suporte social, encontrando-se com facilidade no adolescente um leque restrito de amizades intensas que se constituem como uma fonte primária de suporte social comparada em termos de intensidade às primeiras relações familiares (Oliveira, 2001).

Durante a adolescência, os jovens tornam-se progressivamente mais independentes e a sua vida começa a centrar-se para lá da família. Passam a estabelecer contactos com uma rede mais alargada de pares, com quem desenvolverão outros relacionamentos que irão expor o adolescente a diferentes vivências e valores relativamente aos transmitidos pela família. Através destes relacionamentos, o adolescente redefine-se e selectivamente valoriza as relações com as quais melhor se identifica (Antunes e Fontaine, 2000). Assim, embora os relacionamentos com a família não percam importância, sofrem contudo alterações no sentido de que outros relacionamentos emergem. Posteriormente, outros tipos de contactos adquirem particular importância, como é o caso do primeiro relacionamento íntimo. No futuro, este alguém significativo (por exemplo o cônjuge) transformar-

se-á numa das mais importantes fontes de suporte com a criação de um sistema de suporte mútuo. Alguns estudos enfatizam a relevância do apoio social durante o desenvolvimento na adolescência. Para Antunes e Fontaine (2005) por exemplo, durante a adolescência, a percepção de apoio social parece estar relacionada com o ajustamento psicossocial e com o processo de desenvolvimento da auto-estima, auto-conceito, identidade, assim como do bem-estar físico e psicológico do adolescente. De qualquer modo a percepção de apoio social parece variar com o tempo, uma vez que ocorrem mudanças nas relações com os outros, nomeadamente pais e pares. No entanto parece clara, segundo as autoras, a importância do apoio emocional, lealdade, compreensão e intimidade na adolescência.

Antunes & Fontaine (1994/95), utilizando uma amostra de 654 adolescentes de ambos os géneros e de 5 anos de escolaridade diferentes (do 6.º ao 10.º ano), verificaram em relação às diferenças na percepção que o adolescente transmite do apoio fornecido pelas três redes de apoio (família, amigos e professores) que estes colocam o grupo constituído pela família como a primeira fonte de recursos de apoio. Surge como mais importante a seguir à família, o apoio dos pares, que é um grupo de socialização essencial na construção da identidade e desenvolvimento na adolescência. As autoras puderam ainda constatar que a partir do 8.ºano de escolaridade a percepção de apoio social por parte dos amigos aumenta, enquanto o da família diminuiu. Ainda neste âmbito verificaram que a percepção do apoio social sofre uma quebra acentuada a partir do 7.º ano de escolaridade (por volta dos 13 anos) e esta quebra verifica-se em relação à percepção de apoio por parte da família, dos professores e dos outros em geral. A percepção de apoio por parte dos amigos sofre igualmente uma quebra, embora volte a subir no 8.º ano para os níveis anteriores ao declínio.

As mesmas autoras num estudo longitudinal com 169 adolescentes entre o 7.º e o 9.º ano, verificaram existir uma correlação positiva entre o apoio social percebido (pela família, pares e professores) e o desenvolvimento do auto-conceito. Outras investigações revelam os

contributos positivos que o suporte social exerce ao nível da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida, beneficiando a saúde e reduzindo os índices de mortalidade, e ainda influenciando na recuperação, reabilitação e adaptação às doenças (Oliveira, 2001). As teorias de Caplan (1974) e particularmente as de John Cassel (1974,1976) desenharam os pressupostos que levam a acreditar que o suporte fornecido pelas relações sociais contribui para um pleno desenvolvimento, esbatendo o efeito que as situações adversas vulgarmente provocam. Esta perspectiva sugere que o investimento nos laços sociais é um processo básico que pode aumentar a adaptação e o equilíbrio da pessoa, quando confrontada com acontecimentos particularmente stressantes (Antunes & Fontaine, 1994/95). A quantidade de apoio percebido se encontra relacionado com o bem-estar subjectivo (Ward *et al*., 1984).

De um modo geral, os estudos epidemiológicos indicam fundamentalmente quatro mecanismos, no que se refere à forma como o suporte social poderá influenciar o nível/estado de saúde do sujeito: 1- providenciando preocupação directamente ao indivíduo; 2- aconselhando-o ou apoiando-o nas suas dificuldades para procurar a atenção e cuidado médico apropriado; 3- fornecendo modelos de identificação comportamentais em relação a atitudes saudáveis (alimentação, medicação e outros) encorajando-o simultaneamente a evitar os comportamentos de risco; e 4- promovendo interacções psicossociais (Oliveira, 2001). As investigações sobre o suporte social e a multiplicidade de aspectos associados à saúde, quer física, quer mental, exigem uma abordagem disciplinar no tratamento deste constructo. A existência de uma associação entre uma pobre qualidade do suporte social e uma grande variedade de transtornos psicológicos, vem sendo referida pela literatura. É a percepção positiva do apoio social disponível, que é passível de influenciar a vulnerabilidade para o transtorno psicológico (Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981). É nesta linha que os investigadores vêm mostrando um interesse crescente no estudo do apoio social e da sua inter-relação com as perturbações do comportamento alimentar.

(Jacobson & Robins, 1989; Tiller*,* Jane, Sloane, Schmidt, Troop, Power *et al.*, 1997; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003). Contudo, a maioria dos estudos debruçam-se sobre amostras com patologia severa do comportamento alimentar, minimizando a influência do funcionamento psicossocial em fases precoces ou anteriores à instalação de uma perturbação do comportamento alimentar. Estudos com amostras clínicas, mostram que as perturbações do comportamento alimentar parecem conduzir a persistentes dificuldades psicossociais até à idade adulta, tais como o isolamento e a diminuição de relacionamentos e actividades sociais, assim como marcados conflitos familiares, devido a uma dependência inapropriada para a idade relativamente aos pais.

Reduzida informação empírica se encontra disponível sobre o funcionamento psicossocial em estádios precoces das perturbações do comportamento alimentar e alguns dos poucos estudos realizados em diferentes grupos com perturbação do comportamento alimentar apresentam contradições.

Numa investigação, cujo objectivo era o de estudar as diferenças em termos de funcionamento psicossocial em estádios precoces de AN e BN conduzido por Ruuska, Koivisto, Rantanen & Kaltiala-Heino (2007) e que compreendeu 57 adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, os resultados registaram valores de satisfação nos relacionamentos interpessoais quer para indivíduos com AN, quer para as pacientes bulímicas. No caso destas últimas, verificou-se existir relacionamentos interpessoais mais insatisfatórios quer com a família, quer com o grupo de amigos ou colegas de trabalho.

No que diz respeito às pacientes anorécticas, verificou-se que estas tendiam a ter mais dificuldades a emanciparem-se relativamente à família e ainda no estabelecimento de contactos sociais. Ainda no mesmo estudo, as análises multivariadas mostraram igualmente associações entre a BN e a existência de dificuldades nos relacionamentos com a família. No caso da AN verificaram-se dificuldades de autonomização relativamente à família e a existência de reduzidas actividades sociais. Constatou-se ainda no mesmo estudo

que, quanto maior a duração da doença, mais prejudicada fica a capacidade para o desempenho de uma actividade laboral. Neste sentido os autores reforçam o facto de sobretudo nos adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, o funcionamento social se encontrar marcadamente deteriorado, alertando para a importância de analisar esta variável social aquando do estudo destas patologias.

Análises às relações entre o apoio social e as perturbações do comportamento alimentar, mostram que os indivíduos com algum tipo de perturbação alimentar se encontram menos satisfeitos com as suas redes de apoio social, são mais ansiosos e consideram as suas redes sociais mais pequenas quando comparadas com as de sujeitos sem transtorno da conduta alimentar. (Jacobson & Robins, 1989; Tiller *et al*, 1997; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003)

No sentido de entender de que forma experienciar problemas na área social, representa uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, sobretudo variáveis sociais de risco incluindo, experiências subjectivas de solidão, timidez e sentimentos de inferioridade, em crianças e adolescentes, Troop & Bifulco (2002), estudaram 20 mulheres sem história de perturbação do comportamento alimentar e 43 mulheres que tiveram pelo menos um episódio de transtorno alimentar, de acordo com os critérios do ICD-10 e que foram entrevistadas num período posterior aos 17 anos. Os resultados mostraram que as mulheres com uma história de AN de Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativo alcançaram resultados mais elevados de solidão, timidez e sentimentos de inferioridade no período da adolescência comparativamente às que não tinham história de perturbação do comportamento alimentar. As mulheres com história de BN mostraram níveis mais elevados de timidez. Do mesmo modo, distúrbios nas relações sociais e nas inter-relações familiares são referenciadas desde há algum tempo em pacientes com distúrbios alimentares (Marcos, Cantero & Sebastián, 2003; Karatzias, Chouliara, Power, Collin, Yellowlees & Grierson, 2010). A partilha de relações de amizade e de outras relações sociais, torna-se por vezes difícil para estas pacientes e o desajuste e a inadaptação social pode persistir,

mesmo quando os sintomas da doença se encontram já diminuídos. Esta variável assume uma importância tal, que os factores psicossociais foram introduzidos na etiologia das perturbações do comportamento alimentar (Tiller *et al.*, 1997). As pacientes bulímicas, por exemplo, referem níveis elevados de discórdia familiar e consideram como negativas as relações entre os elementos da sua família (Schmidt, Tiller & Treasure, 1993).

Jacobson & Robins (1989), compararam mulheres bulímicas e não bulímicas quanto à sua dependência de apoio social. As pacientes com BN reportaram uma maior necessidade de apoio social e uma maior dependência social quando comparadas com o grupo controle. Não foram, contudo, encontradas diferenças, que possam sustentar a hipótese de que as mulheres com BN recebem menos apoio social que as não bulímicas, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto a estes aspectos. Também as mulheres com BN parecem perceber menor apoio social da família e amigos e apresentam na formação de uma rede social adequada. Este aspecto terá implicações sobretudo ao nível do tratamento uma vez que os estudos sugerem que o apoio social inadequado poderá inclusive perpetuar a doença (Marcos, Cantero & Sebastián, 2003; Tiller, *et al.*, 1997). No caso das pacientes anorécticas, estas consideram os seus pais como os principais provedores de apoio. São pacientes que poderão ser participantes no seu processo inter conjugal e usufruir de boas relações intergeracionais. Grissett & Norvell (1992) verificaram que as pacientes com BN percebiam menor apoio por parte da família e amigos quando comparadas com o grupo controlo.

Com o objectivo de determinar os níveis de adequação percebida de apoio social, Tiller *et al.* (1997), num estudo comparativo entre estudantes com perturbação do comportamento alimentar (AN e BN) e estudantes sem perturbação do comportamento alimentar, concluíram que as pacientes com AN percebem redes de apoio social mais adequadas quando comparadas com pacientes com BN. Estas pacientes encontravam-se significativamente mais insatisfeitas com o apoio emocional e instrumental que o grupo controlo. Contudo, nos dois casos

(anorexia e bulimia) as pacientes pontuaram ideais de apoio emocional e instrumental mais baixos do que as estudantes sem perturbação do comportamento alimentar. Quando comparados os grupos de BN e AN, verificou-se que as primeiras se encontravam significativamente mais insatisfeitas com o suporte que recebiam dos seus pais, do que as pacientes com AN e as estudantes sem qualquer transtorno (Tiller *et al.,*1997). Estes resultados sugerem que as pacientes com BN diferenciam entre o apoio prestado por parte dos pais e o apoio conferido por outras pessoas das suas redes de apoio tais como amigos ou colegas. Os mesmos autores debruçaram-se ainda sobre se um adequado apoio social percebido por parte dos pais, se correlacionava positivamente com o ideal de apoio do grupo de pares. Concluíram que no caso da AN e do grupo sem qualquer transtorno esta variável não se correlacionava positivamente. No entanto no caso da BN foi encontrada uma correlação positiva significativa, o que sugere que pelo menos no caso da BN, pareça existir uma relação entre o apoio recebido pelos pais e o suporte desejado por parte do grupo de pares (Tiller *et al.,* 1997) Estudos que se debrucem sobre a relação entre o apoio social e as perturbações do comportamento alimentar não são em grande número. Contudo, os estudos que existem neste âmbito parecem apontar para uma influência de um baixo apoio social percebido e alertam para a necessidade, por um lado de alargar o leque de estudos nesta área e por outro, de esta se constituir como uma variável a ter em conta ao nível da prevenção e da intervenção.

3.2. Circunstâncias psicológicas individuais

3.2.1. O perfeccionismo e a sua relação com as perturbações do comportamento alimentar

Falar de perfeccionismo é falar de um termo ao qual vêm sendo atribuídas diversas significações e talvez por essas razões,

cientificamente não tem sido fácil chegar a uma definição operativa e comummente aceite.

Historicamente o perfeccionismo era postulado como um constructo unidimensional e caracterizado pelos seus aspectos mais negativos. Investigadores posteriores tais como Elis (1962) e Burns (1991) enfatizaram a associação entre perfeccionismo e os pensamentos disfuncionais e os sentimentos (Romero & García-Villamisar, 2007).

Mais recentemente, as evidências vieram sustentar a ideia de um constructo multidimensional no qual aspectos positivos e negativos do perfeccionismo foram incorporados. Kaye (1997), sugeriu que o aumento das funções da serotonina poderia representar uma predisposição biológica para o perfeccionismo e para a obsessão nas jovens que desenvolvem uma AN. Além do mais, com o movimento feminista, a pressão para o lucro e a competição aumentaram subitamente. Não deixa de ser interessante que a competitividade é uma característica encontrada em muitas pacientes com AN (Romeo, 1986).

As definições de perfeccionismo não são consistentes. Hamachek (1978), considera a existência de dois tipos de perfeccionismo. Um normal, no qual as pessoas estão muito conscientes do esforço para alcançar o prazer do sucesso de um trabalho, e o perfeccionismo neurótico, que estaria em pessoas incapazes de vivenciar o sentimento de insatisfação porque a seu ver, as coisas nunca estão suficientemente boas para garantir tal sentimento. Adderholt-Elliot (1989), descreve cinco características em estudantes e professores: a procrastinação, o medo de falhar, o pensamento de tudo ou nada, o perfeccionismo paralisado e a dependência do trabalho (*Workhaolism).* Segundo o autor, a procrastinação pode ser resultado do medo de não ser perfeito e a preocupação de não viver de acordo com as suas expectativas e as dos demais. O medo de falhar poderá ser resultado do pensamento de tudo ou nada e que poderá também resultar em apatia. A pessoa prefere não fazer determinada coisa, a fazê-la e esta não ser perfeita. Relacionado com este medo de falhar está ainda o perfeccionismo

paralisado. Os perfeccionistas paralisados, receiam de tal maneira falhar que se entregam a uma completa inércia. São pessoas que apresentam também problemas ao nível da tomada de decisão, procurando uma solução perfeita ao invés de procurarem algumas soluções menos perfeitas. Por outro lado, os perfeccionistas com síndrome de dependência do trabalho nunca delegam qualquer função, pois consideram que ninguém poderá ser tão perfeito quanto eles. Nestes casos, a sua auto-estima está dependente de recompensas externas. Reis (1999), associa o perfeccionismo ao género feminino e define-o como o "*complexo de perfeição".* Para este autor, muitas jovens mulheres acreditam que têm que ser perfeitas em tudo o que fazem. Na escola, no trabalho, na dança, no desporto, com os amigos, etc., fazendo com que considerem, que também fisicamente deverão ser as melhores, as mais magras, as mais bonitas e as mais populares, tentando atingir objectivos cada vez mais elevados.

O perfeccionismo é um traço individual comum da personalidade que provém, em parte, de uma pressão cultural. Este define-se como uma tendência a considerar inaceitável tudo aquilo que não é perfeito e poderá ser analisado de modo positivo ou negativo (Roedell, 1984; Silverman, 1995). De um modo positivo o perfeccionismo poderá proporcionar a energia necessária que conduz ao objectivo de estabelecer metas elevadas. Isso não será em si mesmo uma coisa negativa. No entanto, o perfeccionismo juntamente com uma atitude de punição a si mesmo e castigo dos seus próprios esforços, poderá prejudicar o indivíduo (Roedell, 1984).Ainda para o mesmo autor o perfeccionismo poderá ser um meio de defesa contra a crítica dos demais. Muitos dos pensamentos negativos, crenças e outras sensações poderão acompanhar o perfeccionismo e são estas sensações que poderão frequentemente conduzir a outras distorções mais sérias e a outras formas de desordem, uma vez que o perfeccionismo fomenta emoções tais como o medo da desaprovação e de não ser aceite pelos outros. Além do mais, o pensamento do perfeccionista é o de que se uma realização não é perfeita, a pessoa não terá valor.

Silverman (1995) considera que o perfeccionismo está determinado culturalmente. Enquanto tendência para a perfeição, o perfeccionismo estaria associado à competição. O sujeito vê-se a si mesmo com talento para competir a níveis elevados, estando deste modo o seu perfeccionismo encorajado ou potenciado. Quando associado a uma área irrelevante para o sujeito, então o perfeccionismo não se encontra encorajado. Para este autor, o perfeccionismo tem tanto aspectos positivos como negativos e apenas a energia positiva do perfeccionismo deverá ser aproveitada. Considera ainda, que o perfeccionismo é um atributo inevitável e uma energia que poderá ser potenciada positivamente e vista como uma força existente em alguém que teria assim um potencial para ser excelente.

Hewitt & Flett (1991) criaram um modelo multidimensional do perfeccionismo no qual identificam três componentes: O *Perfeccionismo Auto-Orientado* no qual predominam as expectativas auto-impostas com objectivos pouco realistas para si mesmo; O *Perfeccionismo Orientado para os Outros*, no qual predominam as expectativas de perfeição nos outros, com objectivos pouco realistas e dirigidos para os outros, associado muitas vezes a hostilidade e tendências extra punitivas; e por último, um *Perfeccionismo Socialmente Prescrito*, que assenta na crença de que os outros têm expectativas perfeccionistas sobre si mesmo e só estará satisfeito quando os níveis elevados de desempenho forem atingidos. Os autores contemplam ainda a existência de uma *Auto-Apresentação Perfeccionista*, da qual fazem parte igualmente três componentes: A *Auto- Promoção Perfeccionista,* através da qual a pessoa promove uma imagem perfeita de si; a *Não-Manifestação de Imperfeições*, na qual existe uma preocupação com a revelação verbal de imperfeições; e finalmente, a *Não-exibição de Imperfeições*, em que subsiste uma preocupação com a manifestação comportamental de imperfeições. Estes dois conceitos são de acordo com os autores, conceptual e empiricamente distintos. Enquanto o *Perfeccionismo* se foca nos motivos e disposição relacionada com alcançar a perfeição, a *Auto-Apresentação Perfeccionista* relaciona-se com a expressão de uma suposta perfeição do próprio aos outros. Ou seja, o traço

Perfeccionismo representa o que o perfeccionismo é, enquanto a *Auto-Apresentação Perfeccionista* representa o que o perfeccionismo faz (Sherry, Hewitt, Flett, Lee-Baggley & Hall, 2007).

Garner, Olmstead & Polivy (1983), sustentaram que as perturbações do comportamento alimentar estariam associadas a padrões de beleza e magreza irreais, assim como a uma disposição para estabelecer expectativas e esforços irrealistas em diversas situações. Flett & Hewitt (2003), tentaram estabelecer uma relação entre a variável *aceitação incondicional de si* e *Perfeccionismo*, concluindo que as três dimensões do perfeccionismo se encontravam correlacionadas negativamente, ou seja, quanto menor a aceitação incondicional de si mesmo, mais elevados eram os valores de perfeccionismo apresentados. Tais resultados mostram que os perfeccionistas parecem avaliar-se a si mesmos em termos de valor próprio, o que, se assim for, os torna particularmente vulneráveis a situações negativas nas quais não conseguem afirmar o seu valor. Fixar metas altas e exigentes poderá traduzir-se numa experiência positiva ou negativa. Ter metas é importante e essencial na vida, na medida em que se trabalha para atingir determinados objectivos. Neste sentido, as metas são importantes e têm um propósito. No entanto, quando determinada meta ou objectivo excede as possibilidades normais de cada pessoa poderá originar uma preocupação neurótica ou obsessiva com a perfeição. O que faz com que deixe de ser saudável.

Com o objectivo de analisar a relação entre as dimensões do perfeccionismo e o auto conceito Choy & McInerney (2006) realizaram um estudo em 300 crianças australianas. Os autores sugerem que o perfeccionismo auto-orientado é adaptativo enquanto o perfeccionismo prescrito socialmente assim como a sensibilidade aos erros seriam desadaptativos, na medida em que os autores encontraram uma correlação positiva entre as dimensões de perfeccionismo e os domínios do auto- conceito em crianças em idade escolar. Assim, verificaram que o perfeccionismo auto-orientado se encontrava significativamente associado com o auto- conceito académico e com a auto- estima.

O perfeccionismo assim como as suas características, vem sendo um tópico de interesse crescente na comunidade científica sobretudo nas últimas décadas, no âmbito das perturbações do comportamento alimentar. De uma perspectiva psicológica, Hilde Bruch (1973) foi uma das pioneiras a descrever certas condutas perfeccionistas em pacientes suas que sofriam de AN. A autora havia observado nas suas pacientes comportamentos tais como a rigidez, o estudo excessivo e procura de aprovação pelos demais e desenvolveriam um *falso eu,* ou seja, uma espécie de máscara que utilizam no estabelecimento das suas relações sociais. Esta máscara diria respeito a uma pessoa perfeita, com muitas competências, confiável, que não comete erros, que diz e faz tudo correctamente. No entanto, por detrás desta força aparente esconder-se-ia uma pessoa amedrontada, com sentimento de inutilidade e que viveria cada vez mais isolada e afastada dos outros. Nestas pessoas, o perfeccionismo aparece como compensatório a este sentimento de vazio e às lacunas existentes num fraco *eu* de pessoas que parecem ser muito reservadas e controladoras assumindo rotinas de vida muito sólidas (Romero & García-Villamisar, 2007). Para Hewit (1995) e seus colaboradores a atitude perfeccionista existente nas pessoas com anorexia, seria uma forma de evitar a crítica dos demais que se assume como um verdadeiro pavor para estas doentes. Tais críticas são sentidas como intensos fracassos que conduziriam ao perfeccionismo, uma vez que a luta pela perfeição minimiza a possibilidade de erro e de crítica por parte dos outros.

Assim, as perturbações do comportamento alimentar tais como a AN e a BN, resultam em parte de uma intensa pressão para o atingir de um peso corporal ideal e para um aspecto físico perfeitos. Esta busca pela perfeição inicia-se muito precocemente na infância e evolui com a idade. Por vezes de tal modo, que a personalidade adquire uma impulsividade perfeccionista que afecta a vida diária da pessoa.

Rothenburg (1990) investigou pacientes com transtornos alimentares que se encontravam em tratamento em determinado hospital. Comparou este grupo a um grupo controlo seleccionado ao acaso da população do

hospital. Identificou no grupo de pacientes com perturbação do comportamento alimentar características perfeccionistas associadas a este grupo que não se encontravam no grupo controlo. O autor apontou ainda para a existência de uma perturbação obsessiva- compulsiva que teria início no período da adolescência. Outras investigações centraram-se mais especificamente no perfeccionismo assim como nas suas dimensões e a relação destes factores com as perturbações do comportamento alimentar. O trabalho de Hewitt, Flett & Ediger (1995) centrou-se na associação entre as várias dimensões do perfeccionismo e instrumentos de medida de sintomas de perturbação do comportamento alimentar, imagem corporal e auto estima numa amostra de 81 estudantes universitárias. Os investigadores apuraram que, enquanto o *perfeccionismo auto- orientado* se encontrava apenas relacionado com sintomas de AN, as facetas sociais do perfeccionismo, especialmente o *perfeccionismo prescrito socialmente* e as dimensões do *perfeccionismo auto-orientado,* estavam fortemente relacionados com perturbações do comportamento alimentar, auto estima e imagem corporal. Estes resultados apoiam a necessidade de distinguir as dimensões pessoais e interpessoais do perfeccionismo assim como aspectos do perfeccionismo na personalidade, atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar.

Bastini, Rao, Weltzin & Kaye (1995) centraram-se no perfeccionismo e na sua relação específica com a AN. Partindo da noção de a maioria das pacientes com AN são perfeccionistas, tentaram estabelecer essa correlação. No seu trabalho estudaram anoréxicas com instrumentos que mediam as várias dimensões do perfeccionismo multidimensionais desenhados para medir múltiplos aspectos do perfeccionismo. Ambas as escalas confirmaram que pacientes com baixo peso e com AN eram perfeccionistas de acordo com os instrumentos utilizados. Verificaram ainda que os resultados elevados apurados nestes instrumentos persistiram, mesmo depois do restabelecimento do peso corporal. As pacientes sentiam o seu perfeccionismo como auto imposto e não como uma resposta às expectativas dos demais. A equipa concluiu então que

o perfeccionismo é uma dimensão característica de pessoas com comportamentos rígidos e obsessivos e que pode contribuir para uma resistência ao tratamento da AN ou como um factor de recaída no tratamento. Embora a investigação aponte para a existência de uma relação entre perfeccionismo e as perturbações do comportamento alimentar, comparativamente com a literatura sobre estudos levados a cabo com adultos, os estudos que estabelecem uma relação entre perfeccionismo e perturbação do comportamento alimentar em crianças são significativamente inferiores. Tal disparidade poderá estar relacionada em grande parte com o número de instrumentos disponíveis no que diz respeito a crianças e adolescentes que se encontrem estudados e validados. Castro *et al*. (2003), compararam adolescentes com AN com um grupo controlo sem esta patologia. As pacientes com AN obtiveram resultados significativamente mais elevados que os adolescentes sem patologia, na dimensão *perfeccionismo auto-orientado.* Também Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, (2003), num estudo que pretendeu estabelecer uma relação entre AN e perfeccionismo, comparou 73 pacientes em tratamento com um grupo controlo. Concluíram que as pacientes com AN pontuaram mais alto nas subescalas de perfeccionismo comparativamente com o grupo controlo. As pacientes nas quais se verificaram resultados mais baixos, apresentaram uma melhor resposta ao tratamento e melhores resultados nos estudos de *follow-up*. Foi ainda possível verificar neste estudo, que o perfeccionismo se revela um traço de personalidade que persiste mesmo com a remissão da doença.

Outros estudos em mulheres na população geral, verificaram que níveis mais elevados de *perfeccionismo auto-orientado* se correlacionavam positivamente com atitudes alimentares deficientes (Hewitt, Flett & Ediger,1995; Bastiani, *et al.*, 1995).

Uma importante investigação conduzida por Srinivasagam, Kaye, Plotnicov & Greeno (1995) analisou a persistência do perfeccionismo após a recuperação do peso corporal em pacientes com AN. Os autores estudaram 22 sujeitos que haviam recuperado de uma AN, com o requisito de manter o peso normal pelo período de um ano. Estes

sujeitos foram comparados com mulheres sãs que constituíram o grupo controlo. Os autores verificaram que as pacientes anorécticas obtiveram resultados significativamente mais elevados do que as mulheres do grupo controlo nas medidas de perfeccionismo. Além do mais, as pacientes recuperadas, apresentavam ainda uma preocupação específica para com a simetria e a exactidão corporal, levando à conclusão que certas características da AN tais como a necessidade de ordem e precisão, mantêm-se mesmo após resultados positivos na recuperação da doença. Também Davis, Claridge & Fox (2000) conduziram um estudo que teve como objectivo relacionar a beleza física e o perfeccionismo, com perturbação do comportamento alimentar. Para tal, utilizaram uma amostra de 203 jovens mulheres fisicamente atractivas. Os resultados apurados sugerem que a beleza física é um factor de risco para o desenvolvimento das perturbação do comportamento alimentar, na medida em que esta apresenta uma correlação significativa com a preocupação com o peso corporal, a auto-imagem e o perfeccionismo.

Halmi, Sunday, Stroeber, Kaplan, Woodside & Fichter (2000) num estudo com 322 mulheres com história de AN cujo propósito foi o de examinar o papel do perfeccionismo na AN e a sua relevância nas formas subclínicas deste transtorno, verificaram que as pessoas que haviam sofrido de AN obtinham valores mais elevados na *Multidimensional Perfectionism Scale* do que os sujeitos sem esta patologia, o que justifica considerar o perfeccionismo como uma variável discriminatória sobretudo no caso da AN. No que diz respeito à BN a relação entre o perfeccionismo e o desenvolvimento de sintomas inerentes a esta patologia já não é tão clara e parece requerer a influência de outros factores. Um outro estudo que tinha como objectivo perceber de que forma o perfeccionismo actuava como um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas de bulimia, Joiner, Rudd, Heatherton & Schmidt (1997), numa amostra não clínica de 890 mulheres, verificaram que o perfeccionismo surge como um factor de risco para o aparecimento de sintomas de BN em mulheres que se percebem a si mesmas como tendo peso a mais. Neste sentido, este estudo conceptualiza o perfeccionismo como um factor de risco para os

sintomas de BN mas apenas sobre determinadas condições. As mulheres experienciam, segundo os autores, sintomas de BN quando as suas metas não são alcançadas. Por outro lado, quando as mulheres sentiam que os seus objectivos se encontravam satisfeitos, não desenvolviam sintomas de BN. Joiner, *et al.* (1997) defendem ainda no seu estudo e através de um esquema relacional, que as mulheres que sentem que têm peso a mais e simultaneamente um elevado perfeccionismo, podem experimentar mais sintomas de BN do que as mulheres que não apresentam esta relação.

Vohs, Joiner, Bardone, Abramson & Heatherton (1999), num estudo longitudinal com 342 raparigas, verificaram que a auto-estima moderava a interacção entre o perfeccionismo e a percepção do peso corporal na predição de sintomas de BN. Assim, parece poder-se afirmar, de acordo com estes autores, que mulheres com elevado perfeccionismo que se consideram com peso corporal acima da média, exibem sintomas de BN apenas se apresentarem igualmente baixa auto-estima. As mulheres com auto-estima mais elevada não apresentavam sintomas de BN. Neste sentido, o perfeccionismo, a percepção do peso corporal e a auto estima, interagem para a predição de sintomas de BN.

Bardone-Cone, Weishuhn & Boyd, (2009), pretendendo examinar as relações entre o perfeccionismo desadaptativo e adaptativo e o aparecimento de sintomas de BN numa amostra de 97 raparigas afro-americanas em dois tempos distintos (distando 5 meses entre as avaliações), verificaram que o perfeccionismo desadaptativo encontrava-se relacionado com o aparecimento de sintomas de BN, na medida em que este tipo de perfeccionismo interagia com a percepção de peso corporal. Assim, mulheres nas quais se verificavam sintomas de BN, sentiam-se com peso acima do que desejariam nas quais se verificavam igualmente elevados valores de perfeccionismo desadaptativo (medido através da *MPS*).

Muita da investigação confirma então que os comportamentos rígidos e as personalidades com características de controlo, tais como o

perfeccionismo, se encontram relacionados com o aparecimento de perturbações do comportamento alimentar. Estas dimensões da personalidade são frequentemente resultado de pressões socioculturais intensas que predominam nas sociedades modernas. A coacção para a perfeição surge mais especificamente relacionada com o aspecto físico. As adolescentes são especialmente vítimas de uma pressão para obter um peso corporal e um aspecto físico perfeito, tal como os modelos vigentes numa sociedade. É esta influência que conduzirá a uma atitude obsessiva relativamente à alimentação que por sua vez conduzirá a doenças sérias associadas ao comportamento alimentar tais como a AN e a BN.

Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen & Sullivan (2003), verificaram que pontuações numa escala de perfeccionismo, sobretudo no correspondente às subescalas "*preocupação com os erros"* e *"dúvidas em relação às acções"* encontravam-se significativamente associados quer com a presença de AN, quer de BN. Embora a investigação aponte para a existência de uma relação entre perfeccionismo e perturbações do comportamento alimentar, comparativamente com a literatura sobre estudos levados a cabo com adultos, os estudos que estabelecem uma relação entre perfeccionismo e perturbações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes são significativamente inferiores. Tal disparidade poderá estar relacionada em parte com o número de instrumentos disponíveis no que diz respeito a crianças e adolescentes, que se encontrem estudados e validados, embora nos últimos anos se tenham feito progressos significativos. Neste sentido, e embora as diferentes correlações e as consequências do perfeccionismo estejam actualmente melhor percebidas, a questão do porquê de algumas crianças e adolescentes se tornarem perfeccionistas, é ainda pouco conhecida (Stoeber & Childs, *in press*). De qualquer modo, vêm surgindo algumas evidências que sugerem três hipóteses fundamentais de como os pais influenciam o desenvolvimento do perfeccionismo nas suas crianças e adolescentes: a) a hipótese dos pais perfeccionistas; b) a hipótese da pressão parental; e c) a hipótese dos estilos parentais. Stoeber &

Childs, (*in press*), referem relativamente à primeira hipótese que as crianças e adolescentes desenvolvem perfeccionismo pela observação e imitação dos adultos de referência e do seu perfeccionismo. A revisão de estudos levada a cabo pelos autores, sustentam a hipótese de que existem correlações entre o perfeccionismo de estudantes universitários e dos seus pais, sugerindo que a modelagem por parte dos pais desempenha um papel significativo no desenvolvimento do perfeccionismo. Inclusivamente Vieth & Trull (1999), encontraram diferenças entre géneros. As estudantes do género feminino apresentaram correlações significativas com o perfeccionismo das suas progenitoras enquanto os estudantes do género masculino apresentavam correlações com o perfeccionismo dos seus pais, sugerindo que a modelagem mãe-filha e pai-filho é mais importante do que em géneros diferentes (mãe-filho e pai-filha).

No que diz respeito à segunda hipótese, esta assenta em dois modelos de socialização: o modelo da desejabilidade social e o modelo das reacções sociais. Assim, a pressão parental para o perfeccionismo seria uma combinação das expectativas parentais para com os filhos e a crítica parental ante as falhas da criança para essas mesmas expectativas. (Stoeber & Childs, *in press*). A última hipótese, defende que um estilo parental autoritário, áspero e controlador se encontra associado a níveis mais elevados de desajuste psicológico e distúrbios, quando comparado com um estilo parental autoritário, caloroso e de apoio. Neste sentido e de acordo com Stoeber & Childs (*in press*) um estilo parental autoritário, áspero e controlador, estaria relacionado com o desenvolvimento de formas não saudáveis de perfeccionismo.

3.2.2. Imagem corporal, insatisfação corporal e distorção da imagem corporal.

A preocupação com o físico e a tentativa de aproximação do corpo ao ideal corporal vigente na época sempre foi um objectivo quer dos

homens quer das mulheres, embora superior nestas últimas. Historicamente e ao longo dos tempos, estes ideais foram-se alterando de sociedade para sociedade, de acordo com as suas normas, padrões e valores culturais. Valorizavam-se, ora a magreza (por exemplo os romanos), ora a gordura, que era sinónimo de erotismo e fertilidade (por exemplo entre o Século XV e o Século XVIII). No que diz respeito à mulher contemporânea, a perda de peso encontra-se associada ao cuidado pessoal, sucesso e atracção, estando estas alterações intimamente relacionadas com o deslocamento da mulher para o mercado de trabalho. A isto juntemos o papel dos meios de comunicação social, que reforçam ainda mais a cultura da figura esbelta, conduzindo muitas das vezes a mulher (embora mais recentemente também o homem), às mais diferentes transformações na busca de um físico ideal (Marques, 2007).A sociedade exerce assim uma forte pressão sobre os indivíduos ao submetê-los a padrões de beleza estabelecidos.

Carmo (1997), refere que em Itália em 1976, o jornal *La Republica* apontava que 33% dos homens e 47% das mulheres queriam emagrecer. Nesta conjuntura e devido também a uma forte máquina comercial que vende a ilusão de um corpo ideal, as dietas e o exercício físico parecem ser os principais recursos para uma modificação do corpo, conduzindo estes, quando de uma forma irresponsável e descontrolada, a consequências nefastas para a saúde do indivíduo. A imagem corporal constitui-se como uma componente importante e indissociável do ser humano. As etapas iniciais da construção da imagem de si mesmo, a internalização de ideais de beleza e consequentes atitudes e comportamentos na infância e adolescência, são fundamentais para a compreensão do comportamento na vida adulta (Smolak, 2004).

Desde 1980 que a perturbação da imagem corporal foi introduzida no DSM III (APA, 1980), fazendo parte dos critérios de diagnóstico da AN. Para a BN foi incluída apenas no DSM-III-R (APA, 1987), sob a forma de preocupação persistente com a forma e peso corporais.Mais tarde, em 1996, o DSM-IV considera as alterações da imagem corporal como

critério essencial de diagnóstico tanto da AN como da BN. A sua importância não está relacionada apenas com o diagnóstico, mas também com a prevenção e com o prognóstico dos distúrbios alimentares.

O conceito de imagem corporal foi introduzido por Paul Schilder em 1935, tendo vindo, com o passar dos tempos, a sofrer constantes alterações e levando muitas vezes à utilização imprecisa do termo e a uma confusão com outros termos semelhantes. De acordo com Schilder (1968) imagem corporal é um conceito que está relacionado com a imagem do nosso corpo, formada na nossa mente, ou seja, o modo como vemos o nosso corpo, alterando-se esta imagem ao longo do tempo, podendo ser modificada por um conjunto de experiências sensoriais e estando a sua formação relacionada com factores culturais, relacionais, sociais, psicológicos e fisiológicos (Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976). Numa perspectiva mais dinâmica, Collins (1981) refere que a imagem corporal é uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo, em que a precisão desta representação vai depender da medida de ajustamento entre realidade e o ritmo de mudança a nível corporal. A maneira como vemos o nosso corpo, a sua forma, o seu tamanho, e das partes que o compõem, assim como o modo como acreditamos que os outros o vêm, é a definição proposta por Slade (1988) para a imagem corporal.Na perspectiva de Williams (1983), aparência física e imagem corporal são similares, representando a imagem que o indivíduo tem de si, do seu próprio corpo, numa dupla vertente: cognitiva (o conhecimento do corpo) e afectiva (a avaliação positiva, ou negativa do corpo e logo a forma como é experimentado e sentido).

Garner (1997), considera a questão da imagem corporal um assunto complexo que diz respeito a aspectos exteriores e objectivos, mas também, a representações subjectivas da aparência física: crenças, sentimentos, sensações e percepções relativamente ao corpo. A componente mais subjectiva diria respeito à satisfação de uma pessoa com o seu tamanho corporal ou partes específicas do seu corpo. Sendo

a imagem do corpo indissociável da percepção directa e indirecta de nós próprios e do mundo que nos rodeia, nem sempre a imagem corporal que o indivíduo tem do seu corpo coincide com a sua aparência física real. De acordo com Thompson (1996) o conceito de imagem corporal envolve três componentes. A componente perceptiva, que deriva da apreensão da aparência física e exactidão dessa mesma percepção, envolvendo a estimativa que a pessoa faz do seu tamanho corporal e do seu peso; A componente subjectiva, que envolve aspectos relacionados com a satisfação com a aparência e o nível de preocupação com esta e os níveis de ansiedade que essa mesma aparência suscita; e finalmente a componente comportamental, que se refere às situações evitadas pelo indivíduo pelo desconforto associado à aparência corporal.

A imagem corporal positiva pode ser entendida como significando atracção física, um determinado tipo de corpo, musculatura, magreza, entre outras características (Anastácio & Carvalho, 2006). Para os autores, a imagem corporal faz parte de um constructo mais amplo que é o de auto- imagem e que integra três componentes principais: A *imagem corporal,* que se refere a características físicas tais como o peso, a estatura, a cor dos olhos, a cor da pele, o cabelo, a forma do rosto e que podem ligar-se ao aspecto estético, ou ao aspecto funcional que se encontra relacionado com o desempenho conseguido por cada uma das partes do corpo; *A imagem da personalidade,* que se refere a características ou traços que descrevem a forma habitual do sujeito comportar-se e reagir com os demais e que estão associadas a variáveis tais como a timidez, a agressividade, a simpatia ou outras; A *imagem das atitudes,* que se refere a variáveis que descrevem as capacidades do sujeito, tais como, a inteligência, a capacidade para aprender idiomas, o grau de criatividade, a aptidão para o desporto, entre outras.

Nos últimos anos a problemática da imagem corporal tem sido analisada numa perspectiva multidimensional, sendo Garner & Garfinkel (1976) os principais impulsionadores desta perspectiva. De acordo com

os autores, um transtorno da imagem corporal consiste na alteração da percepção do tamanho do corpo e alterações cognitivas e afectivas, que se traduz numa valorização negativa da aparência física provocando insatisfação e preocupação com o corpo. Segundo Perpiña *et al.* (2000), a alteração da imagem corporal pode manifestar-se de três formas: *através de uma alteração perceptiva, através de uma distorção da informação fornecida sobre o organismo ou através de características cognitivo- afectivas.* No que diz respeito à primeira, a dimensão corporal é percepcionada de forma amplificada, isto é, superior ao que é na realidade. Existe uma sobrestimação desproporcional relativa a determinadas partes do corpo, acompanhada de uma incapacidade de reconhecimento da magreza, apesar do peso muito anterior ao normal e onde pequenas imperfeições corporais, são igualmente exacerbadas. No que se refere à informação fisiológica que é fornecida ao organismo, verificam-se adulterações nas sensações de fome, não conseguindo o sujeito distinguir se tem ou não fome, se já está satisfeito, ou que razões que o levam a comer. Por último, as características cognitivo-afectivas estão relacionadas com as reacções negativas criadas no organismo relativamente ao corpo, que poderão causar no indivíduo insatisfação, aborrecimento e até repulsa a determinadas partes do corpo que serão depois objecto de comparação com modelos.

A imagem corporal é especialmente significativa durante a adolescência, em virtude das mudanças físicas que acompanham a puberdade e do ajustamento que os jovens têm de fazer para se adaptarem a estas mudanças. O papel que a imagem corporal representa para a auto estima reflecte a sua importância no desenvolvimento adolescente saudável. Uma auto- imagem positiva, deriva de uma percepção satisfatória dos factores referidos o que conduz a um equilíbrio emocional e a condutas adaptativas. Uma auto-imagem negativa, deriva da dificuldade de atribuir aos aspectos menos positivos apenas a importância que eles têm, menosprezando as qualidades próprias e dando origem a comportamentos que afectam negativamente o indivíduo. (Cervera, 2005).

A imagem corporal constitui um aspecto muito importante na auto-estima de muitas pessoas, sobretudo na etapa da adolescência o corpo se transforma numa preocupação comum neste período de desenvolvimento específico (Gowers & Shore, 2001). As alterações corporais profundas, o aumento do peso, da altura, as desproporções corporais, e no fundo, o desenvolvimento de todo o processo de puberdade, embora normais na adolescência, não vão muitas das vezes ao encontro daquilo que é o padrão cultural de beleza já interiorizado pelo adolescente. Este aspecto já havia verificado Gonçalves (1998) em cujo estudo 9,5% das raparigas inquiridas manifestavam distorção da imagem corporal.

Segundo Garner (1997) a representação que temos da nossa imagem corporal é fundamental na forma como nos sentimos, no que fazemos e até mesmo quem conhecemos, casamos ou até mesmo a profissão que escolhemos. Facto é que diversas investigações confirmam a imagem corporal como a variável que prediz mais consistentemente as mudanças sintomatológicas nos distúrbios alimentares, sendo mesmo a estabilização da imagem corporal percebida um preditor sólido para uma evolução favorável dos distúrbios alimentares nomeadamente a AN e a BN (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993).

Um estudo realizado com estudantes do ensino superior e com idades superiores aos 18 anos, Baptista *et al.* (1996), verificaram que 32,9% das inquiridas tinham peso baixo, mais de metade (55,1%) queria perder peso, sendo que destas, 45% já tinha peso baixo. Diversos autores concluem então que uma percentagem relativamente elevada de jovens deseja perder peso, sendo os valores mais elevados nas raparigas.

Ainda em Portugal Dixe (2007), encontrou relativamente ao *Índice de Massa Corporal,* 28% dos rapazes e 42,4% de raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, que apresentavam um IMC inferior a 20. Nos participantes com idades compreendidas entre os 18 e

os 25 anos, verificou que 30,3% das raparigas e 16,5% dos rapazes e apresentavam um IMC inferior a 20. Relativamente à satisfação com o peso actual, 52, 4% (no grupo dos 14 aos 17 anos) e 39% (no grupo dos 18 aos 25 anos) de raparigas, não se encontravam satisfeitas com o seu peso e 24,2% (dos 14 aos 17 anos) e 39% (dos 18 aos 25 anos) dos rapazes também não. Dos participantes não satisfeitos 86,2% (dos 14 aos 17 anos) e 85,2% (dos 18 aos 25 anos) de raparigas desejariam pesar menos, enquanto 52,9% (dos 14 aos 17 anos) e 50% (dos 18 aos 25 anos) dos rapazes também. Ainda das raparigas que desejariam pesar menos, a autora verificou que no grupo dos 14 aos 17 anos, 16,5 % tinham um IMC inferior a 20, enquanto no grupo dos 18 aos 25 anos, 1,4% dos rapazes e 8% das raparigas tinham um IMC inferior a 20. Assim, o desejo de perder peso nas raparigas é sensivelmente o mesmo nos dois grupos etários. No entanto, nas que apresentaram um IMC baixo, a percentagem de desejo de perder peso foi superior no grupo etário mais novo (sensivelmente o dobro).

Anastácio & Carvalho (2006), num estudo em que se pretendia analisar a relação entre a satisfação com a imagem corporal e a auto-estima numa amostra de 408 adolescentes, 183 do género masculino e 225 do género feminino, verificaram que 20,1% das raparigas se sentiam demasiado gordas enquanto no caso dos rapazes a percentagem foi de 11,8%, valor que constitui quase o dobro da percentagem de rapazes que assim se auto- percepcionaram. Em relação à altura a percentagem de raparigas satisfeitas foi inferior aos rapazes. Neste mesmo estudo foram ainda encontradas correlações positivas significativas entre a satisfação com a imagem corporal e a satisfação com a altura, com a gordura ou peso. Os dados encontrados por Anastácio & Carvalho (2006), sugerem que a satisfação com a imagem corporal é positiva até ao momento em que as transformações corporais começam a tornar-se visíveis, decaindo sucessivamente até meio da adolescência para depois retomar a percepção positiva, a qual se restabelece já no final da adolescência. Relativamente à imagem corporal, o peso é a característica que menos satisfaz, sobretudo nas raparigas, segundo Anastácio & Carvalho (2006).

Rodríguez & Cruz (2008), com o objectivo de analisar e comparar a insatisfação corporal em adolescentes espanholas e latino-americanas, verificaram que das raparigas que apresentavam um peso considerado normal, 25% apresentavam uma preocupação com a sua imagem corporal. Das raparigas que apresentavam um alto nível de insatisfação corporal (com uma preocupação moderada a extrema), 11% apresentavam um peso considerado normal. Os autores verificaram ainda que, a insatisfação corporal, embora em níveis não patológicos, se mantém constante entre os 13 e os 17 anos de idade. Outros estudos com população portuguesa corroboram estes resultados. Carmo (2001), num estudo com raparigas estudantes portuguesas constatou que da amostra em estudo 38% das inquiridas com peso normal ou com baixo peso desejavam perder peso, sendo os 19 anos a idade em que esse desejo era mais prevalente. Gonçalves (1998) havia verificado que 9,5% das raparigas inquiridas para o seu estudo manifestavam distorção da imagem corporal.

Fairburn, Zafra, Boneca & Welch, (1999) consideram que a baixa auto estima juntamente com a insatisfação com a imagem corporal são factores de risco para o surgimento de transtornos alimentares.

Também Carmo (1997) dispondo de dados do Núcleo de Estudos de Doenças do Comportamento Alimentar, constata que uma grande parte das mulheres portuguesas está descontente com o seu corpo. A maioria das mulheres com um peso considerado normal deseja emagrecer e mesmo as que são magras revelam o desejo de perder mais peso.

Heinberg (1996) aponta os efeitos da maturidade precoce e os efeitos de algum tipo de violências tais como os abusos sexuais como envolvidos nos distúrbios da imagem corporal. Outros autores, que defendem teorias sócio culturais relacionadas com os distúrbios da imagem corporal tais como Fallon (1990) e Heinberg(1996) e consideram a influência de ideais, experiências e expectativas sociais como estando na etiologia e manutenção dos distúrbios da imagem corporal, tendo a comunicação social e os ideais de beleza vigentes, um papel decisivo no desenvolvimento de uma imagem ideal.

A APA (1996) considera que o peso e as formas corporais interferem de sobremaneira na auto- estima das pessoas com perturbações da imagem corporal, sendo a perda de peso sentida como uma conquista e um sinal de forte auto- disciplina, enquanto o aumento de peso é vivido como uma derrota e uma grande falha no auto controlo. Para os autores, algumas jovens mulheres investem na busca de um corpo perfeito como se de um projecto existencial se tratasse, no sentido de dar às suas vidas um significado, coerência e preenchimento emocional que de outro modo não existiria.

Feldman, Feldman & Goodman (1988), sugerem que as crianças adquirem padrões culturais de beleza ainda antes da adolescência sendo a magreza desejada pelas raparigas ainda antes da puberdade. Freedman (1984) concorda que a adolescência não é um acontecimento súbito, mas sim uma continuação de processos desenvolvimentais anteriores, acrescentando o facto de que as raparigas aprendem antes da puberdade que a beleza é uma dimensão básica do papel do género feminino.

Maloney, Mc Guire, Daniels & Specker (1989),num estudo com crianças entre o 3.º e o 6.º ano, apurou que 45% das crianças da sua amostra queriam ser mais magras, enquanto 37% já tinham tentado perder peso. Foi partindo da premissa de que as crianças começam a desenvolver estereótipos de género em relação à imagem corporal desde muito cedo que Collins (1991) desenvolveu uma escala de percepção da imagem corporal em crianças. O autor apurou 42% das raparigas que percebiam e preferiam imagens corporais diferentes e mais magras do que as suas. Estudos em população normalizada sugerem que o peso e a imagem corporal se transformam numa preocupação comum nas adolescentes sobretudo nas mais jovens (Gowers & Shore, 2001).

Sendo a magreza um dos princípios que define a beleza feminina a insatisfação com a imagem corporal ou a percepção de uma imagem corporal negativa afecta cerca de 85% da população jovem feminina e

40% da população jovem masculina (Marcos, Cantero & Sebastián, 2003). Diversas investigações sobre as relações entre imagem corporal e comportamento alimentar mostram que existe um desagrado significativo quer com o peso, quer com as formas do seu corpo sobretudo no que diz respeito às raparigas, assim como tentativas anteriores de perda de peso e dietas.

French, Perry, Leon & Fulkerson (1995-a), verificaram que as raparigas que tinham hábitos restritivos apresentavam Índices de Massa Corporal significativamente mais elevados e maior insatisfação com o corpo do que aquelas que não faziam dieta. Usavam ainda, mais frequentemente procedimentos como provocar o vómito e tomar inibidores de apetite.

Gonçalves (1998) havia verificado que 9,5% das raparigas inquiridas para o seu estudo manifestavam distorção da imagem corporal. Por outro lado a insatisfação corporal parece ser um factor de risco para o humor deprimido e para a baixa auto estima (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006; Wiseman, Peltzman, Halmi & Sunday, 2004). O distúrbio da imagem corporal parece ser um dos mais graves sintomas nos transtornos alimentares, sendo mais complexo do que a simples insatisfação corporal, sendo a consequência da distorção da imagem a insatisfação da mulher com o seu corpo e a baixa auto estima (Sopezki & Vaz, 2008). A distorção da imagem corporal corresponde a afirmar que os jovens percebem o seu corpo como apresentando um peso significativamente superior ao peso real.

No estudo de Dixe (2007), a autora verificou que 5,3% dos rapazes e 12,9% das raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos apresentavam uma distorção da imagem corporal. Comparativamente ao grupo de rapazes, o grupo de raparigas apresentou resultados superiores. Do mesmo modo, o grupo com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos apresentou resultados superiores ao grupo com idades entre os 18 e os 25 anos (2,4% de rapazes e 5,1% de raparigas). Ou seja, a percentagem é superior nas

raparigas, comparativamente aos rapazes e superior no grupo com idades mais baixas comparativamente com o grupo de idades mais elevadas. Uma grande percentagem de jovens com peso normal ou baixo refere ter *"partes gordas"* no corpo e *"horror a aumentar de peso"* (Carmo, 1997; Sampaio, *et al.*, 1999).

Phelps *et al.* (1993) verificaram que a insatisfação com o corpo é muito elevada na adolescência, reflectindo desejo de perda de peso, sendo que esta insatisfação, tende a aumentar à medida que o final da adolescência se aproxima e a literatura mostra a tendência de as pessoas estimarem um valor de IMC inferior ao IMC real (Kakeshita & Almeida, 2006; Collins (1991).

Stunkard (1962), faz a primeira descrição teórica sobre os problemas com a imagem corporal inserida na fenomenologia das alterações do comportamento alimentar, levando a que actualmente se entenda a imagem corporal como um importante preditor das perturbações do comportamento alimentar quer em amostras clínicas, quer não clínicas (Davis, Claridge & Fox 2000).

Gismero (2001), encontrou claras diferenças entre um grupo de anorécticas, um grupo de mulheres que faziam dieta para emagrecer e um grupo controlo, quanto à satisfação com o próprio corpo. As pacientes com Anorexia sentiam-se mais insatisfeitas relativamente aos seus corpos, não gostavam de se ver, alterariam, se pudessem, partes do seu corpo, sentiam-se mais insatisfeitas, não gostavam que olhassem para elas nem de se olhar ao espelho, sentiam-se menos atractivas e com mais sentimentos negativos acerca de si mesmas e dos seus corpos.

Existe, quer na AN quer na BN um denominador comum. O facto de em ambas as patologias predominar um distúrbio da percepção da imagem corporal e um medo mórbido de tornar-se obeso. A insatisfação com a imagem corporal é por vezes operacionalizada entre o peso/ forma actual e a forma/peso ideal.

Para Bruch (1962) esta distorção da imagem corporal seria um dos três factores necessários ao desenvolvimento da anorexia, afirmando ainda, ser este o aspecto mais importante do transtorno, sendo a melhoria dos sintomas de Anorexia apenas temporária, se não existir uma mudança na percepção da imagem corporal. Este factor assume particular preocupação uma vez que conduz a uma ausência de preocupação relativamente ao estado de magreza, mesmo que este se encontre em estado bastante avançado. Bruch (1973), inclui ainda nesta distorção, os distúrbios da consciência cognitiva do próprio corpo, a consciência das sensações corporais e as razões afectivas para a realidade da configuração corporal. Este factor acaba por ser incluído como um dos critérios de inclusão para o diagnóstico da anorexia e bulimia pela APA, (2002).

Segundo Cash & Deagle (1997) as distorções cognitivas relacionadas com a avaliação do corpo, comuns em pessoas com perturbação do comportamento alimentar incluem o pensamento dicotómico, através do qual o indivíduo pensa em extremos relativamente à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; A comparação injusta, através da qual o indivíduo compara a sua aparência com padrões extremos e irreais de beleza; a atenção selectiva, através da qual o sujeito focaliza um aspecto da sua aparência e; o erro cognitivo, acreditando que os outros pensam como ele em relação à sua aparência.

Embora a distorção da imagem corporal possa ser encontrada em outras patologias, é nas perturbações do comportamento alimentar que o seu papel sintomatológico e prognóstico se torna mais relevante.

Ainda de acordo com Polivy & Herman, (2002) embora a insatisfação corporal seja um factor necessário na emergência de uma perturbação do comportamento alimentar não será contudo suficiente, uma vez que um indivíduo poderá não estar satisfeito com o seu corpo e não fazer nada em relação a isso. No seguimento deste raciocínio os autores colocam a seguinte questão? "*Porquê será que em duas pessoas diferentes, uma procura um corpo mais satisfatório, enquanto outra*

mantém-se insatisfeita e não recorre a dietas, ingestão compulsiva, etc.?". Para os autores o aspecto determinante assenta no facto de que o indivíduo apodera-se das variáveis peso e forma corporal, como uma resposta aos seus problemas de identidade e de controlo.

Algumas doentes com perturbação do comportamento alimentar procuram um completo controlo sobre a sua alimentação, peso e forma corporal, considerando que o controlo nesses domínios é possível mesmo que o que não consigam alcançar esse controlo em nenhum dos outros domínios das suas vidas. Assim sendo, a insatisfação com a imagem corporal poderá ser uma forma primária de condução às perturbações do comportamento alimentar na medida em que para as pacientes, manter o seu foco de atenção centrado no peso e formas corporais simplifica as suas vidas na medida em que é encontrada uma solução, se bem que inadequada, para o seu sofrimento, confusão e sentimento de inadequação, através da sua identificação com o seu peso (Vitousek & Hollon, 1990).

Mc Nicholas, Lydon, Lennon & Dooley (2009), num estudo em que analisaram o impacto dos *media* nas atitudes alimentares, verificaram que num total de 1841 raparigas, 33,7% revelaram insatisfação corporal, destas 27,2% apresentavam valores clínicos de bulimia e 16,9% revelaram desejo de emagrecer. Parece ser um facto, que na maioria das vezes os jovens com patologia alimentar tendem a depreciar o seu tamanho corporal e apesar de se encontrarem muitas vezes magríssimos, afirmam-se mais largos e gordos do que estão na realidade (Raich, 1999). Num outro estudo, 136 raparigas com uma média de 12 anos de idade foram analisadas relativamente ao seu comportamento alimentar, auto estima corporal, insatisfação corporal e percepção de IMC futuro. O objectivo dos autores era o de estudar aspectos ligados ao peso corporal e relacioná-los com factores de risco, considerados como bem estabelecidos, para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, tais como a auto estima corporal, expectativas de IMC futuro e comparações sociais negativas. Os resultados deste estudo mostraram a existência de uma correlação

significativa entre a percepção de peso e alterações no comportamento alimentar, onde 32% das raparigas esperavam ter no futuro um IMC a rondar o *Percentil 10 e* 41% reportaram comparar-se fisicamente com pares. Os resultados mostraram também que "*sentir-se corpulento"* quando comparado com os outros é mais grave em termos de risco relativo ao comportamento alimentar do que *"ser corpulento"* de acordo com as normas vigentes (Berger, Weitkamp & Strauss, 2009). Os mesmos autores verificaram ainda que, metade dos elementos da amostra estabeleceram um limite pessoal futuro de peso corporal, o que consideram alarmante, uma vez que o estabelecimento de limites rígidos em termos de peso corporal são bem conhecidos como factores de diagnóstico para a anorexia e bulimia. Destes, apenas um elemento da amostra se referiu a questões de saúde para o controlo do peso, enquanto todos os elementos restantes cediam justificações irracionais para o estabelecimento de limites em relação aos seus pesos corporais futuros. O grupo de raparigas que impunham a si mesmas um limite de peso corporal, apresentou resultados significativamente superiores de comportamento alimentar alterado de acordo com a pontuação obtida no EAT, ultrapassando o limite de pontuação para um comportamento alimentar regular. Este mesmo grupo de raparigas que impunham a si mesmas um limite de peso corporal, apresentavam ainda uma maior insatisfação relativamente aos seu corpos, menor auto estima e consideravam-se menos atractivas dos que as que não impunham este limite de peso. Ainda comparativamente com estas últimas, tendiam a considerar-se *"maiores"*, não diferindo contudo em relação aos valores de IMC, o que é pressuposto como indicador da existência de uma imagem corporal distorcida.

Daley, Jimerson, Hearherton, Metzger & Wolfe (2008), referem no seu estudo que a auto estima das pacientes bulímicas parece estar mais directamente associada a variáveis como a insatisfação corporal, com a forma corporal e com o peso. As pessoas com perturbações do comportamento alimentar apresentam frequentemente uma auto-imagem negativa, sendo esta, de acordo com alguns autores, factor preditivo de aparecimento de transtornos alimentares (Davis, Claridge & Fox, 2000).

Os autores realizaram um estudo em 202 estudantes universitárias e encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a beleza física e a preocupação com o peso corporal. As mulheres mais atractivas do estudo reportaram uma significativa preocupação com o peso corporal do que as menos atractivas.

Embora os factores sócio culturais revelem ter marcada influência nos distúrbios da imagem corporal, também os factores individuais parecem influenciar fortemente estas distorções. A satisfação com a imagem corporal surge então como um factor de protecção em jovens adolescentes que se encontram em risco de vir a desenvolver um transtorno alimentar, embora a influência dos meios de comunicação possa estar por detrás do aumento desta insatisfação.

3.2.3. Auto conceito e perturbações do comportamento alimentar

De um modo geral e com o objectivo de dar um sentido às suas actividades, aos seus intentos e consequentemente à sua existência, as pessoas tendem a esforçar-se para atingir determinados objectivos. Para que isso aconteça, as pessoas devem acreditar em si mesmas, nas suas habilidades e na sua forma de agir. Este sentido sofre alterações ao longo da vida do sujeito, na medida em que este vai vivenciando e assimilando experiências e interagindo com os outros e com o meio que o rodeia.

O auto conceito surge neste processo, como a auto crítica do sujeito para consigo mesmo, em distintas áreas da sua vida (Peixoto, 1996; Vaz-Serra, 1988) sendo um constructo ao qual vem sendo atribuída marcada importância por parte da comunidade científica, enquanto factor de relevo no desenvolvimento do ajuste emocional e cognitivo e no desenvolvimento de relações interpessoais de qualidade, sendo a

ausência de um auto conceito satisfatório, associado a diversas patologias mentais e inadequação em várias áreas da vida do sujeito, independentemente do seu género, idade, cultura, área profissional e objectivos de vida.

A terminologia do *self* é de alguma forma confusa e os diversos termos associados encontraram-se durante muito tempo envoltos numa certa ambiguidade e confusão conceptual, existindo alguma indefinição quanto a uma correcta e objectiva diferenciação. Esta imprecisão arrastou-se durante bastante tempo. Contudo, nos finais dos anos 80 começa a emergir uma certa anuência na definição dos constructos primários do *self.*

William James (1890), foi o primeiro autor a debruçar-se sobre as bases da identidade pessoal. Este autor distinguiu auto conceito como própria experiência (EU) e o conteúdo da mesma, do auto conceito como objecto (Mim). Definiu ainda o conceito de *Self* fundando assim as primeiras bases do conhecimento de "*si mesmo*" ao identificar os seus principais componentes, a que chamou de "*constituintes de si mesmo*":
- o *"si mesmo espiritual"*- que comporta os sentimentos e emoções que são percebidos pelo indivíduo e compreende os aspectos psicológicos e idiossincráticos da personalidade do indivíduo.
- o *"si mesmo social"*- que reflecte as percepções interiorizadas provenientes do conhecimento de si mesmo através dos outros que compartilham o seu contexto de vida.
- o *"si mesmo material"*- formado pelo corpo físico e todos os aspectos materiais que pertencem inequivocamente ao indivíduo.
- o *"puro ego"*- iguala-se a um sentimento de unicidade que o indivíduo experiencia ao longo da sua vida e dota de identidade as diversas emoções e comportamentos que experiencia nas distintas fases da sua vida.

James (1890) postulou uma hierarquia nos diferentes "*si mesmo*", classificando o *"si mesmo espiritual*" num nível mais elevado, enquanto

o “si mesmo material” é colocado ao nível inferior, conferindo à estrutura do auto conceito um carácter multidimensional.

Segundo diversos autores o auto- conceito está relacionado com a auto-descrição do indivíduo e é um constructo teórico que diz respeito à descrição mental que o sujeito faz de si nas dimensões cognitiva, afectiva e comportamental e em várias áreas: escolar, laboral, familiar, social, aparência e ética-moral (Quiles & Espada, 2004). De um modo geral é definido como a percepção do indivíduo acerca de diversos aspectos da sua vida tais como os seus valores, as suas características físicas e a sua história pessoal.

Para Reuchlin (1991), o auto conceito parece tratar-se de um constructo estável, uma vez que se mantém constante ao longo do tempo e terá uma dimensão preditiva de diferentes comportamentos em diversos contextos (Faria, 2005).

Harter (1993), define o auto conceito como resultante de avaliações acerca da nossa competência em qualquer área específica que decorra das fases de desenvolvimento.

Byrne (1984) considerava a estrutura do auto- conceito multidimensional e hierarquizada, cuja complexidade vai aumentando com a idade. O auto conceito tratar-se-ia assim, de uma imagem pessoal global multifacetada e heterogénea, que inclui percepções em áreas específicas e que terá influência significativa no comportamento em geral (Skunk & Carbonari, 1984).

Enquanto conceito multidimensional, o auto- conceito constitui um dos núcleos da personalidade e da existência, na medida em que influencia os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos dos indivíduos (Rosenberg, 1965).

Durante muitos anos, diversos investigadores lidaram com a auto-estima e com o auto- conceito como entidades unidimensionais, sendo estes termos muitas vezes utilizados como possuidores de uma mesma

significação. De facto, não podemos deixar de aceitar que a fronteira conceptual existente entre ambos os conceitos é ténue. São dois conceitos complexos, não existindo para cada um deles definições unânimes e comummente aceites por parte da comunidade científica, o que faz com que muitas vezes sejam empregues como possuidores do mesmo significado, para referir o conhecimento que a pessoa tem de si mesma (Garcia e Musitu, 1999.)

Para Marsh (1993), o auto conceito é diferente da auto estima pois o primeiro reúne componentes cognitivas, afectivas e comportamentais, enquanto a auto estima representaria apenas uma parcela do auto conceito que é um constructo muito mais vasto.A parte cognitiva do auto conceito, diz respeito a um conjunto de especificidades que o indivíduo utiliza para se descrever e que orientam a sua vida (Sisto *et al*.,2004). A parte afectiva, por outro lado, está associada à definição de si próprio sendo muitas vezes definida como a auto estima. Já a componente comportamental é notoriamente influenciada pela percepção (auto conceito) que o indivíduo tem de si (Burns, 1979; Marsch, 1985). Relativamente à auto-estima, salienta-se que a esta corresponde uma parte mais avaliativa e emocional do auto- conceito, que pode ser definida como consequência dos julgamentos positivos ou negativos realizados pelo indivíduo, acerca de si próprio (Faria, Pepi e Alesi, 2004).

Fontaine & Antunes (2002/2003), consideram auto- estima e auto-conceito como dois constructos teóricos, que se têm revelado como variáveis motivacionais e que se relacionam com diversos aspectos de um desenvolvimento saudável ao longo do ciclo de vida, assumindo particular importância durante a infância e a adolescência e estando em estreita relação com a qualidade das realizações e aprendizagens escolares, aspectos estes de importância no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Peixoto (2004), considera que a auto- estima, tal como o auto-conceito, resulta da qualidade do funcionamento familiar, isto é, um

bom relacionamento familiar promove o desenvolvimento de sentimentos de competência e de valor, e logo, uma auto estima positiva.

A definição proposta por William James (1892) estabelece uma relação entre auto conceito e auto estima, na medida em que esta última pode ser resultante da relação entre o nível de aspiração do sujeito e o seu nível de sucesso, ou seja, da relação entre a forma como o sujeito se vê (auto conceito real) e aquilo que gostaria de ser (auto conceito ideal).Neste sentido, as várias dimensões do auto-conceito possuirão diferentes interferências no seu contributo para a auto estima, de acordo com o grau de importância de cada dimensão. Assim sendo, a auto estima resulta da percepção de competência do indivíduo nas dimensões que para ele são relevantes. Uma auto-percepção de baixa competência em áreas que o sujeito considera relevantes resultaria em valores reduzidos de auto-estima. Peixoto e Almeida (1999), referem que apesar de uma utilização muitas vezes indiscriminada dos termos auto-estima e auto -conceito, trata-se de duas entidades psicológicas distintas, que reenviam para diferentes formas de avaliação do self, sendo o auto- conceito uma componente fundamentalmente cognitiva e contextualizada da auto-avaliação, enquanto a auto estima reenviaria para uma autoavaliação mais descontextualizada e com uma componente predominantemente afectiva.

Para Vaz-Serra (1986), a auto-estima é a faceta mais importante do auto- conceito encontrando-se associada aos aspectos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Também Pelham & Swann (1989) enfatizam a importância dos factores cognitivos e afectivos da auto-estima e consideram que a sua organização é complexa, está multideterminada e identificam três componentes na auto-estima global: 1) tendência para apresentar estados afectivos positivos e negativos; 2) as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; 3) a forma como as pessoas “interiorizam” as suas auto-imagens ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “auto- imagens” positivas de

si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as "auto-imagens" reais e ideais de si próprio. O auto conceito é ainda definido como o conhecimento que o indivíduo tem de si (Sisto, Bartholomeu, Rueda & Fernandes, 2004).

Segundo Vaz-Serra (1988), são quatro as componentes que ajudam a construir o auto- conceito: 1) o modo como as outras pessoas vêm o indivíduo, que provocando o fenómeno de "espelho" se refere à tendência do indivíduo tender a observar-se da mesma forma que os outros o percepcionam; 2) a consciência que o individuo tem acerca do seu desempenho em diferentes situações; 3) a comparação entre o comportamento do indivíduo com o dos pares sociais; e 4) a avaliação do comportamento específico relativamente aos valores dos grupos normativos.

Shavelson, Hubner & Stanton (1976) desenvolveram um modelo multidimensional e hierárquico, através do qual o auto conceito é definido através de 7 características principais: 1) é organizado ou estruturado; 2) é multifacetado; 3) é hierárquico, partindo de percepções acerca do comportamento até inferências em diferentes áreas e inferência sobre si mesmo de uma forma geral; 4) é estável; 5) o seu carácter multifacetado aumenta, à medida do desenvolvimento do indivíduo e até à fase adulta; 6) comporta uma dimensão descritiva e avaliativa de si; 7) pode ser diferenciado de outros constructos.

Vaz-Serra (1988) releva como constituintes do auto conceito: as auto-imagens (que derivam das observações sobre si próprio); a auto-estima; o auto- conceito real e ideal, encontrando-se entre estes dois o indicador de auto aceitação do indivíduo; as identidades, que são o reflexo do conteúdo e organização da sociedade; e as identidades prescritas, que se referem à prescrição de identidades por parte de uma pessoa a outra.

No que diz respeito ao auto- conceito físico este é multidimensional, apresentando por conseguinte várias facetas identificadas por vários

autores. Para Williams (1983) o auto conceito físico apresenta três dimensões fundamentais: o esquema corporal, o conhecimento do corpo e a imagem corporal.

Marsh e colaboradores, definem-no em apenas duas dimensões – a aparência física e a aptidão/competência física (Marsh, 1986; Marsh & Jackson, 1986; Marsh & Peart, 1988). Já Bracken (1992), sugere que o auto conceito físico é um constructo unitário. O auto conceito como realidade psíquica complexa que é, possibilita a distinção de várias áreas ou auto conceitos específicos. Fox (1990), propõe um modelo hierárquico do auto- conceito físico do qual fazem parte as seguintes dimensões: desporto ou habilidade atlética, condição física, aparência física, força percebida e auto- estima física global.

Para outros autores (Pope, McHale & Craighead, 1996; Sureda, 2001), distinguem-se o Auto Conceito académico- que se refere à concepção de si mesmo enquanto estudante, como resultado do conjunto de experiências, êxitos, fracassos e variações académicas experimentadas ao longo dos anos escolares. Trata-se da concepção do adolescente sobre se é suficientemente bom, já que pode ser bom aluno e sentir que não tem valor; o Auto Conceito Social- que diz respeito à amizade e aos relacionamentos interpessoais e à consequente capacidade de resolução de problemas, adaptação e aceitação social. Incluem-se ainda neste campo as sensações relativas a se os outros gostam ou não de si; o Auto Conceito Pessoal e Emocional- que se refere aos sentimentos de bem estar e satisfação, ao equilíbrio emocional, à aceitação de si mesmo e à segurança e confiança nas suas capacidades; o Auto Conceito Familiar- reflecte os seus próprios sentimentos enquanto membro de uma família. Sentir-se querido pela família, se esta o acolhe e o valoriza, de se sente seguro do amor que recebe e do respeito dos membros da família para consigo e o auto-conceito global- que corresponde à valorização e baseia-se na avaliação de todas as áreas anteriores. Reflecte o sentimento de que de, um modo geral o sujeito encontra-se satisfeito consigo mesmo.

Quadro VI- Principais componentes e competências do auto- conceito na adolescência adaptado de Sureda (2001).

AUTO CONCEITO	COMPONENTES	COMPETÊNCIAS
EMOCIONAL	CONTROLO PESSOAL: Autodomínio dos sentimentos e acções. Faz com que o sujeito se considera competente e capaz. IMAGEM CORPORAL: Representação mental do corpo. As mudanças decorrentes da puberdade podem provocar sentimentos de insatisfação e insegurança. PENSAMENTO: A forma de perceber a realidade, determinará as acções e os sentimentos do adolescente. Os pensamentos desadaptados e as distorções cognitivas deverão ser substituídos por outros mais adaptados.	- Capacidade para reflectir sobre si mesmo assim como as suas qualidades e defeitos. -Capacidade para emitir auto-afirmações positivas. -Capacidade para receber descrições positivas sobre si mesmo. -Capacidade para estabelecer uma correcta imagem corporal. - Capacidade para corrigir erros cognitivos
ACADÉMICO	EXPECTATIVAS: previsão do adolescente sobre as consequências da sua conduta ATRIBUIÇÕES: o adolescente pode atribuir os êxitos e fracassos como resultado das suas acções ou pode considerar que lhe falta controlo sobre os acontecimentos.	- Capacidade para auto controlar e organizar o seu comportamento relativamente ao estudo. - Capacidade para estabelecer prioridades relativamente ao estudo/aprendizagem. - Capacidade para estabelecer metas pessoais e profissionais realistas e objectivas.
FAMILIAR	Inclui as relações do adolescente com a sua família assim como a valorização dos pais para com os filhos.	-Capacidade para falar com familiares adultos. - Capacidade para criar um clima familiar que assegure um conceito positivo de si mesmo.
SOCIAL	Inclui a competência para as interacções sociais com vista ao estabelecimento de relações	- Habilidades assertivas -Habilidades comunicacionais. - Habilidades para a

	adaptadas, chegando aos objectivos sem prejudicar os demais.	resolução de problemas interpessoais.

Na adolescência decorre uma transição da infância para a idade adulta. Nesta trajectória, um misto de mudanças ocorrem. Com estas, os adolescentes passarão a adquirir um conjunto de responsabilidades e de competências que poderão dar origem a uma instabilidade emocional, decorrentes da necessidade de adaptação às novas exigências (Escrivá & Navarro, 1996).

Luísa Faria (2005) na sua revisão da literatura sobre o desenvolvimento do auto- conceito físico em crianças e adolescentes, começa por referir que a importância do estudo do auto- conceito se prende com o seu carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos domínios da sua existência, conduzindo este, a uma melhor aceitação de si próprio. A qualidade das relações com os grupos de pares parece estar dependente do auto- conceito. Assim, quanto mais elevado for o auto conceito do adolescente, melhores serão as relações que este vai estabelecer com o grupo de pares. As crianças mais novas tendem a avaliar as suas habilidades e capacidades de uma forma dicotómica, sendo em muitas ocasiões boas e más simultaneamente. Já as crianças mais velhas, semelhantemente aos adultos, estimam-se através de um *continuum* que vai desde muito boas até muito más (Harter 1999). As crianças não se avaliam como auto-competentes em todos os domínios (Faria & Fontaine, 1995). No entanto, possuem a capacidade de se avaliar globalmente no que diz respeito à satisfação consigo próprias. Harter (1999) considera que com o avançar da idade o número de domínios em que a criança se auto percepciona vai aumentando e na idade adulta percepcionam a sua capacidade como algo estável.

A fase da adolescência compreendida entre os 12 e os 15 anos é considerada como a fase de desenvolvimento específica do auto conceito, sendo descrita como um período de reformulação e de

diferenciação do auto conceito que conduz à afirmação da própria identidade, num auto conceito personalizado. Para L´Écuyer (1985), neste processo interferem três factores: a maturidade física, a vida académica e a conquista da autonomia pessoal. As transformações físicas, centram o adolescente na sua imagem corporal e muitas das preocupações nesta idade estão relacionadas com o aspecto físico e com o desenvolvimento corporal. É com estas alterações que o adolescente constrói a sua identidade e é a aceitação da sua imagem que favorece o desenvolvimento da sua auto-estima (Hernaez, 1999). A conquista da identidade passa ainda pelo reconhecimento das suas competências escolares, qualidades, aptidões, talentos e limitações (Garma & Elexpuru, 1999) e consubstancia-se ainda à conquista de uma autonomia pessoal, procurando adquirir independência, separando-se do mundo dos adultos e procurando a sua segurança através da identificação com outros grupos que compartilhem os mesmos interesses (Hernaez, 1999).O grupo passa a substituir a família, proporciona auto estima, apoio e serve de modelo com o qual o adolescente se compara.

Um dos domínios que contribui grandemente para a definição de auto- conceito é o domínio físico e mais especificamente a aparência física, que se revela fundamental para a auto estima global, possuindo um papel fundamental no ajustamento psicossocial do indivíduo. Assim, a forma como os outros significativos reagem aos atributos físicos da criança contribuem para a formação do seu auto-conceito físico, que por sua vez influenciará a sua auto estima global. Neste sentido, existe uma relação entre a dimensão física do auto- conceito e a aceitação de si próprio, que acaba por ser transversal a todo o ciclo de vida do indivíduo, embora com uma forte expressão na adolescência (Faria, 2005). Os estudos mais recentes mostram a existência de diferenças significativas no auto- conceito relativamente ao género, sendo os indivíduos do género masculino aqueles que apresentam melhores níveis quando comparados em termos de dimensões específicas e não em termos apenas de auto- conceito global (Harter, 2012; Faria, 2005; Sangeeta & Sumitra, 2012).

No contexto português as raparigas parecem ter um menor auto-conceito físico comparativamente com os rapazes nos domínios da aparência física e da competência atlética, o que não difere dos resultados obtidos noutros contextos. Relativamente ao género, parece consensual o facto de os indivíduos do género masculino tenderem a apresentar um auto- conceito físico mais elevado comparativamente aos do género feminino, embora estes últimos tendam a apresentar um elevado auto conceito em áreas mais sociais (Harter 1999; Faria, 2005). Parece unânime que relativamente às diferenças de género, estas estão relacionadas com avaliação de dimensões relativas a estereótipos e pelo facto de se esperarem comportamentos e desempenhos diferentes em ambos os géneros, esperando-se um melhor desempenho por parte do género masculino. De facto, parecem existir consequências diferentes em termos de aceitação no grupo de pares, popularidade e estima por si próprio para rapazes e raparigas com processos de maturidade física precoces ou tardios (Craft, Pfeiffer & Pivarnik,2003), de forma que os grupos de maior risco em termos de ajustamento e aceitação social, são os de raparigas com maturidade precoce e os de raparigas com maturidade tardia (Brooks-Gunn & Reiter, 1993).

A distorção relativamente ao peso corporal parece estar associada a uma baixa auto estima e tende a ser diferente nos rapazes e nas raparigas, sendo que estas últimas tendem a perceber-se a si mesmas como tendo um peso superior em maior grau do que os rapazes, ainda que ambos tenham o mesmo IMC (Perrin, *et al*., 2010 Faria, 2005; Sangeeta & Sumitra, 2012).

Associam- se a este facto as maiores mudanças ocorridas com o corpo feminino e simultaneamente mais marcantes e explícitas, como é o caso do aparecimento da primeira menarca, que distingue a entrada na puberdade e que conduziria segundo a autora a maiores mudanças e flutuações no auto- conceito físico (Faria, 2005).

Os estudos também parecem salientar a importância das relações familiares no desenvolvimento do auto conceito, na medida em que a

interacção entre os pais e a criança vai facultar a esta última a compreensão daquilo que é esperado dela e do seu comportamento, sendo o conceito que a criança tem de si, resultado da experiência em contexto familiar (Sisto *et al*., 2004). Do mesmo modo, um vínculo seguro com a figura materna, caracterizado pela percepção de que a mãe é uma base segura, disponível, responsiva e que em situações adversas é sensível, acessível e colaboradora, pode contribuir para que o auto- conceito da criança seja alicerçado numa forte segurança (Assis & Avanci, 2004).

Os sujeitos com elevado auto conceito parecem avaliar de forma mais eficaz as suas capacidades, sendo por isso mais capazes de reconhecê-las e mobilizá-las no sentido de obter comportamentos melhor adaptados aos contextos em que se encontram inseridos, o que não se verifica nas pessoas mais dependentes (Matos, *et al.,* 1995). O auto conceito representaria assim uma das estruturas de personalidade que tem uma relação directa com os modelos sociais do meio envolvente e com as experiências mais precoces do indivíduo (Manjarrez & Nava, 2002).

A conexão auto estima, auto- conceito e perturbações do comportamento alimentar tem tido o interesse da comunidade científica. A auto- estima conjuntamente com outras variáveis tais como o perfeccionismo e a percepção do peso corporal, vem sendo identificada como factor preditivo de sintomas bulímicos na literatura (Vohs, *et al.* 1999), preditores de sintomas bulímicos. Parece ter ficado demonstrada que as adolescentes com elevado perfeccionismo e que se percepcionavam acima do peso corporal, apresentavam uma baixa auto estima e exibiam um maior número de sintomas, enquanto as que tinham uma auto- estima mais alta, revelavam menos sintomatologia. A replicação deste estudo pelos autores confirmaram novamente os dados (Vohs & Heatherton, 2001).

Num outro estudo os autores compararam quatro grupos, um que apresentava sintomatologia anoréctica, um segundo que apresentava

sintomatologia bulímica e um grupo controlo subdividido em dois, um com comportamento restritivo e outro sem esse comportamento. No grupo com AN e com BN foram apurados índices significativamente superiores nas variáveis baixa- auto estima e insatisfação corporal do que no grupo controlo sem restrição alimentar. Verificou-se assim uma correlação positiva entre as variáveis sintomatológicas alimentares e a baixa auto estima (Mas, *et al.*, 2001; Daley, *et al.*, 2008). O mesmo se passa relativamente ao auto- conceito, cuja avaliação parece estar relacionada com a insatisfação com o próprio corpo e determinados défices nas habilidades sociais que se mostraram aspectos importantes quer na AN quer na BN (Gismero, 2001).

3.3 - Factores de risco e de prevenção das perturbações do comportamento alimentar

A AN e a BN são doenças multi- factoriais, desencadeadas por um conjunto de factores biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais e resultantes de uma interacção complexa, inter- dependente e inter- influente de diversos factores. Assim, a visão sobre as perturbações do comportamento alimentar é uma visão bio- fisiológica, psico- emocional, sócio- cultural e familiar. Importará então, mais do que identificar factores de risco, compreender as interacções que ocorrem entre factores de predisposição, precipitação e manutenção.

Para Karwautz (2003) e no caso da AN, uma variável pode considerar-se um factor de risco se cumprir determinados princípios. Primeiro, a variável precede a ocorrência, sendo necessário clarificar cuidadamente o início da ocorrência e investigar que outras variáveis foram experimentadas antes do seu início. Depois, importa perceber se os factores analisados se encontram correlacionados e se a variável mostra uma relação causa-efeito. Aumentando o número de factores de risco aumenta também a probabilidade de ocorrência numa determinada população. Depois, supostos factores de risco podem ocorrer extrinsecamente (efeitos adversos) ou intrinsecamente (vulnerabilidade genética) e estes factores podem actuar como predisponentes, desencadeantes e de manutenção. Finalmente, os factores de risco de relevância causal podem ser manipulados o que originaria alterações nos resultados. A maioria dos factores não pode ser alterado (raça, género, ano de nascimento) por isso são chamados de marcadores fixos.

A importância do estudo dos factores de risco, é um passo para a detecção precoce de casos prováveis de forma atempada e a escola pública o local indicado para fazer promoção da saúde (Borresen & Rosenvinge, 2003). Dixe (2007), no seu estudo sobre prevalência das

doenças do comportamento alimentar em população portuguesa verificou que os estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, 4,2% dos rapazes e 18,9% das raparigas encontravam-se em risco. Nos estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, 4,3% dos rapazes e 125 das raparigas encontravam-se em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar.

Benavente, *et al.* (2003), num estudo em que pretendiam detectar factores de risco numa população de 789 estudantes espanhóis de ensino básico, assim como os seus pais/mães, conglomeraram determinados factores que tentaram identificar na sua amostra e nos quais se incluíam um Índice de Massa Corporal baixo, a influência de modelos estéticos e de comunicação, o comportamento alimentar e as relações familiares. Verificaram que da totalidade da sua amostra 6,9% apresentava um IMC entre 15 e 17 o que corresponderia a uma desnutrição ligeira. No *EAT 40*, 8,8% apresentavam uma pontuação significativa, e se não apresentavam doença, consideravam-se população em risco. Ainda nesta prova, 3,3% dos estudantes poderiam ser diagnosticados com uma perturbação do comportamento alimentar segundo os critérios do DSM-IV. No CIMEC-26, 13,5% mostraram-se significativamente vulneráveis às mensagens dos modelos estéticos e aos meios de comunicação e 11,1% consideravam-se muito vulneráveis a essa mesma influência. Karwautz (2003) defende que, para perceber quem está em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar devem ter-se em conta os vários modelos explicativos. Para este autor a AN seria melhor explicada por um modelo multidimensional ou bio-psico-social. Segundo ele, uma patologia do comportamento alimentar deverá ser precedida de uma dieta uma vez que as mulheres que fazem dieta têm 18 vezes mais probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar do que as que não fazem. Em adição, existe quer uma vulnerabilidade biológica (genética, susceptibilidade para a desregulação dos sistemas neurotransmissores que por sua vez regulam o comportamento alimentar), quer uma vulnerabilidade psicológica (determinados traços de personalidade, dificuldades na gestão dos afectos, determinadas experiências de

desenvolvimento, conflitos familiares, conflitos intrapsíquicos). No caso da BN, esta seria melhor explicada por factores específicos do meio ambiente e/ou por uma vulnerabilidade individual.

Dixe (2007), no seu estudo sobre prevalência da anorexia e BN incluiu os critérios de risco que se sumariam no quadro que se segue (Quadro VII). Segundo a autora estariam em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar os indivíduos que cumprissem o seguinte:

Quadro VII- Risco de perturbação do comportamento alimentar (Adaptado de Dixe, 2007)

	Critérios
ANOREXIA NERVOSA DE TIPO RESTRITIVO	Medo de ganhar peso, IMC inferior a 20; Distorção da imagem corporal; Ausência de período menstrual nas raparigas e diminuição do interesse e vigor sexual nos rapazes.
ANOREXIA DO TIPO INGESTÃO COMPULSIVA/TIPO PURGATIVO	Episódios de ingestão alimentar compulsiva pelo menos duas vezes por semana; Métodos de controlo de peso pelo menos duas vezes por semana; IMC inferior a 20; Ausência de período menstrual nas raparigas e diminuição do interesse e vigor sexual nos rapazes.
SITUAÇÕES SUBCLÍNICAS	Apresenta todos os critérios para anorexia, mas apresenta período menstrual se for rapariga e não apresenta perda ou diminuição do interesse e vigor sexual se for rapaz.

Também Peterson, Paulson & Williams (2007), congregam alguns factores de risco que parecem contribuir para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, de entre os quais importa destacar: i) relação mãe-filha perturbada, ii) dieta nos pais ou preocupação parental com o peso e encorajamento dos filhos para a perda de peso, iii) comentários dos pais relativamente ao peso e formas corporais dos filhos.

Isomaa, *et al.* (2009), num estudo no qual pretendiam analisar o desenvolvimento de perturbação do comportamento alimentar, tomaram em consideração os seguintes critérios para diagnosticar AN: IMC inferior a 17,5 (critério A), medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo

encontrando-se no entanto com baixo peso (critério B), distúrbio na forma como o corpo é experienciado e a influência do peso e da forma corporal na auto avaliação, assim como a negação da severidade da perda de peso verificada (critério C) e amenorreia (critério D).Para o diagnóstico de BN seguiram os seguintes critérios, apurados através de entrevista individual: Ingestão compulsiva com medo de perda de controlo (critério A), comportamentos compensatórios típicos de forma a evitar ganho ponderal após a ingestão compulsiva (critério B), frequência dos episódios de ingestão compulsiva-duas vezes por semana em três meses (critério C), importância do peso e da forma corporal na auto-estima e na fobia a ganhar peso (critério D)

Machado (2010), organizou os factores de risco em 3 Domínios: Factores de risco gerais, factores de risco específicos e factores de risco que possibilitam distinguir pacientes com anorexia de pacientes com bulimia. Mc Nicholas, Lydon, Lennon, & Dooley (2009), classificaram no seu estudo como estando em risco para a AN elementos da amostra que pontuavam superior a 20 no EAT, que revelavam uma pontuação elevada na subescala *Impulso para Emagrecer* e apresentavam um IMC considerado abaixo do desejado para a idade.

Diversos investigadores vêm referindo que os critérios de diagnóstico para AN e BN sugeridos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) são demasiado elevados e que os casos de síndromes parciais deveriam ser incluidos uma vez que representam igualmente elevado risco para a saúde, sendo a sua prevalência em muitos estudos realizados, superior aos critérios completos para perturbação do comportamento alimentar. Factores como o comportamento de dieta, sintomas bulímicos, controlo oral, impulso para emagrecer e insatisfação com a imagem corporal, foram utilizados no estudo de Peterson, Paulson & Williams (2007) uma vez que parecem estabelecer uma forte relação com o desenvolvimento de um quadro de síndrome total para uma perturbação do comportamento alimentar. Os resultados do estudo mostraram que de facto existe uma

correlação positiva significativa quer em rapazes, quer em raparigas, entre todos os sintomas de perturbação do comportamento alimentar estudados (excepto controlo oral) e a pressão percebida por parte dos *media*, pares e mães.

Martínez- González, *et al.* (2003), numa amostra de 2862 raparigas com idades entre os 12 e os 21 anos encontraram um risco acrescido de desenvolvimento de perturbação do comportamento alimentar nas raparigas com idades mais precoces, que habitualmente comiam sozinhas, cujos pais se encontravam divorciados, que liam frequentemente revistas de raparigas ou ouviam programas de rádio. Neste sentido, o estudo reforçou o papel importante que a influência dos *media* tem no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. O conhecimento actual neste âmbito sugere que o reconhecimento dos indivíduos em risco e a intervenção precoce podem prevenir o aparecimento de uma perturbação do comportamento alimentar. De acordo com Rome, *et al.* (2003), num primeiro momento importa reconhecer factores de risco iniciais, triar pacientes de risco, proporcionando intervenções prontas e efectivas antes da patologia se instalar plenamente. Os casos que não cumprem a totalidade dos critérios para uma perturbação do comportamento alimentar tal como a AN ou BN, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* são pacientes cada vez mais jovens, raparigas com uma preocupação excessiva com a imagem corporal, restrição alimentar severa para uma perda significativa de peso e representam um sério risco para a saúde e para o bem-estar. Segundo os mesmos autores, o diagnóstico de uma perturbação do comportamento alimentar Sem Outra Especificação, nunca deveria ser considerada uma perturbação do comportamento alimentar de baixo nível ou sem indicação para tratamento intensivo. Deveria antes, ser uma oportunidade para intervir numa potencial ameaça patológica inicial, num estádio muito precoce e acima de tudo uma atitude responsável por parte do clínico que nunca deveria deixar de oferecer uma intervenção inicial e compreensiva da situação. Sugerem um conjunto de factores de risco tais como, história familiar de uma perturbação do comportamento alimentar ou obesidade,

doença afectiva ou alcoolismo em familiares de primeiro grau, prática de desportos que requeiram uma determinada silhueta, tais como o ballet ou a ginástica, traços de personalidade específicos tal como o perfeccionismo, determinadas características do comportamento alimentar dos pais, peso corporal, história de abuso físico e/ou sexual, uma baixa auto-estima, insatisfação com a imagem corporal e uma história de recurso a dietas, omissão de refeições e exercício físico compulsivo

Outros factores têm sido aludidos como precedentes das perturbações do comportamento alimentar. Neumark- Sztainer *et al*. (1998), num inquérito a 203 adolescentes de ambos os géneros e no que respeita a dietas alimentares pouco saudáveis, verificaram que cerca da metade da amostra reconheceu "*não comer"; "passar fome" e "saltar refeições"*. Segundo os autores, as características demográficas tais como o peso corporal, a idade e a etnia pareceram ser determinantes nos comportamentos de controlo de peso. Relativamente à etnia, as raparigas afro-americanas apresentaram menor tendência para fazer dietas do que as de raça branca. Os autores referem ainda que no mesmo estudo, as jovens de estatuto sócio- económico mais elevado submeteram-se com maior frequência a dietas do que as de estatuto sócio- económico mais baixo.

A menarca precoce surge nos estudos de Fairburn (1997) como um factor de risco específico para o surgimento da BN. Ainda para o mesmo autor, determinados problemas com os pais, parecem também ser específicos no aparecimento da BN, assim como uma história anterior de obesidade e dietas, que emergiu como um factor de risco para o aparecimento desta mesma patologia.

A influência dos abusos na infância é uma variável que surge com maior complexidade. De acordo com alguns autores parece existir uma ligação entre o abuso sexual na infância e a sintomatologia bulímica (Everill & Waller 1995). No entanto, o abuso sexual de crianças encontra-se também associado com a depressão e outros distúrbios

psicológicos. Contudo, estas problemáticas são mais frequentemente associadas com o abuso sexual de crianças conjuntamente com outros abusos físicos e emocionais e quando as famílias não facultam o necessário suporte. Outros autores consideram que não existe uma elevada incidência de abuso sexual na infância em pacientes com BN, mas sim uma maior severidade do abuso quando este existe (Groth-Marnat & Michel 2000). Para Casper & Lyubomirsky (1997) o abuso sexual infantil poderá contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares apenas de forma indirecta, conduzindo a psicopatologia individual. Para Kent & Waller (2000) o abuso sexual infantil através de uma profunda influência na auto-estima e na ansiedade é o único trauma infantil que poderá predizer sobre o surgimento de transtornos alimentares na idade adulta.

Para Troop (1998), o abuso sexual induziria emoções intoleráveis e uma perda do sentido de identidade e surgiria sob a forma de um transtorno alimentar em mulheres que não encontram formas construtivas de lidar com essas crises pessoais.

No que diz respeito aos afectos, uma relação funcional entre afectos negativos e transtornos alimentares foi proposta por Steinberg, Tobin & Johnson (1990).Para Johnson & Larson (1982), pacientes com BN ingeriam alimentos numa tentativa de elevar o seu humor. O comportamento purgativo permitiria um controlo sobre o aumento de peso. No entanto e contrariamente ao desejado, as pacientes bulímicas percebiam que quando a ingestão compulsiva ficava fora do seu controlo, surgiam sentimentos de culpa e pavor de aumentar o peso. A ingestão deixa de ser um alívio para passar a introduzir emoções negativas tais como a culpa e o remorso. Surge então a purgação como forma de minimizar essa mesma culpa assim como descarregar essa mesma culpa. Depois de um episódio de ingestão compulsiva em contexto de laboratório, as pacientes referem uma diminuição da ansiedade, tensão e culpa. Assim, os factores afectivos não parecem ser etiologicamente importantes para o surgimento de transtornos

alimentares, mas poderão encontrar-se associados a formas subclínicas de transtornos alimentares.

Também os grupos de pares são frequentemente citados como factor contributivo para o desenvolvimento de transtornos alimentares. As raparigas adolescentes aprendem algumas atitudes (tais como a importância da magreza) e alguns comportamentos, como as dietas e a purgação, com o grupo de pares com quem se relacionam (Levine, Smolak & Hayden, 1994). Por um lado através do exemplo e do encorajamento, ou mesmo até como teste para se incluir em alguns desses grupos.

Alguns estudos defendem mesmo que a influência do grupo de pares e da família, é superior à influência dos meios de comunicação (Stice, 1998). No entanto, de acordo com uma revisão das causas dos transtornos alimentares levada a cabo por Polivy e Herman (2002), nem em todos os grupos de pares existe uma preocupação ou pressão para a magreza, pelo que a possibilidade de influência do grupo de pares não deverá ser tomada como garantida e deverá esta área ser mais aprofundadamente estudada.

Outro aspecto tem a ver com o facto de a influência dos meios de comunicação e do grupo de pares ser, mais frequente nas raparigas do que nos rapazes e tal facto não será apenas por a nossa cultura exercer uma maior pressão para a magreza em raparigas. As raparigas, por diversos factores estarão mais permeáveis a estas questões. A influência de factores sócio- culturais no desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar poderá traduzir-se sucintamente numa idealização pela magreza, que de resto, surge como a principal causa do desenvolvimento das patologias que abordamos. Aceitável é também o facto de existir por parte da mulher uma insatisfação corporal e uma preocupação e foco exclusivo na sua forma corporal e tamanho, conduzindo deste modo à patologia, que seria ainda uma solução inadequada de resolução dos seus problemas

.

De acordo Lázaro (2003), a vantagem da detecção precoce de factores de risco numa população, torna possível uma intervenção preventiva.Benavente, Morilla, Leal & Benjumea (2003), consideram que a identificação de sujeitos considerados de risco, permite o emprego de programas de prevenção de forma mais eficaz.

De acordo com estudos realizados, programas destinados a aumentar a auto-estima em crianças e adolescentes entre os 11 e os 14 anos de idade, resultaram numa mais baixa incidência de perda de peso e sintomatologia relacionada com transtornos alimentares, em participantes considerados em risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, passado um ano de aplicação do programa (O´ Dea & Abraham 2000).

Tratando-se de patologias graves, com tratamento difícil e moroso, a atenção nos últimos anos dirige-se para a detecção precoce destes transtornos e da aplicação de programas de intervenção que incidam sobre variáveis específicas e que fortifiquem os factores de protecção. A forma como os factores de protecção actuam é descrita por Crago, Shisslak *et al*. (2001). De acordo com estes autores, os factores de protecção, interagindo com os factores de risco, diminuem a disfunção, interrompendo os seus efeitos, assim como o processo através do qual os factores de risco actuam. Por outro lado, previnem mesmo a ocorrência dos factores de risco.

Um grande número de factores gerais e inespecíficos de protecção para as perturbações do comportamento alimentar, já se encontram identificados. No entanto, variáveis mais específicas carecem de um melhor conhecimento, o que com certeza daria informação preciosa no sentido da criação de estratégias de prevenção.

Para Smolak, Murnen & Ruble (2000), a participação em desportos que não sejam de elite parece ser um factor de protecção para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Também uma elevada auto estima, assim como uma elevada auto eficácia e

adequada capacidade de resolução de problemas parecem ser factores de protecção para adquirir uma perturbação do comportamento alimentar de acordo com Karwautz (2003).

O encorajamento para a autonomia e a diminuição da superprotecção por parte dos progenitores, são apontados igualmente como factores protectores. Mais especificamente no que respeita à superprotecção, esta deveria ser, segundo Lázaro (2000), um dos aspectos a trabalhar com as famílias ao nível da prevenção primária ou em programas de prevenção a serem implementados.

Sendo o auto conceito uma variável importante no âmbito das perturbação do comportamento alimentar, trabalhar no sentido de que ele se eleve para patamares mais seguros, torna-se igualmente um dos objectivos da prevenção primária. As estratégias sugeridas por exemplo para o tratamento da AN, fazem referência ao aumento do auto conceito, uma vez que para as pacientes com perturbação do comportamento alimentar, a magreza encontra-se associada à competência, superioridade e sucesso, estando portanto intrinsecamente ligada ao auto conceito. O trabalho a este nível envolve a redução de altas expectativas de desempenho, desenvolvendo padrões realistas de auto- avaliação fomentando a importância dos sucessos e das qualidades existentes.

Importa ainda que a auto avaliação seja o mais multifacetada possível, evitando que o modo como a pessoa se vê incida para além dos atributos pessoais.

Para Rome, *et al.* (2003) os cuidados de saúde primários estão na linha da frente para identificar as pistas de uma perturbação do comportamento alimentar, quer esta se encontra em fase inicial ou mesmo já em fase inicial da instalação e onde a intervenção poderá ser mais simples. Segundo o autor raramente um adolescente surge com queixas relacionadas com uma perturbação do comportamento alimentar. É habitualmente um professor, uma enfermeira ou um dos

progenitores (habitualmente a mãe), quem referencia o adolescente ou quem suspeita de uma perturbação do comportamento alimentar. Comummente surgem pedidos relativos a vertigens, fadiga, dores de cabeça, obstipação ou amenorreia, resultantes da perda de peso ou de um comportamento alimentar anómalo. Perante estes sinais deverá instalar-se alguma suspeição. Os mesmos autores recomendam três áreas de actuação neste âmbito: Referem-se à detecção precoce, na medida em que existido uma forte evidência de que quanto mais tempo durar a doença, menor a possibilidade de recuperação, um diagnóstico precoce conduzirá a uma intervenção atempada e melhor sucedida. Não raras vezes, quando o diagnóstico formal de uma perturbação do comportamento alimentar se estabelece, já a paciente se encontra a sofrer de diversas problemáticas biopsicossociais, devendo a intervenção ocorrer aquando do aparecimento dos primeiros sinais.

A atenção relativamente a esta problemática deverá centrar-se ainda: Em primeiro lugar num conhecimento por parte dos familiares, técnicos e agentes educativos e de saúde relativamente ao processo evolutivo da patologia, sensibilizando-os para a possibilidade do surgimento precoce de uma perturbação do comportamento alimentar e em idades inesperadamente baixas e por outro lado o reconhecimento de sinais que têm que ver com a imagem corporal, alterações na dieta alimentar e hábitos de dieta que poderão aparecer cedo.

Bacalhau & Moleiro (2010) consideram que na prática clínica da medicina familiar e na suspeição de uma perturbação do comportamento alimentar, deve ser dada relevância, para uma detecção precoces, a aspectos como uma perda ponderal, mesmo sem um IMC anómalo, a um comportamento alimentar desadequado, a uma insatisfação quanto à imagem corporal, associadas a uma multiplicidade de queixas psicossomáticas e a um ambiente familiar disfuncional.

Por outro lado importa intervir precocemente, devendo a família estar sensibilizada para o facto de que, uma intervenção com início tardio diminui as possibilidades de restabelecimento completo e tem

implicações sérias ao nível da morbilidade e mortalidade destes pacientes.

Segundo Lázaro (2003), os objectivos da intervenção na família deveriam incluir uma actuação ao nível da redução da superprotecção, aumento da comunicação e restrição da exposição aos meios de comunicação, particularmente no que diz respeito à televisão, por parte dos pais ou cuidadores para com as suas crianças. Ainda de acordo com este autor, os programas de prevenção assentam no princípio de que as condutas podem ser modificadas uma vez que há que existem evidência que após a implementação de um estudo verifica-se um decréscimo significativo dos factores de risco nos adolescentes quando comparados antes e depois da implementação.

PARTE II- MARCO EMPÍRICO

I- METODOLOGIA

1.1. Introdução

As Perturbações do comportamento alimentar são doenças graves com consequências nefastas a vários níveis. Afectam sobretudo mulheres em idades cada vez mais precoces, sendo uma problemática preocupante particularmente nas jovens de países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. A relevância destas patologias encontra-se por isso ligada a dois aspectos fundamentais. Por um lado pela complexa etiopatogenia e por outro, pelo aumento da sua incidência sobretudo nos países mais desenvolvidos.

Neste sentido, importa perceber o seu desenvolvimento e intervir num momento anterior à instalação da patologia, uma vez que se sabe que em muitos dos casos sinalizados, a patologia se encontrava já instalada e as doentes em risco de vida (Alvarenga, 2001).

Nos finais do século XIX, surgem os primeiros estudos históricos sobre as doenças do comportamento alimentar. No entanto, a partir da Segunda Guerra Mundial, o número de mulheres com esta patologia começa a aumentar nos países ocidentais, sendo este aumento acentuado nas décadas de setenta e oitenta.

1.2. Objectivos e hipóteses

No seguimento de um estudo piloto prévio que deu origem à tesina e conducente obtenção do Diploma de Estudos Avançados, pretende-se neste estudo uma investigação mais ampla em amostra e variáveis de forma a atingir determinados

Na primeira parte da investigação procurou-se centrar a informação relevante sobre o tema a investigar e obter informação evolutiva, enquadrando as variáveis e as hipóteses através dos conceitos teorizados.

Partindo desses pressupostos e fazendo a interligação dos conteúdos, pretende-se seguir para a identificação numa amostra de população escolarizada, de variáveis preditivas de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar sendo este o tema central da presente investigação.

Foi ainda objectivo deste estudo, analisar comparativamente as respostas obtidas pela amostra de crianças e adolescentes e as respostas obtidas numa amostra de mães relativamente à imagem corporal real percebida e à imagem corporal desejada.

Com carácter geral importa então compreender de que forma diferentes factores poderão contribuir para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes, explorando e avaliando a inter- influencia e a relação entre as diversas variáveis individuais, familiares e sociais.

Tomando como ponto de partida os resultados dos estudos teóricos analisados, foram formuladas algumas hipóteses:

Neste sentido esperamos que:

1- *Se o género masculino apresentar uma insatisfação com a imagem corporal existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida".*
2- *Se o género feminino apresentar uma insatisfação com a imagem corporal existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida".*
3- *Se os alunos apresentarem uma insatisfação com a imagem corporal, existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" entre os distintos estabelecimentos de ensino.*
4- *Se existirem diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" estas serão distintas para ambos os géneros.*
5- *Se existirem diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" estas serão distintas para as diferentes idades.*
6- *Se ocorrer distorção da imagem corporal, existirão diferenças entre os géneros.*
7- *Verificar-se-ão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" percepcionada pela progenitora.*
8- *Se existir risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar este será mais elevado no género feminino do que no género masculino.*
9- *Se existir risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar esta será distinta para os grupos de idades.*

1.3. Identificação de variáveis preditivas

Tendo em conta a natureza do problema a investigar, os objectivos definidos e as hipóteses formuladas, optou-se por um estudo descritivo correlacional, com base numa análise multicausal e multidimensional, partindo da identificação de variáveis que se julgam estar envolvidas no aparecimento das perturbação do comportamento alimentar, tentando, não somente entender o seu aparecimento e evolução, mas também predizer o seu aparecimento de acordo com as variáveis analisadas, numa amostra de crianças e adolescentes do Concelho de Portimão.

Pretendemos identificar casos de risco de acordo com os seguintes factores:

Quadro VIII- Variáveis de risco (Fonte: elaboração própria)

Medida	Critério de Inclusão
EDI elevado	Ponto de corte ≥80
EAT elevado	<21 baixo risco; =21 risco; >20 alto risco
SSA elevado	Ponto de corte ≤72,24
CIMEC-26 elevado	Ponto de corte ≥17
CAPS elevado	Ponto de corte ≥17
Insatisfação com a imagem corporal	Imagem corporal percebida distinta da imagem desejada – classificações negativas
Distorção da imagem corporal	Imagem percebida como real, superior ao IMC real- Distorção positiva

1.3.1. Amostra

Os dados constantes na presente investigação foram recolhidos entre os meses de Abril e Maio do ano de 2010.

De um total de 1491 questionários respondidos foram excluídos 57 que se encontravam incompletos ou que foram respondidos

aleatoriamente e após a necessária análise dos mesmos e depuração da base de dados, obteve-se um total de 1434 protocolos. Destes, apenas 1188 continham dados completos de IMC, tendo sido este o valor utilizado para a análise destes dados.

Para a realização deste estudo a escolha dos participantes recaiu sobre uma amostra de crianças e adolescentes do concelho de Portimão. A idade dos elementos inquiridos encontra-se compreendida entre os 10 e os 16 anos ($\overline{X}$ = 12,56 e desvio padrão de 1,66)

No que diz respeito ao género, 48,3% (N = 693) dos inquiridos são do género masculino e 51,7% (N = 741) do género feminino e procedentes de 5 estabelecimentos de ensino público, do Concelho de Portimão.

Tabela 1- Frequências de alunos por género

Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	693	48,3	48,3	48,3
	Feminino	741	51,7	51,7	100,0
	Total	1434	100,0	100,0	

A amostra total é então composta por um total de 1434 alunos (cerca de 47% do total de estudantes nos graus de ensino em estudo de acordo com a Direcção Regional de Educação do Algarve).

Em suma, de forma descritiva, baseada essencialmente em análise de tabelas de frequência, sabe-se de modo muito generalizado, que se trata de uma amostra que não é diferenciada pelo género, existindo um equilíbrio entre rapazes e raparigas, do ponto de vista geral.

A intenção inicial era a de utilizar todas as escolas do Concelho, num total de 6, contudo, pela proximidade do final do ano lectivo, uma das escolas não se encontrou disponível para participar.
As 5 escolas onde foi recolhida a amostra foram então as seguintes:
- Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo D. João II de Alvôr;
- Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo Júdice Fialho;
- Escola Básica Integrada da Mexilhoeira Grande;
- Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Professor José Buísel;
-Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo Engenheiro Nuno Mergulhão;

Relativamente à proveniência dos participantes por escola, cerca de 45% (N = 646) proveio da Escola Básica 2.º/3.º Ciclos Professor José Buisel, seguido da Escola Básica 2.º/3.ºCiclos Júdice Fialho com 39,5% de alunos inquiridos (N = 566). Dos restantes estabelecimentos de ensino, provieram 85 alunos (5,9%) da escola Escola Básica Integrada da Mexilhoeira Grande, 4% (N = 58) da Escola Básica 2.º/3.ºCiclos Eng.º Nuno Mergulhão e 5,2% (N = 75) da Escola Básica 2.º/3.º Ciclos D. João II Alvôr (Tabela 2).

Tabela 2- .Frequências de alunos por estabelecimento de ensino

Escola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EBI Mexilhoeira Grande	85	5,9	5,9	5,9
	EB2/3 Prof. José Buisel	646	45,0	45,1	51,0
	EB2/3 Engº Nuno Mergulhão	58	4,0	4,1	55,1
	EB2/3 D. João II Alvôr	75	5,2	5,2	60,3
	EB2/3Júdice Fialho	566	39,5	39,5	99,9
	Total	1432	99,9	100,0	
Total		1434	100,0		

No que respeita à escolaridade dos inquiridos, verifica-se homogeneidade na distribuição dos alunos pelos demais anos de escolaridade, onde se destaca ligeiramente o 6.º ano por 24,4% (N =

352) e o 9.º ano de escolaridade com menor fatia percentual de 15,9%, sinónimo de 230 jovens. Do 5.º ano constam 20,7% (N = 299), valor este, em muito próximo do 7.º ano de escolaridade com 20% (N = 288) e finalmente, provieram do 8.º de escolaridade 18,9%, ou seja 272 alunos do total da amostra (Tabela 3)

Tabela 3- Frequências de alunos por ano de escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Válidos	5Âº Ano	299	20,9	20,9	20,9
	6.Âº Ano	352	24,5	24,6	45,5
	7.Âº Ano	288	20,1	20,1	65,7
	8.Âº Ano	270	18,8	18,9	84,5
	9.Âº Ano	221	15,4	15,5	100,0
	Total	1430	99,7	100,0	
Total		1434	100,0		

O estudo inclui ainda uma amostra de 734 mães que foram comparadas com os respectivos filhos relativamente aos resultados na Escala de Silhuetas de Collins.

1.3.2. Instrumentos utilizados

O protocolo de investigação consta de medidas que avaliam respectivamente *dados sócio- demográficos*, *dados antropométricos, transtornos alimentares*, *atitudes perante a alimentação*, *perfeccionismo*, *auto-estima*, *influência de meios de comunicação* e *modelos estéticos*, *imagem corporal percebida*, *auto-estima, apoio social e percepção da imagem corporal por parte da mãe*.

Para a presente investigação foi edificado um questionário sócio - demográfico que consta de 20 questões relativas a dados - sócio demográficos (género, idade, naturalidade, ambiente social, estabelecimento de ensino e ano de escolaridade) dados de Informação pessoal (consumo de tabaco, álcool e drogas, prática desportiva e relacionamentos) e familiar (com que vive, idade dos pais, perfil dos pais, situação marital dos pais, entre outras), itens estes considerados pertinentes para a presente investigação de acordo com a literatura científica consultada.

O quadro seguinte (Quadro IX) resume as variáveis de risco em estudo e os respectivos instrumentos utilizados, antes de se proceder à descrição pormenorizada dos instrumentos utilizados:

Quadro IX- Variáveis em estudo e respectivos instrumentos utilizados.

Variáveis	Instrumento
Dados Sócio- Demográficos	"Questionário Sócio- demográfico" Construído para o efeito Guedes, 2010
Índice de Massa Corporal	Recolhidos no âmbito do programa Fitnessgram e convertidos tal como
Perturbação do Comportamento Alimentar	Eating Disorder Inventory -2 Eating Attitudes Scale- 26
Imagem Corporal **Insatisfação com a imagem corporal** **Distorção da imagem corporal**	Collins Figure Scale, (Collins, 1991) Subescala de Insatisfação Corporal do EDI Subescala de aparência física da SPPC, Harter, 1985 Collins Figure Scale, (Collins, 1991)
Auto Conceito e Auto Estima **Competência Escolar** **Aceitação Social** **Competência Atlética** **Aparência física** **Comportamento** **Auto estima Global**	*Self Perception Profile for Children Susan Harter, 1985*
Influência de Modelos estéticos **Preocupação com a imagem Corporal** **Influência de anúncios publicitários** **Influência de mensagens verbais** **Influência de modelos sociais** **Influência de situações sociais**	***Cuestionário de Influencias del Modelo Estético Corporal***, CIMEC-26, (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)
Perfeccionismo	**Children and Adolescent Perfecctionism**

Perfeccionismo prescrito socialmente **Perfeccionismo orientado para os outros**	**Scale**, CAPS, Subescala de Perfeccionismo do EDI
Apoio Social Percebido **Apoio da Família** **Apoio dos Amigos** **Apoio Social Geral**	**Social Support Appraisal** , SSA (Vaux, Phillips, Holy, Thompson, Williams & Stuart, 1986; *Guedes, Andújar & Revuelta, 2005*).

Para a recolha dos dados antropométricos foram utilizados os dados correspondentes à recolha efectuada no âmbito do programa *Fitness Gram- Educação e Avaliação da Aptidão Física da Criança e do Adolescente.*

Os cálculos do IMC foram feitos em função da idade e do género de acordo com as tabelas internacionais da Organização Mundial de Saúde, calculando para cada sujeito a pontuação Z correspondente, a qual dá indicação do desvio padrão relativamente à média e desvio padrão de referência. Os dados serão apresentação em pontuação *BMI Z Score* (OMS,2009; Onis, Onyango, Borghi, Siyam, Nishida, & Siekmann, 2007).

1.3.2.1 Imagem Corporal, insatisfação com a imagem corporal e distorção da imagem corporal

A insatisfação com a imagem corporal será determinada pela diferença, entre a imagem corporal percebida e a imagem corporal desejada. A distorção da imagem corporal será determinada pela diferença entre o IMC real obtido através da recolha dos dados antropométricos pelo programa *Fitness Gram- Educação e Avaliação da Aptidão Física da Criança e do Adolescente* e convertido em *BMI Z score* de acordo com as categorias Magreza Extrema, Magreza, Normal, Pré obesidade e Obesidade Mórbida. O IMC correspondente à imagem corporal percebida como real obtida pela *Escala de Silhuetas de Collins (Collins,* 1991*),* será enquadrada de acordo com as categorias *Magreza, Normal e Obesidade* calculado de acordo com o quadro seguinte

Quadro X- Intervalo de Percentis (criança/adolescente) e IMC em função da imagem corporal

IMAGEM CORPORAL	INTERVALO DE PERCENTIL	INTERVALO DE IMC
F1	Pc<5-Pc≤10	<18,5Kg/m^2
F2	Pc>10-Pc≤15 Pc>15-Pc≤25	<18,5Kg/m^2
F3	Pc>25-Pc<50	<18,5Kg/m^2
F4	Pc≥50-Pc≤75	18,5Kg/m^2-24,9Kg/m^2
F5	Pc>75-Pc<85	25Kg/m^2-29,9Kg/m^2
F6	Pc≥85-Pc<95	30Kg/m^2-39,9 Kg/m^2
F7	Pc≥95	≥40 Kg/m^2

Adaptado de Silva, Rego, Valente, Vasconcelos, Dias, Azevedo, *et al.*(2007)

Consideraremos os dados correspondentes a distorção positiva da imagem corporal, que significa que o indivíduo se percebe com uma imagem superior ao seu IMC (convertido em *BMI* z *Score*) e que mais facilmente poderá conduzir ao desejo de perda de peso e à realização de dietas (Collins,1991,.French, Perry, Leon & Fulkerson, 1995; Kakeshita & Almeida, 2006; Phelps *et al.* ,1993).

Para a avaliação relativa à imagem corporal, nomeadamente a percepção da imagem corporal, a insatisfação com a imagem corporal e a distorção da imagem corporal, foi utilizada uma escala de silhuetas. O mesmo instrumento foi utilizado para a amostra de mães e comparação com as respostas dos respectivos filhos.

A ***Collins Figure Scale*** desenvolvida por *Collins* (1991), consiste num conjunto de 7 desenhos de silhuetas masculinas e femininas que representam figuras humanas, com variações em ordem crescente de tamanho corporal, em que o primeiro representa magreza extrema e o

sétimo desenho representa obesidade. É também possível optar por valores intermédios originando um total de 14 opções de escolha.
Para o presente estudo foram apenas utilizadas as imagens correspondentes a crianças e adolescentes.

A escala original apresenta na sua aplicação cinco momentos:

1- Eu: "*Qual a imagem que se parece mais contigo?*"
2- Eu Ideal: "*Qual a imagem que mostra como gostarias de ser?"*
3- Outro Ideal: "*Qual a imagem que achas que melhor mostra como deveriam ser os outros rapazes ou raparigas?"*
4- Adulto Ideal: "*Qual a imagem que mostra como quererás ser quando fores grande?"*
5- Outro Adulto Ideal: " *Qual a imagem que melhor mostra como tu achas que deverão ser os adultos?"*

Para os objectivos do nosso estudo utilizamos apenas as questões correspondentes aos itens 1 e 2.

Assim, num primeiro momento, é solicitado aos participantes que elejam o número da figura que melhor descreve a forma como se vêem actualmente (imagem corporal real percebida), para num segundo momento elegerem o número da imagem que represente como gostariam de ser (imagem desejada), determinando deste modo o nível de satisfação relativamente à sua imagem corporal e a discrepância existente entre a forma como se vêem e como gostariam de ser. Se o sujeito escolhe como imagem ideal dois números abaixo ou acima do número seleccionado para a "imagem real percebida", considera-se que existe alteração na percepção da imagem corporal (Collins, 1991).

Considerarem distorção da imagem corpororal

A ***Collins Figure Scale*** apresentou um grau de confiança de .71 para a escolha da imagem correspondente ao Eu Real e .59 para a escolha da imagem correspondente ao Eu Desejado.

Para a análise dos dados correspondentes à escolha das imagens, utilizamos as categorias de Oliveira (2009) que correspondem a: F1, F2,

F3 (imagens correspondentes a um IMC da categoria *Magreza*). Imagens F4 e F5 (imagens correspondentes a um IMC da categoria *Normal*). Imagens F6 e F7 (imagens correspondentes a um IMC da categoria *Obesidade*).

1.3.2.2 Atitudes Alimentares e Perturbações do Comportamento alimentar

Eating Disorder Inventory- 2 (EDI-2) **Garner, Olmstead & Polivy (1983); Garner, (1991).**

A presença de **Perturbações do Comportamento Alimentar** foi avaliada mediante a aplicação do ***Eating Disorder Inventory- 2*** *(EDI-2)* construído por Garner, Olmstead e Polivy (1983); Garner, (1991).

O EDI-2 é um dos instrumentos mais largamente utilizado em amostras clínicas e em população geral, fornecendo informação descritiva sobre as perturbações do comportamento alimentar em múltiplos contextos. Trata-se de um instrumento de avaliação por auto-resposta, de aplicação fácil, económica e legitimado por variada investigação.

O EDI- 2 consta de 27 itens adicionais para além dos 64 da anterior versão dando origem a um total de 91 itens, incluindo as anteriores oito subescalas, mais três novos constructos que constituem as subescalas: Ascetismo, Regulação de Impulsos e Insegurança Social. Da totalidade das escalas, três medem sintomas fulcrais nas perturbações do comportamento alimentar (***Impulso para Emagrecer***, ***Bulimia*** e ***Insatisfação Corporal***) e as restantes oito subescalas avaliam outras características psicológicas associadas (***Sentimento de Ineficácia***, ***Perfeccionismo***, ***Desconfiança Interpessoal***, ***Consciência Interoceptiva***, ***Medo de Amadurecer, Ascetismo, Regulação de Impulsos e Insegurança Social***).

A subescala ***Impulso para Emagrecer*** revela grande sensibilidade no rastreio de perturbações do comportamento alimentar em populações não clínicas. Indica excessiva preocupação com a dieta e com o peso. Reflecte ainda o intenso desejo de emagrecer, assim como o medo de ganhar peso. A pontuação é obtida pelas respostas aos itens 1, 7, 11, 16, 25, 32 e 49, sendo a 1 cotada negativamente.

A subescala ***Bulimia***, indica uma tendência para episódios de voracidade alimentar descontrolados eventualmente seguidos de vómito provocado ou outras manobras compensatórias. A pontuação é facultada pela resposta positiva a sete itens: 4, 5, 28, 38, 46, 53 e 61.

A subescala ***Insatisfação Corporal***, avalia a insatisfação com a imagem corporal e com partes do corpo mais vulneráveis à mudança e aumento de gordura, nomeadamente, a barriga, as coxas, ancas e nádegas. A pontuação é obtida pela resposta a nove itens: 2, 9,12,19,31,45,55,59 e 62, sendo os itens 12, 19, 31, 55 e 62 cotados negativamente.

A subescala ***Ineficácia*** pretende avaliar sentimentos de incapacidade generalizada, insegurança e sentimento de incapacidade relativamente ao controlo da própria vida. Reflecte ainda uma baixa auto-estima. A pontuação é dada por 10 itens: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50 e 56 sendo o 20, 37, 42 e 50 cotados negativamente.

A subescala ***Perfeccionismo*** revela expectativas pessoais excessivas para objectivos e mede a convicção de que apenas os padrões mais elevados de desempenho pessoal são aceitáveis e que um desempenho superior é esperado pelos outros. A pontuação é obtida por seis itens: 13, 29, 36, 43, 52 e 63.

A subescala ***Desconfiança Interpessoal*** reflecte um sentimento relutância generalizada em estabelecer relações próximas e uma dificuldade em exprimir os seus pensamentos e sentimentos. A pontuação obtida diz respeito a sete itens: 15, 17, 23, 30, 34, 54, e 57 sendo cotados de forma negativa os itens 15, 17, 23, 30 e 57.

A subescala ***Consciência Interoceptiva****,* também se encontra relacionada com incapacidade, mas com uma incapacidade específica de reconhecer com clareza sentimentos e emoções, nomeadamente as sensações de fome e de saciedade. Diz respeito a dez itens: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60 e 64, sendo cotado negativamente o item 26.

Os itens da subescala ***Medo de Amadurecer***, mede o desejo de regressar à segurança da infância devido às elevadas exigências da idade adulta. A cotação é dada por oito itens: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 e 58, dos quais o 22, 39 e 58 são cotados negativamente.

A subescala ***Ascetismo*****,** reflecte a procura da virtude através da restrição ou negação e controlo dos impulsos físicos com o intuito de alcançar um fim superior. Apresenta oito itens: 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86 e 88, pontuando negativamente o item 71.

A subescala ***Regulação de Impulsos,*** indica a tendência para a impulsividade, irritabilidade, negligência, hostilidade e abuso de substâncias. É avaliada por 10 itens: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85, 90, todos cotados pela positiva.

Os itens da subescala ***Insegurança Social***, reflectem a infelicidade, a falta de afirmação social, relações sociais pouco gratificantes e em geral pobres. A pontuação é fornecida por oito itens: 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89 e 91, sendo cotados negativamente os itens 69, 73, 76, 80, 89 e 91.

Apesar de se tratar de um instrumento originalmente desenvolvido em amostras de adultos, vem sendo sobejamente utilizado quer no âmbito clínico, quer no âmbito científico com crianças e adolescentes em diferentes países incluindo Portugal (Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001; Costa *etal,* 2007.)

Cada um dos 91 itens é avaliado numa escala tipo *Likert* com seis possibilidades de resposta que podem ir de *Nunca (0)* a *Sempre (5)*,

encontrando-se alguns dos itens formulados de modo inverso. Nesse caso, os itens serão pontuados de forma oposta. A pontuação de cada item varia entre *zero* e *três*, sendo os valores mais elevados indicadores de sintomatologia mais acentuada. Assim, no sentido positivo as respostas têm a seguinte pontuação: "*Nunca*" =0; "*Poucas Vezes*" =0; "*Por Vezes*" =0; "*Às Vezes*"= 1; "*Quase Sempre*"= 2; e "*Sempre*"=3. No sentido inverso, os itens serão pontuados de forma oposta, sendo, "*Sempre*"= 0; "*Quase Sempre*"= 0; *Às Vezes*"= 0; "*Por Vezes*" =1; "*Poucas Vezes*"=2; e "*Nunca*" =3;

A principal utilidade deste instrumento é a observação e avaliação precisa de certos traços psicológicos relevantes para compreender e tratar os transtornos do comportamento alimentar.

O estudo das características psicométricas do EDI-2 foi realizado por Garner, Olmstead & Polivy (1983), com o objectivo de validar as subescalas originais em doentes com AN e em população normal. Os valores de *alfa de Cronbach* no grupo com perturbações alimentares variam entre 0,83 e 0,93, enquanto no grupo controlo, os valores situaram-se entre 0,72 e 0,92. O teste-reteste registou coeficientes entre 0,77 e 0,96.

Na medida em que não se conhecem valores estanques ou de referência para as subescalas do EDI-2 em Portugal, pela proximidade geográfica serão utilizados os pontos de referência da população espanhola Corral, *et al.*. (1998), Nunes & Velez (2005).

Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel, 1979). Foi determinado um ponto de corte de ≥80 de com o autor..

A análise das **atitudes alimentares** das crianças e adolescentes em estudo foi levada a cabo mediante a utilização do ***Eating Attitudes Test*** (Garner & Garfinkel, 1979).

Depois de uma aplicação da versão original (EAT-40) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Soares, Macedo, Gomes & Azevedo (2004), num estudo piloto prévio (Guedes, Andújar & Revuelta, 2005), optou-se no presente trabalho por utilizar a versão reduzida do EAT apenas com 25 itens (Pereira, *et al.*, 2008).

O EAT-25 é um instrumento de auto-resposta, composto por 25 itens na versão reduzida e produz 6 opções de resposta. A severidade é medida numa escala de 0 a 3 onde as respostas *algumas vezes, raramente* e *nunca,* são pontuadas com 0 (zero) e *frequentemente*, *muito frequentemente* e *sempre* são pontuados respectivamente com 1, 2 e 3.

Da análise à escala original com 40 itens foi apurada uma consistência interna medida através do *alfa* de *Cronbach* de.79. Da análise factorial à escala de 40 itens procedeu-se à selecção dos itens para a versão reduzida.

Assim foram extraídos três factores:

Factor 1- ***Impulso para emagrecer*** (14 itens) - que reflecte a preocupação com a magreza, cuidado com comidas gordas, execução de exagerado exercício físico e auto controlo na alimentação.

Factor 2- ***Comportamento Bulímico*** (8 itens) - que reflecte estratégias compensatórias utilizadas de forma a evitar o ganho de peso e sentimentos e pensamentos de culpa e de desconforto relativamente à comida.

Factor 3- ***Pressão social para comer*** (3 itens) - que consta de itens que reflectem a percepção da pressão sentida para comer e ganhar peso.

O estudo da fidelidade e a análise factorial da versão do EAT- 25 apresentou uma elevada consistência interna com um *alfa* de *Cronbach* de .84. e a análise factorial da escala mostraram resultados bastante satisfatórios com um *alfa* de *Cronbach* 0.79.

A pontuação da escala varia entre 0 e 75. No que diz respeito aos vários factores, a pontuação poderá variar para o Factor 1- entre 0 e 42; Factor 2- 0-24; Factor 3- 0 e 9. Para este instrumento foi determinado um ponto de corte de ≥21 (Pereira, *et al.* 2008).

1.3.2.3 Perfeccionismo

Para medir a variável perfeccionismo foi utilizada a **Children and Adolescent Perfectionism Scale** (CAPS; Flett & Hewitt, 1990; Flett *et al*., 1997) com autorização do autor para a sua tradução e utilização.

A CAPS foi desenvolvida a partir da original *Multidimensional Perfectionism Scale*, (MPS; Hewit *et al*., 1991), com a diferença de que a primeira suprime uma subescala, ficando apenas com duas.

É um instrumento de 22 itens que permite avaliar o **perfeccionismo auto- orientado** que é definido como uma forte motivação para a perfeição, predominando um pensamento de tudo ou nada e com padrões não realistas de perfeccionismo e expectativas bastante elevadas, avaliando ainda o **perfeccionismo prescrito socialmente** que se dirige à percepção que os outros têm relativamente a si, à existência de padrões e expectativas irrealistas relativamente ao seu comportamento e à percepção de que os outros procuram a perfeição.

A escala utiliza um formato de 5 respostas (*Falso- não tem nada a ver comigo; Quase sempre falso; Nem falso nem verdadeiro; Quase sempre verdade; Muito Verdade- tem tudo a ver comigo*) sendo estes itens classificados de 1 a 5 respectivamente.

A *CAPS* demonstrou uma boa consistência tanto na subescala que mede o perfeccionismo auto orientado, como na que mede o

perfeccionismo prescrito socialmente com um *alfa de Cronbach* de .85 e .81 respectivamente (Flett *et al*., 2001). Para este instrumento foi determinado um ponto de corte de ≥17

1.3.2.4. Influência de modelos e de meios de comunicação

A **influência de modelos e de meios de comunicação** será avaliada através do ***Cuestionário de Influencias del Modelo Estético Corporal*** *(CIMEC-26;* Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta).

Este questionário dispõe de 26 itens, através dos quais é possível determinar a pressão percebida pelo indivíduo por parte dos meios de comunicação, publicidade ou modelos corporais que se associam ao êxito, assim como, a pressão que as situações sociais podem exercer nas atitudes perante o corpo e o desejo de emagrecer.

O questionário avalia cinco factores: *1-* ***Preocupação com a imagem corporal*** **(**4,5,11,13,16,17,25)*; 2-* ***Influência de anúncios publicitários*** (6,8,9,15,21)*; 3-* ***Influência das mensagens verbais*** (19,23,26)*; 4-* ***Influência de modelos sociais*** (1,12) *e 5-* ***Influência das situações sociais*** (3)**.**

Da análise à consistência interna do instrumento, o *CIMEC-26* apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,93 para um grupo de anorécticas e de 0,91 para um grupo controlo, com uma boa discriminação entre um e outro grupo.

Benavente, Morilla, Leal & Benjumea (2003), estabeleceram valores de 23/24 como ponto de corte. Segundo os autores, valores mais elevados significam que os participantes se encontram mais facilmente influenciados e muito permeáveis a influências externas.

Por não existir uma versão portuguesa do questionário, foi aplicada uma tradução própria de um estudo anterior pelos mesmos autores (Guedes, Andújar & Revuelta, 2005). Para o instrumento foi determinado um ponto de corte de ≥ 17.

1.3.2.5. Percepção do apoio social

Para a análise da percepção do suporte social foi utilizada a **Social Support Apraisal** (SSA; Vaux,*et al.,* 1986). A **Social Support Apraisal** é um instrumento de 23 itens que se centra na avaliação subjectiva do apoio social tal como o sujeito o percebe em relação às três fontes de apoio: família (itens 2,4,7,9,11,13,18 e 22) amigos (1,5,10,15,16,19 e 23) e pessoas de uma forma geral (3,6,8,12,14,17,20 e 21). O formato de resposta possui uma graduação de 4 pontos numa escala de tipo *Likert* e possui as seguintes opções de resposta: *Concordo Muito, Concordo, Discordo, Discordo Bastante.* A pontuação em cada item, cresce no sentido de uma percepção positiva, mesmo para os itens formulados negativamente. O total da pontuação em cada subescala ou dimensão, vai então corresponder à percepção positiva de apoio social obtida através da soma dos itens que a compõem.

O estudo correspondente ao instrumento original apurou uma adequada consistência interna para as três subescalas com um *alfa de Cronbach* a situar-se respectivamente em .90, .80 e .84., numa amostra de estudantes (Vaux, *et al.*,1986).

A versão utilizada no nosso estudo piloto prévio foi a de Andújar (2001), que apresentou uma adequada fiabilidade em termos de consistência interna, em que foram encontrados valores de *alfa* de *Cronbach* que se situam entre .64 e .69 para as distintas subescalas e para a escala total foi apurado um valor de .83.

Existe uma versão portuguesa da escala que acrescentou às três subescalas, uma outra sobre percepção de apoio social dos professores

(7 itens suplementares), passando a escala de percepção de 23 para 30 itens, ficando a escala constituída por quatro subescalas. A consistência interna desta versão portuguesa da escala revelou-se também bastante boa tanto para a escala total como para as subescalas com coeficientes de *alfa de Cronbach* entre ,72 e ,91.

Como se desconhece uma versão portuguesa da escala original foi utilizada uma tradução própria (*SSA*; Guedes, Andújar & Revuelta, 2006), na medida em que os itens da subescala adicional não correspondiam ao objectivo do nosso estudo. Foi determinado para este instrumento um ponto de corte de 21,24

1.3.2.6 Auto- conceito, auto- estima e perturbações do comportamento alimentar

Para medir o auto conceito e a auto estima foi utilizada a *Self Perception Profile for Children* (SPPC; Susan Harter, 1985), que é a nova versão da *Perceived Competence Scale for Children* (Harter, 1979, 1982). Esta escala avalia os diferentes domínios do auto- conceito tendo em conta a sua multidimensionalidade, assim como a auto estima global medida como um constructo independente. Avalia a *Competência Escolar* (itens 1;7;13;19;25;31), *Aceitação Social* (2;8;14;20;26;32) *Competência Atlética* (3;9;15;21;27;33) *Aparência Física* (4;10;16;22;28;34) *Comportamento* (5;11;17;23;29;35) *Auto-Estima Global* (6;12;18;24;30,36).

É uma escala constituída por 6 subescalas, com um total de 36 itens. Um item adicional é utilizado como exemplo, mas não é contabilizado para a pontuação final da escala. Cada item é composto por duas afirmações interligadas pela interjeição “mas”. Em cada subescala, três itens estão organizados para que a primeira afirmação represente alta competência ou adequação e os outros três representem baixa competência ou adequação, sendo este formato de resposta desenhado para eliminar a desejabilidade social.

À versão portuguesa da escala foram ainda adicionadas dez questões com o objectivo de avaliar a importância atribuída a cada domínio específico - *Escala de Importância (*Martins *et al*., 1995).

Representam alta competência ou adequação os itens 1;3;4;7;8;10;11;15;17;18;20;21;24;25;30;32;34 e 35;

Representam baixa competência ou inadequação os itens 2;5;6;9;12;13;14;16;19;22;23;26;27;28;29;31;33 e 36.

Em cada item, o respondente deverá escolher qual das respostas melhor o descreve. De seguida, deverá ainda escolher se se considera *"um bocadinho assim"* ou *" tal e qual assim"*. A pontuação será atribuída com os valores 4, 3, 2, ou 1 de acordo com uma auto avaliação de maior competência (4), ou de menor competência (1).As pontuações somadas são expressas em pontuações totais para cada sub escala e uma pontuação global para a auto-estima.

Foi utilizada a adaptação portuguesa da escala (Peixoto, Martins, Mata & Monteiro, 1997) que passou a incluir ainda uma *Escala de Importância.* Esta escala de importância procura avaliar, através da mesma metodologia de resposta, a discrepância entre a competência percepcionada em cada uma das subescalas e a importância atribuída a cada uma das áreas avaliadas. O interesse desta escala prende-se com a possibilidade que ela confere, de relacionar os diferentes autoconceitos com a auto-estima. Para os objectivos deste estudo a *Escala de Importância* não será analisada.

Segundo Faria & Fontaine (1995), embora existam outros instrumentos que possam medir o auto conceito em adolescentes, a SPPC tem sido utilizada em crianças a partir dos 8 anos (3.º ano de escolaridade) até aos 6.º/7.º anos (pré adolescentes). De acordo com as autoras, o instrumento pode ser aplicado individual ou colectivamente, sendo neste último caso necessário que os sujeitos se situem previamente num dois lados do item e só depois assinalem a escolha do

grau de acordo com a afirmação escolhida, uma vez que parece haver uma tendência comum para escolherem alternativas em ambos os lados de cada item.

Os valores de consistência interna analisados, revelaram um *alfa de Cronbach* aceitável e compreendido entre um mínimo de .71 e um máximo de .86. (Harter, 1985). Não existem pontos de corte para as subescalas do instrumento, pelo quanto maior a pontuação relativamente à média da subescala maior o autoconceito e quanto menor a pontuação relativamente à média, menor o auto- conceito.

1.4. Recolha de informação

No sentido de dar cumprimento aos preceitos formais e éticos inerentes à realização deste estudo, foram executados alguns contactos prévios informais, no sentido de averiguar a executabilidade da investigação e a aquiescência dos estabelecimentos de ensino para o mesmo. Posteriormente, foi efectuado o respectivo registo e aprovação da presente investigação, tendo sido reconhecida a qualidade técnica e metodológica por parte do Ministério da Educação Português através do sítio: http://mime.gepe.min-edu.pt, tendo-lhe sido atribuído o número de registo 0077400001.

Independentemente desta aprovação, a cada órgão directivo das escolas foi enviada a solicitação de participação, com documento resumido sobre os objectivos e características principais do estudo. Foi agendada uma reunião com os mesmos órgãos com os seguintes objectivos:

-Clarificação da natureza do estudo, objectivos e sua importância, assim como os instrumentos a utilizar;

-Calendarização para a recolha da amostra de acordo com as aulas de maior duração e os espaços disponíveis;

-Compromisso de que o estudo interferiria de forma mínima com a rotina escolar, tentando não perturbar o normal decorrer das actividades lectivas;

Nas escolas que dispunham de auditório, foram agrupadas turmas duas a duas e nas escolas que não dispunham de auditório, o protocolo foi administrado em cada turma individualmente em contexto de sala de aula e em período escolar.

O estudo baseia-se então nas respostas aos questionários que compõem o protocolo de investigação por parte dos 1491 estudantes

que constam da amostra e a metodologia de colheita de dados obedeceu sempre aos mesmos critérios:

-Explicação da natureza do estudo, objectivos e importância da sua participação. Reforçaram-se aspectos relacionados com anonimato e autenticidade das respostas;

-A sua participação seria voluntária, podendo ausentar-se os que não quisessem participar;

-Apesar da utilização de questionários com instruções padronizadas, tendo em conta a idade dos participantes, as instruções foram lidas em voz alta para que todos os alunos pudessem esclarecer dúvidas relativamente às questões colocadas. Houve o cuidado de esclarecer o significado de alguns termos tais como, "*urbano*", "*rural*", *"laxantes"*, *"coxas"*, "*profissional*" e "*recreativo*".

-No que diz respeito à questão 18 e 19 do questionário sócio-demográfico ("*Perfil do Pai*"; "*Perfil da Mãe*"), foi explicado aos alunos que se pretendia que indicassem o perfil que mais se aproximava da forma como sentiam que o pai e a mãe lidam consigo: *Punitivo*- se sentiam que na maioria das vezes o/a progenitor/a o castigava pelos seus incumprimentos -para cada comportamento indesejado uma punição; *Autoritário*- progenitor que impõe muitas regras e dá muitas ordens; *Permissivo*- lhes dá liberdade para fazerem o que querem; *Ausente*- se sentem que de alguma forma o progenitor está pouco presente nas suas vidas, quer seja por trabalho ou por outras razões; *Super- Protector*- se de alguma forma sentiam que os pais os protegem demasiado e estão sempre a par de toda a informação que lhes diz respeito; e *Não Aplicável*- se consideravam que os pais não enquadrava-sevam em nenhum destes perfis.

Relativamente ao instrumento de Susan Harter (SPPC), houve um cuidado acrescido por parte da investigadora no duplo esclarecimento das instruções de preenchimento, uma vez que este suscitou algumas

dúvidas iniciais por parte dos estudantes, conforme recomendações de outros autores (Faria & Fontaine, 1995). Do mesmo modo, aquando da entrega dos protocolos à investigadora, estes foram sempre conferidos no sentido de assegurar que para cada alínea existia apenas uma única resposta.

Para a análise dos dados correspondentes à estatura e peso dos alunos, foram cedidos por parte das escolas os dados recolhidos nesse mesmo trimestre no âmbito do projecto *"Escola Activa"*. Os dados foram recolhidos de acordo com a metodologia *Fitness Gram* pelos professores de Educação Física com instrumentos específicos, utilizando os alunos para o efeito, roupas leves e sem calçado para assegurar a fidedignidade dos resultados.

Durante o procedimento de recolha de dados alguns alunos declinaram a sua participação no estudo utilizando argumentos como:

- "*É uma seca".*
- *"É muito grande."*

No que diz respeito à amostra de mães, cada aluno entregou à progenitora um envelope com um código correspondente ao código do protocolo do aluno. O objectivo deste procedimento foi o de comparar as respostas das mães com as dos filhos. Os envelopes com as respostas aos instrumentos foram posteriormente devolvidos aos directores de turma, que por sua vez restituíram à investigadora.

1.5. Tratamento estatístico dos dados

Para a análise estatística, os dados colhidos foram analisados utilizando o programa SPSS- *Statistical Package for the Social Science* Versão 22. Utilizou-se a estatística descritiva para estimar algumas medidas de tendência central, nomeadamente a média e a mediana, valores mínimos e máximos e medidas de dispersão para o cálculo do desvio padrão (Pestana & Gageiro, 2008) foram calculadas para as variáveis socio- demográficas e para as variáveis em estudo.

Foram aplicados testes paramétricos (Pestana & Gageiro, 2008). O teste de t de Student foi aplicado à comparação de dois grupos para duas amostras independentes. Utilizou-se o teste não paramétrico de One way ANOVA para *n* amostras independentes. Aplicou-se o teste de *Wilcoxon* para a comparação de amostras dependentes. Por fim, utilizou-se ainda correlação paramétrica de Pearson, que permite avaliar a intensidade de uma relação entre duas variáveis. Para a análise do IMC as pontuações directas foram convertidas em pontuações Z em função das tabelas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009).

CAPÍTULO II

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1. Caracterização da amostra

No que diz respeito à caracterização da amostra, analisaram-se os aspectos sociodemográficos, tendo-se observado que a grande maioria de crianças e adolescentes (86,6%; N = 1142) provém de um ambiente social urbano.

Relativamente ao contexto familiar, tratou-se de um grupo jovens que coabitavam com ambos os progenitores (61,5%; N = 866), os restantes viviam com progenitores e irmãos (43,3%; N = 609).

Ainda no que respeita a informação familiar e mais especificamente em relação ao perfil dos progenitores verificou-se que a grande maioria dos participantes atribuiu um perfil de tipo *"Superprotector"* ao progenitor (23,5%; N = 322) seguido de um perfil *"Autoritário"* (20%; N = 274). Para as progenitoras (33,6%; N = 467) atribuíram um perfil *"Superprotector"*, seguido de um perfil *"Permissivo"* (20,6%; N = 286).

No que diz respeito aos hábitos de consumo de tabaco, álcool e drogas, verificou-se que apenas um valor mínimo populacional assumiu-se fumador (2,9%; N = 41). Em relação ao consumo de álcool cerca de 14,4% (N = 206) assumiu-se como consumidor de álcool *"Algumas vezes".*

Quanto ao consumo de drogas, observou-se que 98,9% (N = 1418) referem nunca ter consumido qualquer tipo destas substâncias.

No que se referiu à prática de exercício físico cerca de 63,5% (N = 906) dos participantes referiu praticar pelo menos uma actividade desportiva e desses, 42% (N = 366) faziam-no como atletas federados.

No que diz respeito ao padrão menstrual que caracteriza a amostra feminina revelou-se que cerca de 1/5 (20,8%), eram jovens que ainda não tiveram a sua menarca. Assim o surgimento da primeira menstruação, foi para a maioria das raparigas (N = 282 de um total de 450), no intervalo entre os 11 e os 12 anos de idade.

Quanto ao peso, altura e índice de massa corporal o número de casos considerados foi de 1186 casos. Para a variável *"altura"*, o teste revelou um valor de t = 3,026 (g.l. = 1188), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de *p* = ,003 < α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente *"altura"*.

De um modo geral o peso da população masculina estudada variou entre os 24 e os 105 Kg ($\overline{X}$ = 50 e desvio padrão de 13,74) e na população feminina o peso variou entre os 23 Kg e os 105 Kg ($\overline{X}$ = 48,84 e desvio padrão de 12,181). Em relação à altura a população masculina mostrou uma variação entre 1,26 e 1,86 ($\overline{X}$ = 1,54 e desvio padrão de .90) e a população feminina uma variação entre 1,20 e 1,88 ($\overline{X}$ = 1,56 e um desvio padrão de .12).

2.1.1. Análise Descritiva da Pontuação BMI Z-Score

No género masculino 47% (N = 558) dos indivíduos obtiveram um valor médio de *BMI Z Score de* $\overline{X}$ = ,6585. No género feminino 53% (N= 630) obtiveram um valor médio de *BMI z-score* de 0,5399 (tabela 4.).

Tabela 4- Estatísticas descritivas para a variável BMI-for-age Z-score, por género

Género	N	Média	Desvio Padrão.	% total de N
Masculino	558	,6585	1,20110	47,0%
Feminino	630	,5399	1,17489	53,0%
Total	1188	,5956	1,18825	100,0%

No que respeita à análise descritiva para as idades, estas mostraram valores médios compreendidos entre -0,14 e 0,75. Os valores mínimos situaram-se valores entre -4.80 e -1,83 (Tabela 5)

Tabela 5. Estatísticas descritivas para a variável BMI-for-age Z-score

Idade	N	Media	Desvio Padrão	% del total de N
10,00	171	,7501	1,09449	14,4%
11,00	211	,6541	1,28073	17,8%
12,00	274	,6885	1,32000	23,1%
13,00	214	,5609	1,15326	18,0%
14,00	195	,4844	1,05697	16,4%
15,00	92	,4608	1,01727	7,7%
16,00	31	-,1374	,99708	2,6%
Total	1188	,5956	1,18825	100,0%

No que diz respeito à análise de associações observaram-se na categoria de *Magreza Extrema* 1,25% (N =7) rapazes e 1,75% (N= 11) raparigas e na categoria *Obesidade* observaram-se 15,41% (N = 86) rapazes e 11,11% (N = 70) raparigas (Tabela 6)

Em relação ao género não há diferenças estatísticamente significativas para as categorias de *BMI Z-Scores* após a aplicação do teste T-Student (p >0,05) (Tabela 6).

Tabela 6. Análise de associações entre o *BMI-Z-Score* e o género.

			Género		
			Masculino	**Feminino**	**Total**
GRUPO_ZBMI	Magreza Extrema	Count	7	11	18
		% within GRUPO_ZBMI	38,9%	61,1%	100,0%
	Magreza	Count	41	53	94
		% within GRUPO_ZBMI	43,6%	56,4%	100,0%
	Normal	Count	309	342	651
		% within GRUPO_ZBMI	47,5%	52,5%	100,0%
	Pre obesidade	Count	115	154	269
		% within GRUPO_ZBMI	42,8%	57,2%	100,0%

	Obesidade	Count	86	70	156
		% within GRUPO_ZBMI	55,1%	44,9%	100,0%
Total		Count	558	630	1188
		% within GRUPO_ZBMI	47,0%	53,0%	100,0%

No que diz respeito às idades observou-se a existência de 1,52 %(N = 18) magros extremos e 7,7% (N = 94) magros totais com maior expressão nas idades 11, 12 e 13 anos de idade para estes últimos. No que respeita à presença de obesidade 4,46% (N =53) indivíduos com 12 anos de idade mostraram -se obesos, seguidos das idades de 11 e 13 anos de idade. A maioria dos sujeitos enquadrava-se na categoria normal 54,8% (N = 651) (Tabela 7).

Tabela 7. Análise de associações entre os grupos de *BMI z-Score* e idade

GRUPO_ZBMI * Idade Crosstabulation

			Idade							
			10,00	**11,00**	**12,00**	**13,00**	**14,00**	**15,00**	**16,00**	**Total**
GRUPO_ZBMI	**Magreza Extrema**	Count	1	4	5	3	4	0	1	18
		% within GRUPO_ZBMI	5,6%	22,2%	27,8%	16,7%	22,2%	0,0%	5,6%	100,0%
	Magreza	Count	12	16	27	20	8	7	4	94
		% within GRUPO_ZBMI	12,8%	17,0%	28,7%	21,3%	8,5%	7,4%	4,3%	100,0%
	Normal	Count	86	111	130	116	123	63	22	651
		% within GRUPO_ZBMI	13,2%	17,1%	20,0%	17,8%	18,9%	9,7%	3,4%	100,0%
	Pre obesidade	Count	52	48	59	52	40	15	3	269
		% within GRUPO_ZBMI	19,3%	17,8%	21,9%	19,3%	14,9%	5,6%	1,1%	100,0%
	Obesidade	Count	20	32	53	23	20	7	1	156
		% within GRUPO_ZBMI	12,8%	20,5%	34,0%	14,7%	12,8%	4,5%	0,6%	100,0%
Total		Count	171	211	274	214	195	92	31	1188
		% within GRUPO_ZBMI	14,4%	17,8%	23,1%	18,0%	16,4%	7,7%	2,6%	100,0%

2.1.2. Análise comparativa da variável BMI-z-score para a idade

Aplicou-se uma análise de variância ANOVA One-Way, tendo sido realizado o teste para a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) cuja estatística revelou-se favorável à aplicação desta técnica multivariada.

Assim, para a variável *"altura"* o valor do teste F foi de 15,759 e o valor da probabilidade de significância foi de *p* =,000 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias para a variável em questão. Relativamente ao grupo de idade de 16 anos o valor médio na variável *"altura"* foi de -,19 (N = 31) e para as idades de 10 e 11 anos os valores médios na variável *"altura"* foi de ,97 (N = 171) e ,77 (N = 211), respetivamente (Tabela 8).

Para o *BMI z-Score*, foi apurado um valor no teste F =3,356 e o valor da probabilidade de significância foi de *p* =,003 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente. Verificou-se diferença no que diz respeito ao grupo dos 16 anos relativamente aos restantes grupos etários. Encontrou-se um valor médio neste grupo em relação à variável *BMI Z Score* de -,14 (N = 31) (Tabela 8).

Tabela 8- Tabela resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicado aos participantes considerando a variável de agrupamento: zscore bmi, relativamente à idade.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	118,623	6	19,770	15,759	<,001
Height-for-age z-score	1484,106	1183	1,255		
	1602,729	1189			
	28,098	6	4,683	3,356	,003
BMI-for-age z-score	1647,866	1181	1,395		
	1675,964	1187			

No grupo de idades dos 16 anos observou-se diferenças estatísticas significativas tendo sido obtido um valor médio inferior aos obtidos pelos restantes grupos (Tabela 9).

Tabela 9Teste de Post-Hoc para a variavel Z-score BMI entre o grupo de idades

BMI-for-age z-score

Student-Newman-Keuls[a,b]

		Subset for alpha = 0.05	
Idade	**N**	**1**	**2**
16,00	31	-,1374	
15,00	92		,4608
14,00	195		,4844
13,00	214		,5609
11,00	211		,6541
12,00	274		,6885
10,00	171		,7501
Sig.		1,000	,487

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 104,220.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

2.3. Análise dos Instrumentos Psicométricos Aplicados.

Daremos agora início à apresentação dos resultados relativos aos instrumentos aplicados e tomaremos como referência os dados mais relevantes e ilustrativos tendo em conta os objectivos do estudo.

2.3.1. Análise da Escala de Silhuetas de Collins

A Escala de Silhuetas de *Collins* permitiu determinar a percepção, insatisfação e distorção da imagem corporal. A escolha recaiu sobre uma das seguintes imagens, as quais estão classificadas de 1 a 7 em termos de pontuação (Figura 1.)

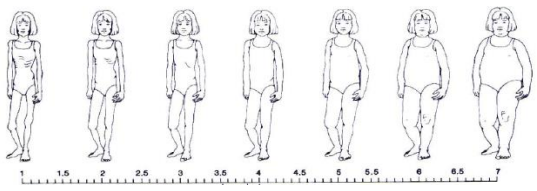
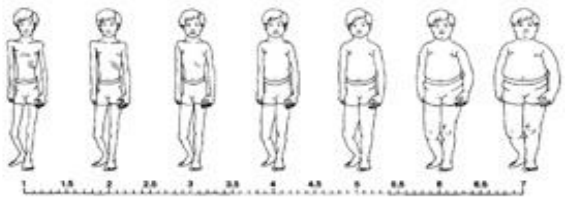
Género Feminino	**Género Masculino**
	

Figure 1

Figure 2- Escala de Silhuetas de Collins (adapt.)

Para a análise da *"imagem real percebida"* e *"imagem desejada"*, e tal como referido na metodologia, as imagens 1 a 3 enquadravam-se na categoria *Magreza*, as imagens 3,5 a 5.5 enquadravam-se na categoria *Normal* e as imagens 6 a 7 enquadravam-se na categoria *Obesidade*.

2.3.1.1- Dados relativos à" imagem real percebida"

No que concerne à "*imagem real percebida"* observou-se que cerca de 37,7% (N = 446) dos alunos percepcionavam-se com uma imagem corporal correspondente à imagem 4 (correspondente a uma imagem *Normal*), cerca de 21,3% (N = 252) percepcionaram-se com uma imagem correspondente à imagem 5 e 10,2% (N = 121) percebiam-se com uma imagem correspondente à imagem 4,5, enquadradas na categoria *Normal* (Figura 2).

No que diz respeito aos alunos que se percepcionaram com uma imagem correspondente a *Magreza*, o valor percentual foi inferior 9,4% (N = 111) para a imagem 3 e cerca de 8% (N = 94) percepciona-se com a imagem 3,5 (Figura 2).

No que diz respeito à *"imagem real percebida"* ou imagem com que se percebiam eram 4,6% (N = 54) os alunos que elegeram a imagem 6, cerca de 3,7% (N = 44) percebiam-se com o correspondente à imagem 5,5, cerca de 1,4% (N = 16) elegeu a imagem 2,5, cerca 1,3% (N = 15) tem uma *"imagem real percebida"* correspondente à imagem 2, enquanto 0,6% (N = 7) elegeu uma imagem correspondente à silhueta n.º 1,5 e a mesma percentagem 0,6% (N = 7) escolheu a silhueta 6,5 (Figura 2).

Foram representadas as distribuições por frequência para a *"imagem real percebida*" e o *BMI Z Score* (Fig. 2).

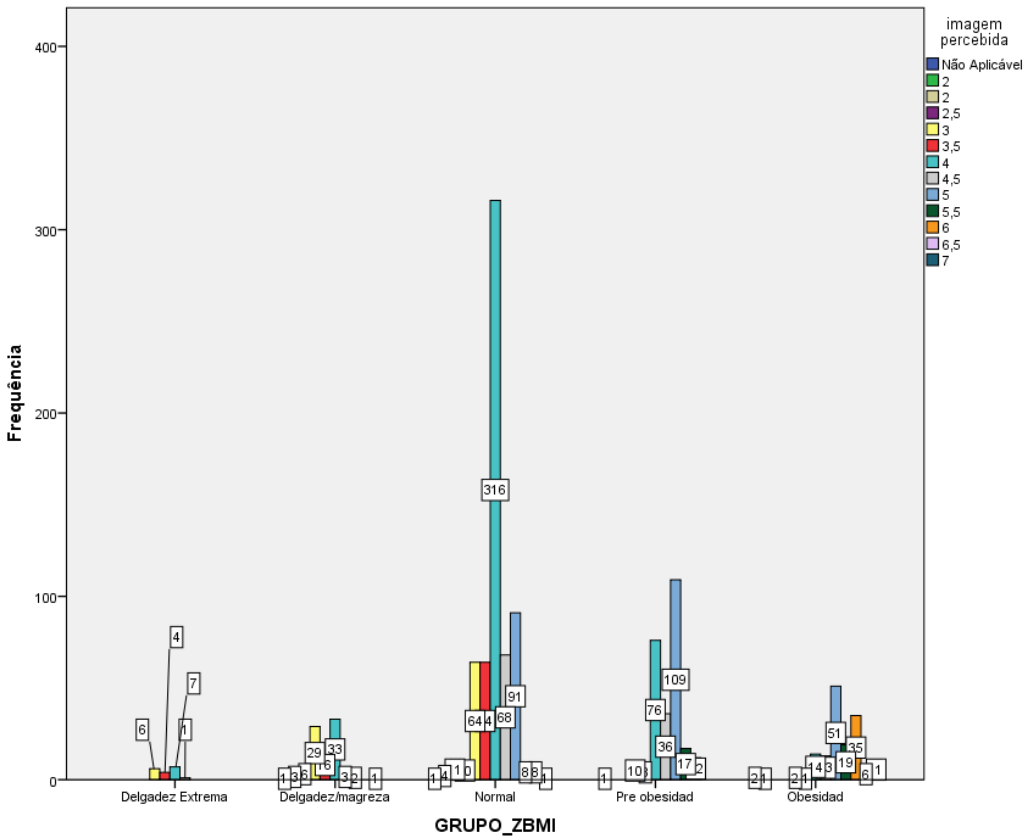


Figure 3- Gráfico de barras para o cruzamento entre a variável BMI Z Score e a *"imagem real percebida"*

Em relação à *"imagem real percebida" e a*s categorias de *BMI Z Score* para o género masculino, observou-se que a maioria dos alunos 0,72% (N = 4) que escolheu a imagem 1,5 apresenta um IMC correspondente à categoria *Normal* (Tabela 10).

A maioria dos que elegeram a imagem 2 (N = 6), pertence à categoria *Normal,* a maioria dos que elegeu como imagem percebida a imagem 2,5 pertence à categoria *Magreza* exposta por 0,72% (N = 4). Cerca de 7,21% (N = 40) dos alunos que escolheu a imagem 3 pertence à categoria *Normal*, enquanto grande parte das crianças e adolescentes 6,7% (N = 37) que elegeu a imagem 3,5, pertence à categoria *Normal,* grande parte (32,8%) dos que elegeram a imagem 4 e 4,5 retratada por 29,02% (N = 182) pertencem à categoria *Normal* (Tabela 10).

No que diz respeito à imagem 5 a maioria expressa por 6,49% (N = 36) pertence à categoria *Pré obesidade* e os que escolheram como *"imagem real percebida"* as imagens 5,5 a 7 cerca de 6,85% (N = 38) enquadram-se na realidade na categoria *Obesidade* (Tabela 10).

Para o género feminino, observou-se que a maioria das alunas representada por 0,3% (N = 2) que escolheu a imagem 1,5 apresenta um IMC correspondente à categoria *Pré obesidade e obesidade*, Cerca de 0,8% (N = 5), das que elegeram a imagem 2 pertence à categoria *Normal*, enquanto a maioria das que elegeu como imagem percebida a imagem 2,5 pertence à categoria *Normal* expressa por 1,28% (N = 8) (Tabela 10).

A maioria das alunas que escolheu a imagem 3 exposta por 3,99% (N = 25) pertence à categoria *Normal* e grande parte das crianças e adolescentes que elegeu a imagem 3,5 representada por 4,15% (N = 26), pertence à categoria *Normal* (Tabela 10).

Grande parte das alunas que elegeram a imagem 4 e 4,5 expressa por 31,58% (N = 198) pertencem à categoria *Normal.* No que diz respeito à imagem 5 a maioria pertence à categoria Normal 11% (N = 69) e *Pré obesidade* 11% (N = 69) e os que escolheram como *"imagem real percebida"* as imagens 5,5 enquadram-se na realidade na categoria *pré obesidade.* Finalmente os que elegeram as imagens 5,5 a 7 revelada por 3,99% (N = 25) enquadram-se na realidade na categoria *Obesidade* (Tabela 10).

Os restantes dados serão analisados no ponto relativo à distorção da imagem corporal.

…

Tabela 10- Análise de associações entre a "*imagem real percebida* "e o BMI-Z-score para o género.

imagem percebida * GRUPO_ZBMI Crosstabulation

Count

			GRUPO_ZBMI					
Sexo			**Magreza Extrema**	**Magreza**	**Normal**	**Pre obesidade**	**Obesidade**	**Total**
Masculino	**imagem percebida**	Não Aplicável	0	0	1	0	1	2
		2	0	1	4	0	0	5
		2	0	2	6	0	0	8
		2,5	0	4	2	0	0	6
		3	3	8	40	7	1	59
		3,5	0	9	37	7	1	54
		4	3	12	158	46	10	229
		4,5	1	2	24	17	9	53
		5	0	1	26	36	25	88
		5,5	0	0	3	4	11	18
		6	0	1	4	1	18	24
		6,5	0	0	0	0	3	3
		7	0	0	0	0	6	6
	Total		7	40	305	118	85	555
Feminino	**imagem percebida**	Não Aplicável	0	0	0	0	1	1
		2	0	0	0	1	1	2
		2	0	1	5	0	0	6
		,5	0	2	8	0	0	10
		3	3	20	25	4	1	53
		3,5	4	7	26	2	0	39
		4	4	21	155	33	4	217
		4,5	0	1	43	19	4	67
		5	0	1	69	69	26	165
		5,5	0	1	5	12	8	26
		6	0	0	4	11	17	32
		6,5	0	0	1	0	3	4
		7	0	0	0	0	5	5
	Total		11	54	341	151	70	627

Na análise correlacional foram encontradas evidências estatísticas de correlação positiva significativa entre a *"imagem real percebida"* e a *"imagem desejada"* com um valor de *r* = 0,506 com uma variância explicada de ($0,506^2$) 25,6%. Ou seja, 25,6% da variação da *"imagem real percebida"*, associa-se à variação da "*imagem desejada"* (Anexo 6).

2.3.1.2. Dados relativos à "imagem desejada"

No que diz respeito à *"imagem desejada"* ou silhueta desejada, observou-se que a maior parte dos alunos 55,1% (N = 646) gostaria de ter a silhueta número 4. Alguns dos alunos, que correspondem a 11,9% (N = 140) da amostra, desejariam ter uma imagem correspondente à silhueta número 3, cerca de 11,1% (N = 130) gostaria de ter uma imagem tal como a silhueta n.º 3,5 e 9,3% (N = 109), desejaria ter a imagem 5, enquanto 8,4% (N = 99) gostaria de parecer-se coma silhueta n.º 4,5. Um pequeno número de alunos 1,5% (N = 18) pretendia beneficiar de uma imagem coincidente com a imagem 2,5 e 0,8% (N = 9) desejaria ter o equivalente à imagem 2. Em relação à silhueta n.º 5,5 verificou-se que um número muito reduzido de alunos, traduzido por 0,4% (N = 5) desejaria que esta fosse a sua imagem. As silhuetas 6 e 7 foram apenas ambicionadas por 0,3% (N = 3) das crianças e adolescentes inquiridos e as silhuetas 1 e 1,5 por apenas 0,2% (N = 2) dos alunos respondentes.

A frequência obtida na amostra para a *"imagem desejada"* e categoria de *BMI Z Score* encontra-se representada na figura que se segue (Fig. 3).

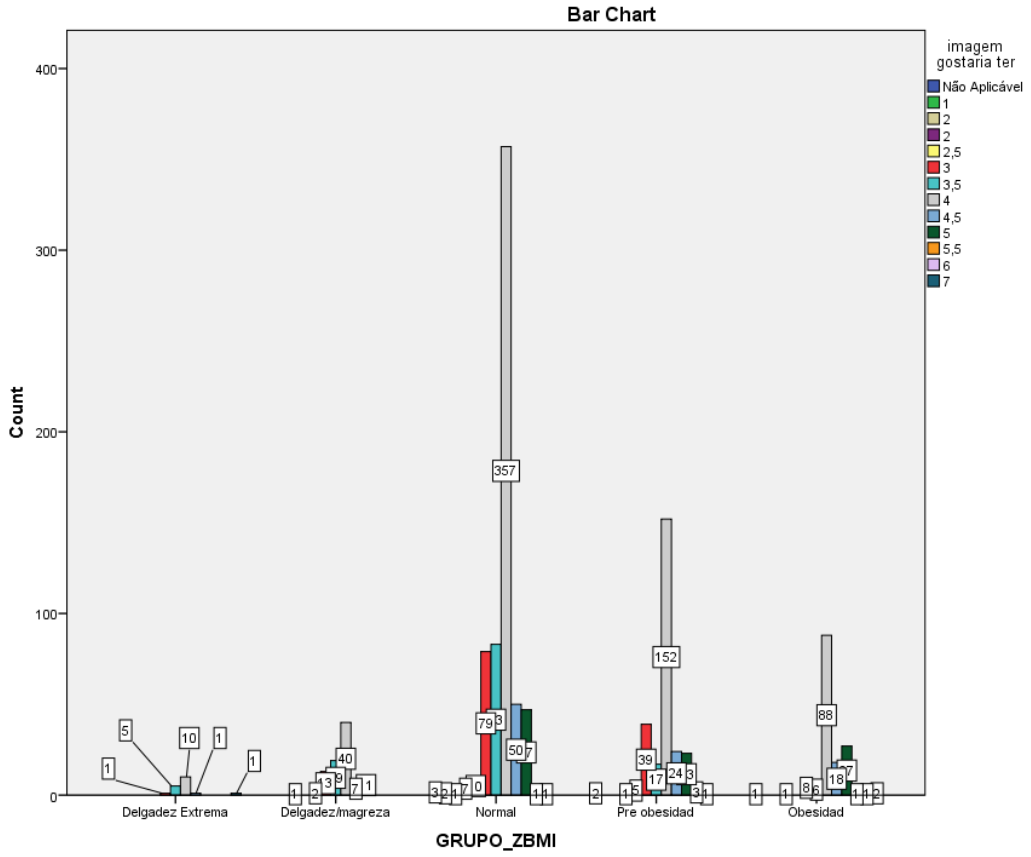


Figure 4- Gráfico de barras para o cruzamento entre a variável BMI z Score e a *"imagem desejada".*

Observando a *"imagem desejada"*, importou verificar quais os alunos que pretendiam ter como imagem desejada uma imagem inferior à categoria de IMC em que se enquadravam, em função do *BMI Z Score.*

Em relação à *"imagem desejada" e a*s categorias de *BMI Z Score* para o género masculino, importou verificar quais os alunos que desejariam ter uma imagem inferior à sua e mais magra. Observou-se que a maioria dos alunos 0,72% (N = 4) que escolheu a imagem 2 apresenta um IMC correspondente à categoria *Normal* (Tabela 11).

A maioria dos que elegeram a imagem 2,5 expressa por 0,90% (N = 5), pertence à categoria *Normal* enquanto a maioria dos que elegeu como imagem percebida a imagem 3, representada por 6,49% (N = 36) pertence à categoria *Normal*. Cerca de 9,19% (N = 51) dos alunos que escolheu como *"imagem desejada"* a imagem 3,5 pertence à categoria *Normal* (Tabela 11).

No género feminino, observou-se que a maioria das alunas representada por 0,32% (N = 2) que escolheu a imagem 1 apresenta um IMC correspondente à categoria *Normal*. Cerca de 0,48% (N = 3), das que elegeram a imagem 2 pertence à categoria *Normal*, enquanto a maioria das que elegeu como imagem percebida a imagem 2,5 pertence à categoria *Normal* expressa por 0,80%% (N = 5) (Tabela 11).

A maioria das alunas que escolheu a imagem 3 exposta por 7,18% (N = 45) pertence à categoria *Normal* e grande parte das crianças e adolescentes que elegeu a imagem 3,5 representada por 4,94% (N = 31), possui um IMC pertencente à categoria *Normal* (Tabela 11).

Tabela 11- Análise de associações entre a "imagem desejada" e o BMI-Z-score para o género

imagem desejada * GRUPO_ZBMI Crosstabulation

Count

			GRUPO_ZBMI					
Género			**Magreza Extrema**	**Magreza**	**Normal**	**Pre obesidade**	**Obesidade**	Total
Masculino	**imagem desejada**	Não Aplicável	0	0	3	2	1	6
		1,5	0	1	1	0	0	2
		2	0	0	4	1	0	5
		2,5	0	2	5	2	0	9
		3	0	4	36	19	5	64
		3,5	1	8	51	10	6	76
		4	4	19	154	65	43	285

		4,5	1	3	25	12	11	52
		5	0	2	23	5	15	45
		5,5	0	0	0	1	0	1
		6	0	0	1	1	1	3
		7	1	0	0	0	2	3
	Total		7	39	303	118	84	551
Feminino	**imagem desejada**	1	0	0	2	0	0	2
		2	0	0	3	0	1	4
		2,5	0	0	5	3	0	8
		3	1	9	45	19	3	77
		3,5	4	10	31	8	0	53
		4	6	22	202	87	45	362
		4,5	0	4	26	11	7	48
		5	0	9	23	19	12	63
		5,5	0	0	1	2	1	4
	Total		11	54	338	149	69	621

2.3.1.3. Dados relativos à insatisfação com a imagem corporal

H1: *Se o género masculino apresentar uma insatisfação com a imagem corporal existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida".*

No que diz respeito à solicitação desta escala, *"Escolhe a imagem que mais se aproxima da forma como te vês actualmente"*, a qual permitiu chegar a uma imagem corporal percebida verificou-se que 45,2% dos alunos da amostra (N = 649) se encontravam satisfeitos com a sua imagem corporal, ou seja a imagem que elegeram como *"imagem real percebida"* é a mesma imagem que elegeram como *"imagem*

desejada". Desses, 24,6% (N = 353) eram do género masculino e 20,6% (N = 296) eram alunas do género feminino que se encontravam satisfeitas com a sua imagem corporal.

Quanto à *insatisfação com a imagem corporal* verificou-se que 53,2% (N = 763) dos alunos encontram-se insatisfeitos com a sua imagem corporal, destes 22,8% (N = 327) eram rapazes e 30,4% (N = 436) eram raparigas (Tabela 12).

Dos alunos do género masculino cerca de 6,8% (N = 97) apresentavam uma insatisfação positiva da imagem corporal, ou seja, desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam (Tabela 12).

No que diz respeito às raparigas eram 5,9% (N = 85) as que desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam. Na globalidade apenas 12,7% da amostra (N = 182) revelou desejar ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam (Tabela 13).

Os alunos que apresentaram uma insatisfação negativa em relação à sua imagem corporal eram, no caso dos rapazes 16% (N = 230) e no caso das raparigas 24,5% (N = 351). Observou-se que 40,5% (N = 581) dos alunos da amostra desejavam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebiam.

Analisando estes dados em função do género e da idade da amostra recolhida, apurou-se em relação ao género masculino que as idades em que existia uma maior insatisfação negativa com a imagem corporal eram respectivamente as correspondentes aos 11 anos 23% (N = 53), 12 anos 21,3% (N = 49) e 13 anos 17,8% (N = 41). Os 16 anos, foi a idade em que se verificou menos a insatisfação 2,6% (N = 6) (Tabela 12).

Tabela 12- Valores relativos à aplicação do teste de *Wilcoxon* para as variáveis *"imagem desejada" - "imagem real percebida",* no género masculino

Idade			N	Postos de média	Soma de Classificações	Estatística de teste	P
10,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	28[a]	19,64	550,00	-2,293[b]	,022
		Classificações Positivas	11[b]	20,91	230,00		
		Vínculos	43[c]				
		Total	82				
11,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	53[a]	36,68	1944,00	-4,788[b]	,000
		Classificações Positivas	15[b]	26,80	402,00		
		Vínculos	54[c]				
		Total	122				
12,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	49[a]	37,50	1837,50	-4,122[b]	,000
		Classificações Positivas	19[b]	26,76	508,50		
		Vínculos	53[c]				
		Total	121				
13,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	41[a]	33,33	1366,50	-3,366[b]	,001
		Classificações Positivas	19[b]	24,39	463,50		
		Vínculos	57[c]				
		Total	117				
14,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	37[a]	30,46	1127,00	-2,150[b]	,032
		Classificações Positivas	21[b]	27,81	584,00		
		Vínculos	79[c]				
		Total	137				
15,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	16[a]	14,22	227,50	-2,248[b]	,025
		Classificações Positivas	8[b]	9,06	72,50		
		Vínculos	52[c]				
		Total	76				
16,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	6[a]	5,75	34,50	-,718[b]	,473
		Classificações Positivas	4[b]	5,13	20,50		
		Vínculos	15[c]				
		Total	25				

a. imagem desejada < "imagem real percebida"
b. imagem desejada > "imagem real percebida"
c. imagem desejada = "imagem real percebida"

Analisando os mesmos dados mas em relação ao género feminino, verificou-se que existe uma maior insatisfação negativa com a imagem corporal nos 12 anos (21%; N = 74), seguindo-se dos 13 anos (20,8%; N = 73) e finalmente os 14 anos (20,5%; N = 72). (Tabela 13).

Tabela 13- Valores relativos à aplicação do teste de *Wilcoxon* para as variáveis "imagem desejada" – "imagem real percebida", no género feminino.

Idade			N	Postos de média	Soma de Classificações	Estatística de teste	P
10,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	44[a]	29,66	1305,00	-3,557[b]	,000
		Classificações Positivas	14[b]	29,00	406,00		
		Vínculos	41[c]				
		Total	99				
11,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	48[a]	33,66	1615,50	-3,678[b]	,000
		Classificações Positivas	17[b]	31,15	529,50		
		Vínculos	57[c]				
		Total	122				
12,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	74[a]	55,61	4115,50	-5,365[b]	,000
		Classificações Positivas	27[b]	38,35	1035,50		
		Vínculos	65[c]				
		Total	166				
13,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	73[a]	43,38	3166,50	-5,993[b]	,000
		Classificações Positivas	12[b]	40,71	488,50		
		Vínculos	49[c]				
		Total	134				
14,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	72[a]	39,66	2855,50	-6,672[b]	,000
		Classificações Positivas	6[b]	37,58	225,50		
		Vínculos	45[c]				
		Total	123				
15,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	28[a]	18,18	509,00	-4,175[b]	,000
		Classificações Positivas	5[b]	10,40	52,00		
		Vínculos	30[c]				
		Total	63				
16,00	imagem desejada - "imagem real percebida"	Classificações Negativas	12[a]	9,33	112,00	-2,345[b]	,019
		Classificações Positivas	4[b]	6,00	24,00		
		Vínculos	9[c]				
		Total	25				

a. imagem desejada < "imagem real percebida"
b. imagem desejada > "imagem real percebida"
c. imagem desejada = "imagem real percebida"

No que diz respeito ao ano de escolaridade esta insatisfação é mais proeminente nos alunos que frequentam o 7.º ano. Foram 45,1% (N = 128), os alunos que desejavam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebiam. Cerca de 14,1% (N=40), apresentavam uma imagem que gostariam de ter superior àquela com que se percepcionavam e empates eram 40,8% (N= 116), ou seja, gostariam de ter a mesma imagem com que se percepcionavam (Tabela 14).

Em relação aos alunos que frequentavam o 5.º ano de escolaridade verificou-se que 42% (N = 125) alunos desejavam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se perceberam e 12,5% (N = 37) desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam. Em relação aos alunos cuja *"imagem desejada"* é igual à *"imagem percepcionada"*, eram 45,1 % (N = 133) (Tabela 14).

Em relação ao 6.º ano de escolaridade verificou-se que 40,3% (N = 139) dos alunos desejariam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebem e 13,8% (N = 48) desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam. Em relação aos alunos cuja *"imagem desejada"* é igual à *"imagem real percebida"*, eram 45,8 % (N = 158) (Tabela 14).

Relativamente ao 8.ºano de escolaridade verificou-se que 38,7% (N = 103) alunos desejariam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebiam. Cerca de 13,2% (N=35), apresentavam uma imagem que gostariam de ter superior àquela com que se percepcionavam e empates eram 48,1% (N= 128), ou seja, gostariam de ter a mesma imagem com que se percepcionavam (Tabela 14).

No que diz respeito ao 9.º ano de escolaridade verificou-se que 38,9% (N = 85) alunos desejariam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebiam. Cerca de 9,2% (N=20), apresentavam uma imagem que gostariam de ter superior àquela com que se

percepcionavam e empates eram 51,8% (N= 113), ou seja, gostariam de ter a mesma imagem com que se percepcionavam (Tabela 14).

Tabela 14- Classificações positivas, negativas e vínculos entre a *"imagem desejada"* e a *"imagem real percebida"* para o ano de escolaridade.

		Classificações			
AnoEscol			**N**	**Postos de média**	**Soma de Classificações**
5º Ano	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	125[a]	83,42	10428,00
		Classificações Positivas	37[b]	75,00	2775,00
		Vínculos	133[c]		
		Total	295		
6.º Ano	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	139[a]	98,82	13736,00
		Classificações Positivas	48[b]	80,04	3842,00
		Vínculos	158[c]		
		Total	345		
7.º Ano	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	128[a]	87,88	11249,00
		Classificações Positivas	40[b]	73,68	2947,00
		Vínculos	116[c]		
		Total	284		
8.º Ano	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	103[a]	75,34	7760,50
		Classificações Positivas	35[b]	52,30	1830,50
		Vínculos	128[c]		
		Total	266		
9.º Ano	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	85[a]	56,28	4784,00
		Classificações Positivas	20[b]	39,05	781,00
		Vínculos	113[c]		
		Total	218		

a. imagem desejada < imagem percebida
b. imagem desejada > imagem percebida
c. imagem desejada = imagem percebida

No que diz respeito à comparação entre a *"imagem real percebida"* e a *"imagem desejada"*, de acordo com o estabelecimento de ensino, verificou-se que na Escola Básica Integrada da Mexilhoeira Grande há diferenças entre a *"imagem real percebida"* e a *"imagem desejada"*. Apresentaram uma insatisfação positiva da imagem corporal, isto é, desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam cerca de 15,7 % (N = 13) alunos. Apresentavam uma insatisfação negativa, isto é uma imagem corporal inferior àquela com que se percepcionavam 43,4% (N = 36). Verificou-se ainda 40,9 % de empates (N= 34), isto é a imagem com que se percepcionavam é coincidente com a *"imagem desejada"* (Tabela 15).

Relativamente à Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo Professor José Buísel, apresentavam diferenças negativas 40,8% (N=261) dos alunos, cuja *"imagem desejada"* é inferior à *"imagem real percebida"*.

Cerca de 14% (N=90), apresentavam uma imagem que gostariam de ter superior àquela com que se percepcionavam e empates eram 45% (N= 289), ou seja, gostariam de ter a mesma imagem com que se percepcionavam. (Tabela 15).

Em relação à Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Engenheiro Nuno Mergulhão, verificou-se que 50% (N=27), apresentavam uma imagem desejada inferior à imagem com que se percebiam. Cerca de 13% (N=7) apresentavam uma imagem desejada superior àquela com que se percebiam. Empates eram 37% (N= 20), ou seja, apresentavam uma "imagem real percebida" coincidente com a imagem corporal desejada. (Tabela 15).

Na escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo D. João II de Alvôr, verificou-se que 41,7% (N = 30) dos alunos desejariam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percepcionavam e 11,1% (N = 8) desejariam ter uma imagem corporal superior àquela com que se percepcionavam. Em relação aos alunos cuja imagem desejada é igual à imagem percepcionada, eram 47,2% (N = 34) (Tabela 15).

No que diz respeito à Escola de Ensino Básico 2.º e 3.º Ciclo Júdice Fialho, desejariam uma imagem corporal inferior à imagem com que se percebiam 40,6% (N = 227) enquanto 11,1% (N = 62) gostariam de ter uma imagem superior à imagem com que se percebiam. Os casos em que se verificou empate eram 48,3% (N = 270), ou seja eram os casos em que a *"imagem real percebida*" é coincidente com a "*imagem desejada"* (Tabela 15).

A insatisfação com a imagem corporal percebida está presente em todos os estabelecimentos de ensino, no entanto aquele em que verificou um maior valor percentual foi a escola EB 2/3 Engenheiro

Nuno Mergulhão com 50% de respostas insatisfatórias, seguida da EBI da Mexilhoeira Grande com um valor percentual de 43,4%. As restantes escolas apresentaram valores de insatisfação compreendidos entre os 40% e os 42% (Tabela 15).

H3: *Se os alunos apresentarem uma insatisfação com a imagem corporal, existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" entre os distintos estabelecimentos de ensino.*

Tabela 15- Valores relativos à aplicação do teste de Wilcoxon para as variáveis "imagem desejada" - "*imagem real percebida*", nos estabelecimentos de ensino.

Ranks

Escola			N	Mean Rank	Sum of Ranks	Estatística de teste e p
EBI Mexilhoeira Grande	imagem desejada - "imagem real percebida"	Negative Ranks	36[a]	25,40	914,50	-3,068[c]
		Positive Ranks	13[b]	23,88	310,50	,002
		Ties	34[c]			
		Total	83			
EB2/3 Prof. José Buisel	imagem desejada - "imagem real percebida"	Negative Ranks	261[a]	181,62	47402,50	-8,857[c]
		Positive Ranks	90[b]	159,71	14373,50	,000
		Ties	289[c]			
		Total	640			
EB2/3 Engº Nuno Mergulhão	imagem desejada - "imagem real percebida"	Negative Ranks	27[a]	18,31	494,50	-3,457[c]
		Positive Ranks	7[b]	14,36	100,50	,001
		Ties	20[c]			
		Total	54			
EB2/3 D. João II Alvôr	imagem desejada - "imagem real percebida"	Negative Ranks	30[a]	20,00	600,00	-3,399[c]
		Positive Ranks	8[b]	17,63	141,00	,001
		Ties	34[c]			
		Total	72			
EB2/3Júdice Fialho	imagem desejada - "imagem real percebida"	Negative Ranks	227[a]	155,93	35396,50	-10,368[c]
		Positive Ranks	62[b]	104,98	6508,50	,000
		Ties	270[c]			
		Total	559			

a. imagem desejada < "imagem real percebida"
b. imagem desejada > "imagem real percebida"
c. imagem desejada = "imagem real percebida"

No que diz respeito à aplicação do teste de Wilcoxon, verificaram-se diferenças entre a *"imagem real percebida"* e a *"imagem desejada"* para a totalidade da amostra entre escolas (Tabela 16).

H4: Se existirem diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" estas serão distintas para ambos os géneros.

Para a análise deste item foi utilizado o teste de *Wilcoxon* através do qual se observaram diferenças estatisticamente significativa entre a *"imagem desejada"* e a *"imagem real percebida"* em ambos os géneros (Tabela 16)

Tabela 16- Teste de *Wilcoxon* por género para a variável *"imagem desejada"* e *"imagem real percebida".*

Género		imagem desejada - "imagem real percebida"
Masculino	Z	-8,002[b]
	Significância Sig. (2 extremidades)	<,001
Feminino	Z	-12,371[b]
	Significância Sig. (2 extremidades)	<,001

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon
b. Com base em postos positivos.

Relativamente ao género feminino e masculino avaliou-se ainda as diferenças por idades. Os resultados encontram-se na tabela que se segue (Tabela 17).

Tabela 17- Teste de *Wilcoxon* por género para a variável idade entre a "*imagem desejada"* e a "*imagem real percebida"..*

			imagem desejada - "imagem real percebida"						
			Idade						
Género			**10,00**	**11,00**	**12,00**	**13,00**	**14,00**	**15,00**	**16,00**
Masculino	Z		-2,293[b]	-4,788[b]	-4,122[b]	-3,366[b]	-2,150[b]	-2,248[b]	-,718[b]
	Significância extremidades)	Sig. (2	,022	,000	,000	,001	,032	,025	,473
Feminino	Z		-3,557[b]	-3,678[b]	-5,365[b]	-5,993[b]	-6,672[b]	-4,175[b]	-2,345[b]
	Significância extremidades)	Sig. (2	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,019

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon
b. Com base em postos positivos.

H5: *Se existirem diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" estas serão distintas para as diferentes idades.*

No que diz respeito à comparação entre a "*imagem desejada"* e a "*imagem real percebida",* observou-se que no género masculino, para a idade dos 10, 14, 15 e 16 anos, não há diferenças significativas (Tabela 18).

Para as idades de 11, 12 e 13, observaram-se diferenças estatísticas significativas correspondentes assim a 17,6% (N = 122) meninos com 11 anos, 17,5% (N = 121) e 16,9% (N = 117) respectivamente. Dentro dos 11 anos, observou-se que 7,8% (N = 54) têm uma imagem percepcionada igual à imagem que gostariam de ter. Dentro dos 12 anos, 7,6 % (N = 53) referem uma imagem que gostariam de ter igual à imagem percepcionada e dentro dos 13 anos 8,2 % (N = 57) têm uma imagem que gostariam de ter igual à imagem com que se percepcionam (Tabela 18).

Tabela 18- Valores relativos à aplicação do teste de *Wilcoxon* para as variáveis "imagem desejada" – *"imagem percebida*" , no género masculino.

Idade			N	Postos de média	Soma de Classificações
10,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	28[a]	19,64	550,00
		Classificações Positivas	11[b]	20,91	230,00
		Vínculos	43[c]		
		Total	82		
11,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	53[a]	36,68	1944,00
		Classificações Positivas	15[b]	26,80	402,00
		Vínculos	54[c]		
		Total	122		
12,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	49[a]	37,50	1837,50
		Classificações Positivas	19[b]	26,76	508,50
		Vínculos	53[c]		
		Total	121		

13,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	41[a]	33,33	1366,50
		Classificações Positivas	19[b]	24,39	463,50
		Vínculos	57[c]		
		Total	117		
14,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	37[a]	30,46	1127,00
		Classificações Positivas	21[b]	27,81	584,00
		Vínculos	79[c]		
		Total	137		
15,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	16[a]	14,22	227,50
		Classificações Positivas	8[b]	9,06	72,50
		Vínculos	52[c]		
		Total	76		
16,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	6[a]	5,75	34,50
		Classificações Positivas	4[b]	5,13	20,50
		Vínculos	15[c]		
		Total	25		

a. imagem desejada < imagem percebida
b. imagem desejada > imagem percebida
c. imagem desejada = imagem percebida

Relativamente ao género feminino, existem diferenças em todas as idades no que diz respeito à "*imagem real percebida"* e à *"imagem desejada"*, à excepção da idade dos 16 anos (Tabela 19).

Dentro da idade dos 10 anos 5,5% (N = 41) referem uma *"imagem real percebida"* igual à imagem que gostariam de ter, nos 11 anos, 7,7 % (N = 57) elegem como imagem que gostariam de ter equivalente à imagem com que se percebem, nos 12 anos foram 8,8% (N = 65) as alunas que imagem percepcionada igual à *"imagem desejada"*, nos 13 anos 6,6% (N = 49) elegeram como "*imagem real percebida*" uma imagem igual à *"imagem desejada*" e nos 14 anos cerca de 6,1% (N = 45) das alunas escolheram a *"imagem real percebida"* igual à *"imagem desejada*", enquanto nos 15 anos de idade eram apenas 4% (N = 30) o número de alunas cuja *"imagem real percebida*" correspondia à *"imagem desejada"* A faixa etária onde esta distorção é mais proeminente correspondente aos 11, 12 e 13 anos de idade (Tabela 19).

Na idade correspondente aos 10 anos, 5,9% (N = 44) das alunas apresentavam uma *"imagem real percebida"*, diferente da imagem que gostariam de ter, ou seja, atribuíram um valor superior. Nas classificações positivas, verificou-se que 1,9% das alunas (N =14) com a idade de 10 anos, têm uma imagem que gostariam de ter com maiores classificações (Tabela 19).

Na idade dos 11 anos a *"imagem real percebida"* obteve uma pontuação superior à *"imagem desejada"* (N = 48) e apenas 17 alunas referem valores mais elevados para a imagem que gostariam de ter

Na idade dos 12 anos observou-se em 74 alunas que a *"imagem real percebida"* obteve pontuação superior à *"imagem desejada"* e apenas 27 alunas referiram uma relação inversa. Para 65 alunas as duas imagens tiveram correspondência (Tabela 19).

Na Idade dos 13 anos observou-se em 73 alunas que a *"imagem real percebida"* obteve pontuação superior à *"imagem desejada"* e apenas 12 alunas referiram uma relação inversa. Para 49 alunas as duas imagens tiveram correspondência (Tabela 19).

Na idade dos 14 anos a *"imagem real percebida"* obteve uma pontuação superior à *"imagem desejada"* (N = 72) e apenas 6 alunas referiram valores mais elevados para a imagem que gostariam de ter. Para 45 alunas as duas imagens tiveram correspondência (Tabela 19).

Na idade dos 15 anos a *"imagem real percebida"* obteve uma pontuação superior à *"imagem desejada"* (N = 28) e apenas 5 alunas referem valores mais elevados para a imagem que gostariam de ter. Para 30 alunas as duas imagens tiveram correspondência (Tabela 19).

Na Idade dos 16 anos observou-se em 12 alunas que a *"imagem real percebida"* obteve pontuação superior à "*imagem desejada*" e apenas 4 alunas referiram uma relação inversa. Para 9 alunas as duas imagens tiveram correspondência (Tabela 19).

Tabela 19- Valores relativos à aplicação do teste de *Wilcoxon* para as variáveis *"imagem desejada"* – "*imagem percebida",* no género feminino.

	Idade			N	Postos de média	Soma de Classificações
Feminino	**10,00**	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	44[a]	29,66	1305,00
			Classificações Positivas	14[b]	29,00	406,00
			Vínculos	41[c]		
			Total	99		
	11,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	48[a]	33,66	1615,50
			Classificações Positivas	17[b]	31,15	529,50
			Vínculos	57[c]		
			Total	122		
	12,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	74[a]	55,61	4115,50
			Classificações Positivas	27[b]	38,35	1035,50
			Vínculos	65[c]		
			Total	166		
	13,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	73[a]	43,38	3166,50
			Classificações Positivas	12[b]	40,71	488,50
			Vínculos	49[c]		
			Total	134		
	14,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	72[a]	39,66	2855,50
			Classificações Positivas	6[b]	37,58	225,50
			Vínculos	45[c]		
			Total	123		
	15,00	imagem desejada - imagem percebida	Classificações Negativas	28[a]	18,18	509,00
			Classificações Positivas	5[b]	10,40	52,00
			Vínculos	30[c]		
			Total	63		
	16,00	**imagem desejada - imagem percebida**	Classificações Negativas	12[a]	9,33	112,00
			Classificações Positivas	4[b]	6,00	24,00
			Vínculos	9[c]		
			Total	25		

a. imagem desejada < imagem percebida
b. imagem desejada > imagem percebida
c. imagem desejada = imagem percebida

2.3.1.4. Dados relativos à distorção da Imagem corporal ou falso IMC.

H6*: Se ocorrer distorção da imagem corporal, existirão diferenças entre os géneros.*

Para perceber a existência de *distorção da imagem corporal* ou de um falso Índice de massa corporal, comparou-se a imagem corporal auto percepcionada com o IMC real obtido individualmente através dos dados *Fitnessgram,* posteriormente convertidos em pontuação Z.

Interessou observar os alunos magros que se percebiam como normais, pré obesos ou obesos e alunos normais que se percebiam como pré obesos ou obesos, no sentido de identificar alunos que apresentavam uma distorção positiva da imagem corporal, na medida em que se verifica que se percepcionam com uma imagem superior à imagem que possuem na realidade, quando calculado o seu IMC, sendo estes considerados por nós como indivíduos de risco.

Para o género masculino observou-se que 0,72% (N = 4) são indivíduos extremamente magros e percebem-se como normais. Cerca de 4,32% (N = 24), são magros de acordo com o seu IMC, mas percebem-se como normais, aproximadamente 0,72% (N = 4) são normais mas percebem-se como obesos, enquanto 0,18% (N = 1) é magro e percebe-se como obeso. São cerca de 5,95% (N = 33) as crianças e adolescentes do género masculino que apresentam distorção positiva da imagem corporal (Tabela 10).

No que diz respeito ao género feminino, são extremamente magras mas percebem-se como normais 1,28% (N = 8) das alunas. Próximo de 4,94% (N = 31) são magras mas percebem-se como normais, enquanto

perto de 0,8% (N = 5) são normais mas percebem-se como obesas e finalmente cerca de 1,75% (N = 11), têm um IMC correspondente a pré obesidade, mas percebem-se como sendo obesas (Tabela 10).

Da análise *à "imagem real percebida"* e "*imagem desejada*" no que diz respeito ao género masculino, os resultados revelam que a maioria dos rapazes percebem-se como tendo uma imagem correspondente a *normal* tendo um IMC correspondente a normal, existindo algumas excepções onde os rapazes.com IMC correspondente a normal se percepcionam obesos (Figura 4).

No que diz respeito à análise da *"imagem real percebida"* e da *"imagem desejada"* em relação à amostra feminina os resultados encontram-se (Figura 5).

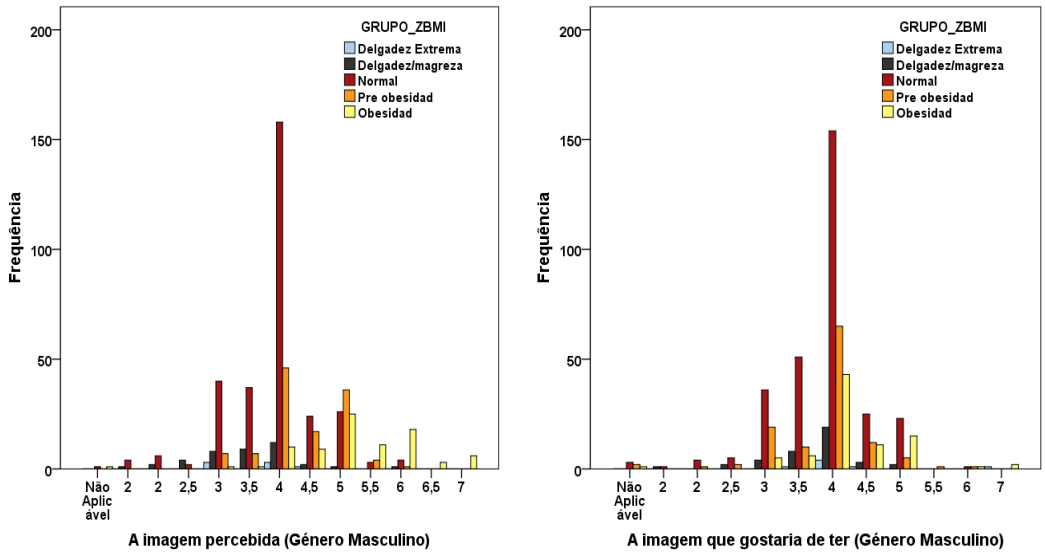


Figure 5- Gráfico de barras para a "imagem real percebida" e "imagem desejada" e a categoria de* BMI *z* Score *(Género Masculino)

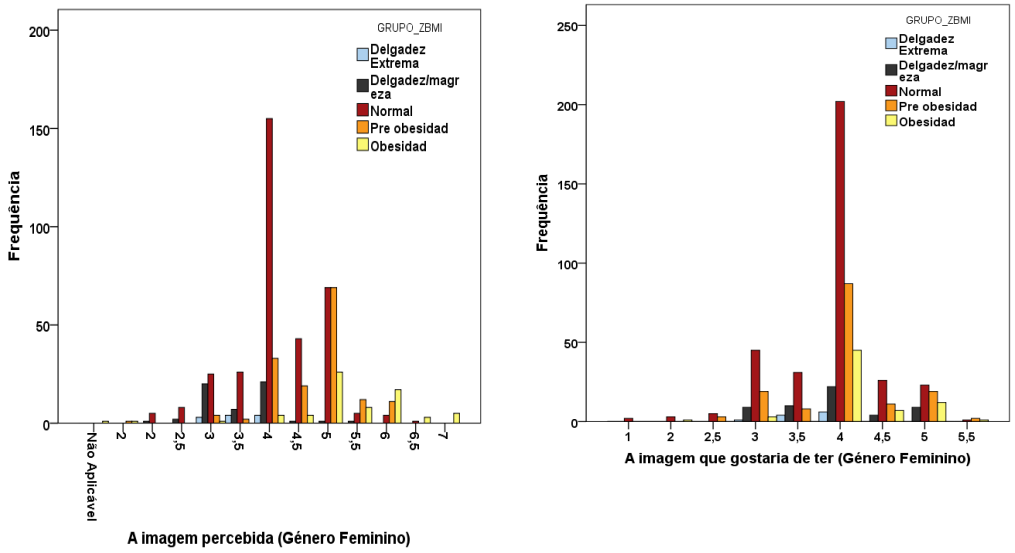


Figure 6- Gráfico de barras para a *"imagem real percebida"* e *"imagem desejada"* e a categoria de *BMI* z *Score* (Género Feminino)

2.3.1.5. Dados relativos à imagem corporal percebida pela progenitora

H7: Verificar-se-ão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida" percepcionada pela progenitora.

De acordo com as categorias do IMC podemos observar que na categoria *magreza* há diferenças estatísticas significativas no que diz respeito à *Escala de Silhueta de Collins* (Collins, 1991) aplicada às progenitoras para a *"imagem desejada"* e *"imagem real percebida"* (Tabela 20).

Desta comparação observou-se que a *"imagem desejada"* elegida pela mãe (ou seja, que a mãe gostaria que o filho tivesse) é superior à "*imagem real* percebida" em 81 casos (N = 6,82%) e 13 casos (N = 1,94)

com classificações negativas (*"imagem desejada"* é inferior à *"imagem real percebida"*) (Anexo 6).

Na categoria de IMC *normal* observou-se que não há diferenças estatisticamente significativas. O mesmo acontecendo na categoria *obesidade* (Anexo 6).

Na categoria de IMC *pré obesidade*, observou-se 17 respostas com classificações negativas, isto é, *"imagem desejada"* percepcionado pela mãe é inferior à "*imagem real percebida"* Observaram-se 3 respostas com classificações positivas, isto é, o *"imagem desejada"* percepcionada pela mãe é superior à *"imagem real percebida"* (Anexo 6)**.**

Para a *"imagem real percebida"* e *"imagem desejada"* pela progenitora relativamente às categorias de BMI Z Score verificam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as categorias de IMC (*BMI z Score*) entre a "*imagem real percebida"*, medida pela Escala de Silhuetas de Collins e a *"imagem desejada"*, sendo esta última superior nas categorias *magreza extrema, magreza e normal* (Tabela 20).

Nas categorias *obesidade e pré obesidade* a imagem desejada é inferior à *"imagem real percebida"* (Tabela 20).

Tabela 20- Aplicação do teste de T student para a *"imagem real percebida"* e *"imagem desejada"* de acordo com as categorias de BMI Z Score

Paired Samples Test

	Paired Differences							
				95% Confidence Interval of the Difference				
GRUPO_ZBMI	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)

Delgadez Extrema	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-2,000	2,179	,726	-3,675	-,325	-2,753	8	,025
Delgadez/magreza	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,741	1,443	,196	-1,135	-,347	-3,772	53	,000
Normal	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,283	1,015	,054	-,389	-,177	-5,269	356	,000
Pre obesidad	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	,337	1,121	,113	,112	,561	2,974	97	,004
Obesidad	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	1,326	2,286	,349	,622	2,029	3,803	42	,000

No que diz respeito à diferença entre a *"imagem real percebida"* e a "*imagem desejada"* de acordo com as categorias correspondentes ao *BMI* z Score, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no género masculino para as categorias *magreza* e *normal*, sendo a "*imagem desejada*" superior à "*imagem real percebida"* nestas categorias (Tabela 21).

Na categoria *obesidade,* a *"imagem desejada"* é inferior à *"imagem real percebida"* (Tabela 21).

No género feminino atestaram-se diferenças estatisticamente significativas na categoria *magreza* e *normal*, com a *"imagem desejada"* a verificar-se superior à *"imagem real"* (Tabela 21).

Finalmente na categoria *pré obesidade* a *"imagem desejada"* verificou-se inferior à *"imagem real percebida"* (Tabela 21).

Tabela 21- Aplicação do teste de T student para a *"imagem real percebida"* e *"imagem desejada"* pela progenitora de acordo com as categorias de BMI z Score para o género

Paired Samples Test

Género	GRUPO_ZBMI	Paired Differences	t	df	Sig. (2-

							95% Confidence Interval of the Difference				tailed)
				Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Masculino	.	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,137	1,233	,173	-,484	,210	-,795	50	,430
	MagrezaExtrema	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-2,500	2,887	1,443	-7,093	2,093	-1,732	3	,182
	Magreza	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,905	1,136	,248	-1,422	-,388	-3,650	20	,002
	Normal	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,470	1,211	,095	-,656	-,283	-4,967	163	,000
	Pre obesidade	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	,143	1,118	,160	-,178	,464	,894	48	,376
	Obesidade	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	1,773	2,202	,470	,796	2,749	3,775	21	,001
Feminino	.	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	,135	1,415	,196	-,259	,528	,686	51	,496
	MagrezaExtrema	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-1,600	1,673	,748	-3,678	,478	-2,138	4	,099
	Magreza	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,636	1,617	,281	-1,210	-,063	-2,261	32	,031
	Normal	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	-,124	,781	,056	-,235	-,014	-2,213	192	,028
	Pre obesidade	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	,531	1,101	,157	,214	,847	3,373	48	,001
	Obesidade	Pair 1	CollinsMReal - CollinsMdesejada	,857	2,330	,508	-,203	1,918	1,686	20	,107

Procurou perceber-se qual a discrepância entre as respostas emitidas pelos alunos e as respostas emitidas pelas progenitoras. Assim, em relação à análise das respostas emitidas por parte das progenitoras sobre a imagem que consideram que melhor representa os seus filhos, verificamos que 0,6% (N = 4) responderam imagem 1, 0,3% (N = 2) elegeram imagem 1,5, um total de 1,3% (N = 8) escolheram a

imagem número 2, 1,6% (N = 10) considera que os filhos têm a silhueta 2,5 enquanto 18,2% (N = 114) considerou que os filhos têm uma silhueta correspondente à imagem 3. Um total de 8,3% (N = 52) das mães respondentes considerou que os filhos se parecem com a imagem 3,5, 47,5% (N = 298) consideraram que os filhos se parecem com a silhueta número 4. Em relação à imagem 4,5, um total de 9,2% (N = 58) considera que os seus filhos têm esta silhueta. No que diz respeito à silhueta 5,5 um total de 3% (N =19) julga que o seu filho se parece com esta silhueta. Do total da amostra de mães 8,4% (N = 53) considera que os seus filhos correspondem à imagem número 6. Finalmente 0,5% (N = 3) e 0,8% (N = 5) percebem os seus filhos tal como a figura 6,5 e 7 respectivamente (Anexo 6).

No que diz respeito à escolha da "*imagem desejada"*, ou imagem que gostaria que o filho(a) tivesse, das respostas que as mães deram, verificamos que 0,4% (N = 3) responderam imagem 3, desejariam que os filhos tivessem a imagem 2,5, 0,7% (N = 5), a resposta de 7,8% das mães (N = 52) escolheu a imagem 3,5. Do total da amostra 67,5% (N = 450) elegeram a silhueta 4, enquanto 11,7% (N =78) optaram pela imagem 4,5, 1,2% (N = 8) a imagem número 5,5 e por último 0,6% (N = 4) elegeram a imagem 6 como a imagem ideal para os seus filhos (Anexo 6).

Quando comparados os resultados da *"imagem real percebida"* pelo aluno e a *"imagem real percebida"* pela progenitora, no que diz respeito à amostra do género masculino, verifica-se há uma correlação positiva significativa moderada (r = 0,665) com a variância explicada de 44,2% entre a "*imagem real percebida"* pelo aluno e a *"imagem real percebida"* pela mãe (Anexo 7).

Quando comparados os resultados da *"imagem real percebida"* pelo aluno e a *"imagem real percebida"* pela progenitora, no que diz respeito ao género feminino, verifica-se que há, tal como no género masculino,

uma correlação positiva significativa moderada (r= 0,664) com a variância explicada de 44,1% (Anexo 7).

Relativamente à *"imagem real percebida"* com a *"imagem ideal"* a correlação é fraca e positiva r= 0,344 com a variância de 11,8%.
No que diz respeito à imagem real e ideal por parte da progenitora, a correlação é estatisticamente positiva e significativa com r=0,659 com a variância explicada 43,4% (Anexo 7).

2.3.2 Análise do Eating Disorders Inventory -2

A análise da fiabilidade do EDI-2 foi estudada através do coeficiente *Alfa de Cronbach* (Nunnaly, 1978), o qual na globalidade da nossa amostra foi de 0,863 (num total de 1434 casos). Os valores obtidos para o *Alfa de Cronbach* estão representados na Tabela 22. O valor revelou-se superior ao valor de 0,80, podendo assim considerar-se que a consistência interna da escala é muito boa na globalidade. À excepção das dimensões *Asceticismo* e *Perfeccionismo"* em que a escala revelou valores de alfa que não estão de acordo com a consistência interna, todos os restantes valores se revelaram adequados (Tabela 22).

Tabela 22 Valores do Alfa de Cronbach para o instrumento EDI-2- .

Dimensões	Valor do Alfa	N.º itens
EDI-2	,863.	91
Impulso para emagrecer	,745	7
Bulimia	,618	7
Insatisfação Corporal	,806	9
Sentimento de Ineficácia	,606	10
Perfeccionismo	,545	6
Desconfiança Interpessoal	,601	7
Consciência Interoceptiva	,603	10
Medo de Amadurecer	,602	8
Ascetismo	,392	8
Regulação dos Impulsos	,624	11
Insegurança Social	,678	8

No que diz respeito aos resultados obtidos pelo EDI-2, foram determinados os valores de média, tendo-se verificado um valor médio para a escala total de $\overline{X}$ = 54,38 e um desvio padrão de 24,37.

No gráfico que se segue podemos observar os extremos e os quartis para o total do EDI-2 (gráfico 6).

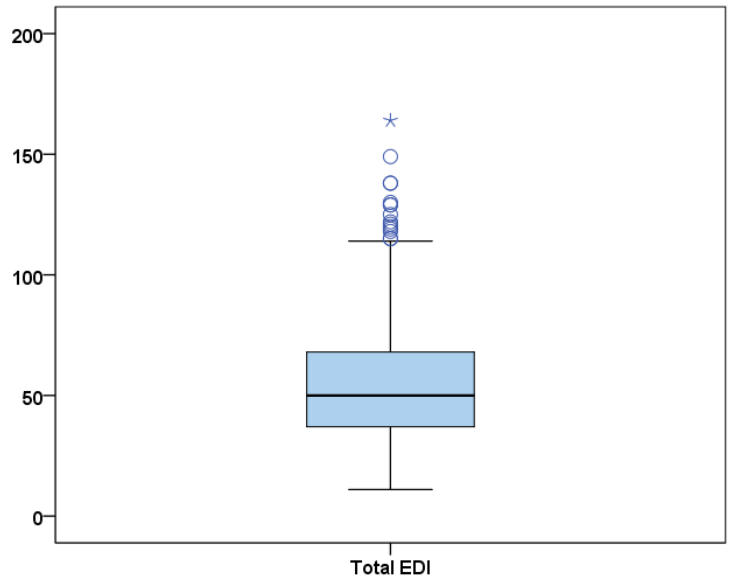


Figure 7- Gráfico de extremos e quartis para o total do EDI-2 (Garner , 1991).

No que diz respeito às subescalas do instrumento, verificou-se para a subescala *"Impulso para emagrecer"* um valor médio de $\overline{X}$ = 4,29 e um desvio padrão de 4,73, para a subescala *"Bulimia"* verificou-se uma $\overline{X}$ =1,06 e desvio padrão de 2,7. A subescala *"Insatisfação Corporal"* obteve uma $\overline{X}$ = 5,37 e um desvio padrão de 5,83, a subescala *"Sentimento de Ineficácia"* $\overline{X}$ = 3,73 e desvio padrão de 4,14, a subescala *"Perfeccionismo"* uma $\overline{X}$ = 6,26 e um desvio padrão de 3,72, *"Consciência Interoceptiva"*, uma $\overline{X}$ = 4,98 e um desvio padrão de 4,38, a subescala *"Medo de Amadurecer"* uma $\overline{X}$ = 8,23 e um desvio padrão de 4,96. Na dimensão *"Asceticismo"* a média obtida foi de $\overline{X}$ =4,04 e o

desvio padrão de 3,06, em relação à subescala *"Regulação dos Impulsos"* obteve-se uma $\overline{X}$ = 6,82 e um desvio padrão de 5,19, para a subescala *"Insegurança Social"* a $\overline{X}$ = 4,39 e o desvio padrão de 4,22, e finalmente para a subescala *"Desconfiança Interpessoal"* foi apurada uma $\overline{X}$ =4,63 e um desvio padrão de 3,81 (Tabelas 23 e 24).

Tabela 23- Estatísticas descritivas para as variáveis do EDI-2 *(Desconfiança Interpessoal; Consciência Interoceptiva; Medo de Amadurecer; Asceticismo; Regulação de Impulsos e Insegurança Social).*

		Desconfianca Interpessonal)	Consciencia Interoceptiva	Medo de Amadurecer	Asceticismo	Regulação de Impulsos	Inseguranç a Social
Mean		4,6398	4,9787	8,2371	4,0380	6,8191	4,3906
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	4,3485	4,6435	7,8575	3,8040	6,4217	4,0679
	Upper Bound	4,9312	5,3139	8,6166	4,2720	7,2166	4,7133
Median		4,0000	4,0000	7,0000	3,0000	6,0000	3,0000
Std. Deviation		3,80611	4,37923	4,95812	3,05656	5,19271	4,21540
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		18,00	22,00	45,00	22,00	31,00	23,00

Tabela 24- Estatísticas descritivas para as variáveis do EDI-2, continuação. (*Impulso para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal; Sentimento de Ineficácia e Perfeccionismo*).

	Impulso para emagrecer	Bulimia	Insatisfação Corporal	Sentimento de Ineficacia	Perfeccionismo
Mean	4,2964	1,6064	5,3754	3,7295	6,2690
95% Confidence Interval for Mean	3,9340	1,3966	4,9291	3,4123	5,9842
	4,6587	1,8162	5,8217	4,0466	6,5537
Median	3,0000	,0000	3,0000	3,0000	6,0000

Std.Deviation	4,73422	2,74071	5,83047	4,14315	3,71991
Minimum	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum	26,00	25,00	26,00	46,00	18,00

Em relação aos resultados das respostas ao EDI-2 segundo o ponto de corte estipulado (≥ 80), verificou-se para o género masculino um valor médio de $\overline{X}$ = 101,52 e um desvio padrão de 17,62 para a escala total (Tabela 25).

Assim, no género masculino 3,9% (N = 29) dos alunos obtiveram pontuações iguais ou superiores a 80. No caso das alunas do género feminino em relação aos resultados das respostas ao EDI-2 segundo o ponto de corte estipulado (≥80), a média foi de $\overline{X}$ = 99,7302 e o desvio padrão de 16.62. Assim, observou-se que no género feminino cerca de 9,1% (N = 63) das raparigas apresentavam um valor igual ou superior a 80 neste instrumento (Tabela 25).

Tabela 25- Estatísticas descritivas para o total do EDI-2, considerando os participantes cuja pontuação foi igual ou superior ao ponto de corte de 80.

		Total EDI-2	
		Género	
Statistic		**Masculino**	**Feminino**
Mean		101,5172	99,7302
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	94,8149	95,5758
	Upper Bound	108,2196	103,8845
Median		103,0000	96,0000
Std. Deviation		17,62024	16,49556
Minimum		81,00	80,00

Maximum	149,00	164,00

Analisaram-se os resultados das respostas ao instrumento segundo o ponto de corte estipulado de acordo com as idades, tendo-se verificado que no grupo de 10 anos 14,13% (N = 13) obtiveram valores iguais ou superiores a 80 na escala total com uma $\overline{X}$ = 103,31 e um desvio padrão de 13,31 (Tabela 26).

Em relação ao grupo dos 11 anos 16,3% (N = 15) obtiveram resultados iguais ou acima de 80 uma $\overline{X}$ = 100,93 e um desvio padrão de 15,01 (Tabela 26).

No grupo dos 12 anos verificou-se que 20,65% (N = 19) com $\overline{X}$ = 94,74 e um desvio padrão de 11,48 obtiveram valores iguais ou superiores a 80 na escala total da prova (Tabela 26).

No grupo dos 13 anos foram cerca de 27,17% (N = 25) com uma média de $\overline{X}$ = 97,52 e um desvio padrão de 15.72 (Tabela 26).

Obtiveram valores iguais ou superiores a 80 na escala total, no grupo dos 14 anos cerca de 8,7% (N = 8) com $\overline{X}$ = 93,13 e um desvio padrão de 13.99 (Tabela 26).

No grupo de 15 anos foram 9,78% (N = 9), a média foi de $\overline{X}$ = 108, e o desvio padrão de 20.93, enquanto na idade de 16 anos 3,26% (N = 3) os valores foram de $\overline{X}$ = 137,67 e o 23.46 (Tabela 26).

Tabela 26- Estatísticas descritivas para o EDI-2 segundo o ponto de corte (≥80) por idade.

N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média	Mínimo	Máximo

					Limite inferior	Limite superior		
10,00	13	103,3077	13,30654	3,69057	95,2666	111,3488	84,00	129,00
11,00	15	100,9333	15,00698	3,87479	92,6227	109,2439	80,00	129,00
12,00	19	94,7368	11,47869	2,63339	89,2043	100,2694	80,00	113,00
13,00	25	97,5200	15,71920	3,14384	91,0314	104,0086	81,00	138,00
14,00	8	93,1250	13,99426	4,94772	81,4255	104,8245	81,00	115,00
15,00	9	108,2222	20,93309	6,97770	92,1316	124,3128	83,00	149,00
16,00	3	137,6667	23,45918	13,54417	79,3908	195,9425	119,00	164,00
Total	92	100,2935	16,78142	1,74958	96,8181	103,7688	80,00	164,00

No que diz respeito aos indivíduos que apresentaram resultados nesta escala iguais ou superiores a 80, os valores da aplicação do teste t revelaram diferenças estatísticas significativas entre o género para a dimensão *"Insatisfação corporal"* (Tabela 27).

Tabela 27- Teste t student para duas amostras independentes (N feminino=63 e N masculino =29).

	Levene's Test for Equality of Variounces		**t-test for Equality of Means**				
	F	**Sig.**	**t**	**df**	**Sig. (2-tailed)**	**Média (STD) Feminino**	**Média(STD) Masculino**
Impulso para adelgazar (EDI-2)	,580	,448	1,475	90	,144	10,49 (5,72)	8,66 (5,16)
Bulimia (EDI-2)	,623	,432	-1,332	90	,186	3,67 (4,52)	5,00 (4,32)
(Insatisfacción Corporal (EDI-2)	**,125**	**,725**	**2,101**	**90**	**,038**	13,21(7,00)	9,97(6,59)

(Sentimiento de Ineficacia (EDI-2)	1,663	,201	-,193	90	,847	8,52(6,94)	8,79(4,21)
Perfeccionismo (EDI-2)	,026	,872	-1,242	90	,217	8,11(4,12)	9,28(4,32)
Desconfianza Interpersonal (EDI-2)	3,602	,061	-1,254	90	,213	7,33(4,39)	8,66(5,31)
Conciencia Interoceptiva (EDI-2)	1,830	,179	1,492	90	,139	11,13(4,97)	9,38(5,73)
Miedo de Madurar (EDI-2)	1,112	,295	-1,730	90	,087	9,67(5,44)	12,17(8,28)
Ascetismo (EDI-2)	,081	,776	-1,206	90	,231	6,92(3,63)	7,90(3,55)
Regulación de los Impulsos (EDI-2)	,413	,522	-,621	90	,536	13,06(6,48)	13,93(5,63)
Inseguridad Social (EDI-2)	1,528	,220	-,148	90	,882	7,62	(4,95) 7,79(5,80)
Total EDI-2	,150	,699	-,473	90	,638	99,73	(16,50)101,52(17,62)

2.3.2.1. Análise comparativa por género para o EDI-2

No que diz respeito à variável dependente *"Impulso para emagrecer",* o teste revelou um valor de t = -8,614 (g.l. = 1241,602), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p =,000< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros (Tabela 28).

Em relação à variável dependente *"Bulimia"* o teste revelou um valor de t = 3,195 (g.l. = 1272,060), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p = ,001< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0), há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 28).

Com respeito à *"Insatisfação corporal",* verificou-se um valor de t = -7,296 (g.l. = 1272,060), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p = ,000< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 28).

Para a variável *"Sentimento de Ineficácia",* o teste de T-Student revelou um valor de t = -2,056 (g.l. = 1242,007), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,040< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, no que diz respeito à variável dependente *"Sentimento de ineficácia"* (Tabela 28).

O teste revelou um valor de t = -3,693 (g.l. = 1252,469), para a variável *"Consciência Interoceptiva"* tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,000 < α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 28).

Em relação à variável *"Regulação dos impulsos"* o teste revelou um valor de t = -2,736 (g.l. = 1212), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,006< α = 0.05, há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 28).

No que diz respeito à variável *"Insegurança Social"* apurou-se um valor de t = 2,793 (g.l. = 1229,808), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,005< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro

(tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente *"Insegurança Social"* (Tabela 28).

Relativamente ao valor total obtido através da escala EDI-2, verificou-se um valor de t = -3,111 (g.l. =656), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,002< α = 0.05, há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 28).

Tabela 28- Teste t-Student para as dimensões do instrumento EDI-2, para o género

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Impulso para adelgazar (EDI-2)	Equal variances assumed	74,067	,000	-8,518	1302	,000	-2,18104
	Equal variances not assumed			-8,614	1241,602	,000	-2,18104
Bulimia (EDI-2)	Equal variances assumed	14,192	,000	3,209	1322	,001	,48212
	Equal variances not assumed			3,195	1272,060	,001	,48212
Insatisfacción Corporal (EDI-2)	Equal variances assumed	70,803	,000	-7,118	1251	,000	-2,27158
	Equal variances not assumed			-7,296	1219,788	,000	-2,27158
Sentimiento de Ineficacia (EDI-2)	Equal variances assumed	3,051	,081	-2,035	1252	,042	-,47088
	Equal variances not assumed			-2,056	1242,007	,040	-,47088
Perfeccionismo (EDI-2)	Equal variances assumed	,038	,845	1,106	1312	,269	,22170
	Equal variances not assumed			1,106	1304,529	,269	,22170
Desconfianza Interpersonal (EDI-2)	Equal variances assumed	,135	,713	1,347	1297	,178	,27512
	Equal variances not assumed			1,346	1284,480	,178	,27512
Conciencia Interoceptiva (EDI-2)	Equal variances assumed	10,253	,001	-3,670	1253	,000	-,91991
	Equal variances not assumed			-3,693	1252,469	,000	-,91991
Miedo de Madurar (EDI-2)	Equal variances assumed	,282	,596	-,045	1278	,964	-,01289
	Equal variances not assumed			-,045	1268,239	,964	-,01289
Ascetismo	Equal variances assumed	,129	,719	,050	1245	,960	,00943

(EDI-2)	Equal variances not assumed			,050	1243,880	,960	,00943
Regulación de los Impulsos (EDI-2)	Equal variances assumed	1,283	,258	-2,736	1212	,006	-,82628
	Equal variances not assumed			-2,745	1210,434	,006	-,82628
Inseguridad Social (EDI-2)	Equal variances assumed	15,701	,000	2,807	1286	,005	,67695
	Equal variances not assumed			2,793	1229,808	,005	,67695
Total EDI-2	Equal variances assumed	4,859	,028	-3,111	656	,002	-5,87969
	Equal variances not assumed			-3,128	655,750	,002	-5,87969

2.3.2.2 Análise Comparativa por Idade EDI-2

Relativamente à variável *"Perfeccionismo"* medida pelo EDI-2, encontrou-se um valor do teste F de 3,473 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,002 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente (Tabela 29).

No que respeita aos grupos de idade de 16, 15 e 13 anos o valor médio de "*Perfeccionismo*" medido pelo EDI-2 foi de respectivamente 5,34 (N = 50) 5,58 (N = 133) e 5,73 (N = 235). Para a idade de 10 anos o valor médio foi de 7,04 (N = 155) (Tabela 29).

Tabela 29- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão "Perfeccionismo"

Student-Newman-Keuls[a,b]

Idade	**N**	**Subset for alpha = 0.05**	
		1	**2**
16,00	50	5,3400	
15,00	133	5,5789	

13,00	235	5,7277	
14,00	251	6,1036	6,1036
12,00	269	6,2491	6,2491
11,00	221	6,5068	6,5068
10,00	155		7,0387
Sig.		,078	,136

Com respeito à variável "*Desconfiança interpessoal"* medida pelo EDI-2 o valor do teste F foi de 4,782 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,000 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente. Relativamente aos grupos de idade, o grupo de 14 anos foi o grupo que apresentou um valor médio mais baixo ($\bar{x}$ =3,85; N = 245) e o grupo de 16 anos obteve uma média de 6,12 (N = 51) (Tabela 30).

Tabela 30- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão "Desconfiança Interpessoal"

Student-Newman-Keuls[a,b]

Idade	**N**	**Subset for alpha = 0.05**		
		1	**2**	**3**
14,00	245	3,8531		
15,00	129	4,8450	4,8450	
13,00	227	4,8811	4,8811	
10,00	156	4,9487	4,9487	
11,00	221		5,1267	5,1267
12,00	270		5,2222	5,2222

16,00	51			6,1176
Sig.		,060	,911	,062

Para a variável *"Consciência Interoceptiva"* medida pela EDI-2 foi encontrado um valor F de 3,037 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,006 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente.

No que diz respeito aos grupos de idade, o grupo dos 15 anos obteve os resultados mais baixos neste item, com uma média de 4,48 (N = 124) e o grupo dos 10 anos, os resultados mais elevados com um valor médio de 6,59 (N = 150) e logo uma maior incapacidade de reconhecer sentimentos e emoções, sobretudo no que diz respeito a sensações de fome e saciedade.

O *"Medo de amadurecer"* medido pelo EDI -2revelou um valor de teste F de 9,442 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,000 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente. Para o grupo de 15 anos foi encontrado um valor médio para esta variável de 6,77 (N = 132) e inferior às restantes idades. Para as idades de 14 e 16 foram encontrados respectivamente valores médios de 6,87 (N = 240) e 7,23 (N = 47). O valor médio mais elevado foi encontrado no grupo de 10 anos de idade sendo de 9,90 (N = 155), sendo este o grupo que apresenta um maior medo de amadurecer e da necessária independência que este processo requer.

Em relação ao valor global da escala EDI-2 encontrou-se um valor F de 3,373 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,003, inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das

médias da variável dependente. O grupo de idades onde se verificou um valor médio mais elevado na escala EDI-2 foi o grupo correspondente aos 10 anos com um valor médio de 59,95 (N=65). O grupo dos 14 anos de idade foi o que obteve o valor médio mais baixo 47,08 (N = 127).

2.3.3 Análise do Eating Attitude Test-25 (EAT-25)

A fidedignidade do instrumento de EAT-25 foi estudada através do coeficiente *Alfa de Cronbach* (Nunnaly, 1978), o qual na globalidade da nossa amostra foi de 0,810 (num total de 1434 casos). Os valores obtidos para o *alfa de Cronbach* estão representados na Tabela 20. O valor revelou-se superior ao valor de 0.80, podendo assim considerar-se que a consistência interna da escala é muito boa (Tabela 31)

Tabela 31- .Alfa de Cronbachpara as subescalas do EAT-25

Dimensões	Valor do Alfa	N.º itens
EAT-25	,810	25
Preocupação com a dieta	0.78	14
Comportamento Bulímico	0.82	8
Pressão Social para comer	076	3

No que diz respeito aos resultados obtidos pelo EAT-25, verificou-se um valor médio obtido para a escala total de $\overline{X}$ = 7,50 e um desvio padrão de 8,19 (Tabela 32). Segundo o género, obteve-se uma $\overline{X}$ = 6,72 e um desvio padrão de 7,415 para o género masculino e uma $\overline{X}$ = 8,19 e um desvio padrão de 8,77 para o género feminino.

Em relação às subescalas dos instrumentos, verificou-se na subescala "*Preocupação com dieta"* valores de resposta com uma $\overline{X}$ = 5,98 e um desvio padrão de 6,49; na subescala "*Comportamento bulímico"* apurou-se uma $\overline{X}$ =,788 e um desvio padrão de 1,96 e finalmente na subescala "*Pressão social para comer" obteve-se uma* $\overline{X}$ = ,732 e um desvio padrão de 1,66 (Tabela 32)

Tabela 32- Estatísticas descritivas para as variáveis do EAT-25

Descriptives

			Preocupação por la Dieta (EAT-25 aluno)	Comportamento Bulímico (EAT-25 aluno)	Presión Social para Comer (EAT - 25aluno)	Total EAT-25 (aluno)
Statistic	**Mean**		5,9809	,7882	,7325	7,5016
	95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	5,6219	,6796	,6408	7,0482
		Upper Bound	6,3399	,8969	,8242	7,9550
	Median		4,0000	,0000	,0000	5,0000
	Std. Deviation		6,48538	1,96253	1,65708	8,19095
	Minimum		,00	,00	,00	,00
	Maximum		41,00	20,00	9,00	62,00

No que diz respeito aos resultados das respostas ao EAT-25 segundo o ponto de corte estipulado (> 21) verificou-se que do total da amostra cerca de 7,29% (N = 54) das raparigas e 4,18% (N = 29) dos rapazes obtiveram pontuações superiores a 21 na escala total. No caso das alunas do género feminino a média foi de $\overline{X}$ = 30,611 e desvio padrão de 8.311 e no caso dos alunos do género masculino obteve-se uma média correspondente a $\overline{X}$ = 27,931 e desvio padrão de 8.803.

Na figura 7 gráfico de extremos e quartis para o total do EAT-25, podemos observar que a pontuação total tem valores para a quase

totalidade da amostra abaixo dos 25 pontos, apresentando *outliers* e valores extremos que parecem indiciar alguns distúrbios alimentares, nomeadamente os valores extremos representados por asteriscos.

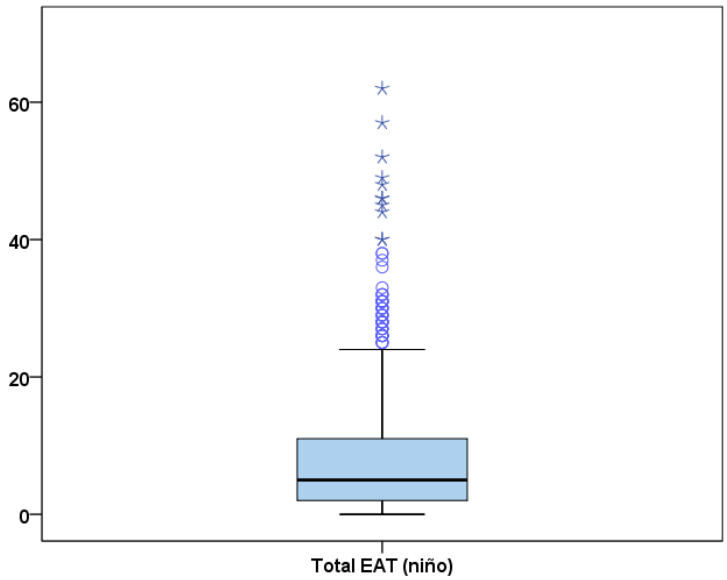


Figure 8- Gráfico de extremos e quartis para o total do EAT-25 (Garner & Garfinkel,1979).

2.3.3.1. Análise comparativa por género para o EAT-25 (Garner & Garfinkel, 1979)

O teste de T-*Student* para a comparação de dois grupos independentes, relativamente *ao "género",* obteve os valores apresentados nas seguintes tabela (Tabela 33).

O teste revelou um valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de < α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0) para as variáveis dependentes consideradas nomeadamente *"preocupação por dietas*", *"pressão Social para Comer*", Total EAT-25. Para estas dimensões observou-se que as raparigas apresentaram valores superiores aos registados para os rapazes (Tabela 33).

No correspondente à "*preocupação pela dieta*" o teste revelou um valor de t = -2,950 (g.l. =1307,115), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p= ,003< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 33).

Com respeito à "*Pressão social para comer",* verificou-se um valor de t = -3,490 (g.l. = 1380,156), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p =,000< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, de que não há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, no que diz respeito à variável dependente "*Pressão social para comer"* (Tabela 33).

Para o valor total da escala EAT-25, apurou-se um valor de t = -3,221 (g.l. = 1252,056), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p=,001< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 33).

Para as restantes variáveis não se observaram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 33- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento EAT-25 para o aluno, de acordo com o género.

	Levene's Test for Equality of Variances		**t-test for Equality of Means**				
	F	**Sig.**	**t**	**df**	**Sig. (2-tailed)**	**Mean (SD) Male**	**Mean (SD) Female**

Preocupação por Dietas (EAT-25 aluno)	Equal variances assumed	13,556	,000	-2,925	1309	,004	5,5081	6,5628
	Equal variances not assumed			-2,950	1307,115	,003	5,97706	6,96363
Comportamento Bulímico (EAT-25 aluno)	Equal variances assumed	6,534	,011	-1,598	1348	,110	,7399	,9138
	Equal variances not assumed			-1,611	1341,733	,107	1,81756	2,14725
Pressão Social para Comer (EAT-25 aluno)	Equal variances assumed	23,706	,000	-3,462	1383	,001	,5838	,8875
	Equal variances not assumed			-3,490	1380,156	,000	1,49676	1,74106
Total EAT-25 (aluno)	Equal variances assumed	9,681	,002	-3,187	1254	,001	6,7194	8,1901
	Equal variances not assumed			-3,221	1252,056	,001	7,41525	8,76538

2.3.3.2. Análise Comparativa por Idade EAT- 25 (Garner & Garfinkel, 1979)

A *"Preocupação pela dieta",* medida pelo EAT-25 de acordo com o respondido pelas crianças e adolescentes revelou um valor F de 3,036 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,006 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente. O grupo dos 15 anos obteve um valor médio nesta variável de 4,52 (N = 130) e o valor médio mais alto obtido, foi encontrado no grupo dos 11 anos 7,12 (N = 221), sendo este o grupo etário que apresentou uma mais elevada preocupação pela dieta.

2.3.4 Análise do Questionário de Influencias de Modelos Estéticos Corporais CIMEC-26

Em relação ao CIMEC-26 e no que diz respeito à fiabilidade da escala, foi apurado um *alfa de Cronbach de ,921* para a escala total. No

que diz respeito às respectivas subescalas do instrumento os resultados encontram-se na tabela que se segue (Tabela 34):

Tabela 34- Alfa de Cronbach para as subescalas do CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)

Dimensões	Valor do Alfa	N.º itens
CIMEC-26	,921	26
Preocupação com a Imagem corporal	,777	7
Influência de anúncios publicitários	,742	5
Influência de mensagens verbais	,467	3
Influência de modelos sociais	,545	2

No que diz respeito aos resultados obtidos pelo CIMEC-26, verificou-se um valor médio obtido para a escala total de $\overline{X}$ = 11,99 e desvio padrão de 10,65 (Tabela 35).

Em relação às subescalas do instrumento verificou-se na subescala "*Preocupação com a imagem corporal"* uma $\overline{X}$ = 3,87 e desvio padrão de 4,11. Para a subescala "*Influência de anúncios publicitários"* uma $\overline{X}$ = 2,71 e desvio padrão de 3,74. Para a subescala "*Influência de mensagens verbais"* $\overline{X}$ = 1,28 e desvio padrão de 1,71, na subescala "*Influência de modelos sociais"* $\overline{X}$ = 2,62 e desvio padrão de 1,88 e finalmente na subescala "*Influência de situações sociais"* $\overline{X}$ = 1,50 e desvio padrão de 1,47 (Tabela 35).

Tabela 35- Estatísticas descritivas para as variáveis do CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005).

		Preocupação Imagen Corporal (CIMEC-26 aluno)	Influência de los Anuncios (CIMEC-26 aluno)	Influência de Mensajes Verbales (CIMEC-26 aluno)	Influência de Modelos Sociales (CIMEC-26 aluno)	Influência de Situaciones Sociales (CIMEC-26 aluno)	Total CIMEC-26 (aluno)
Mean		3,8735	2,7129	1,2814	2,6237	1,4964	11,9878
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	3,6438	2,5041	1,1858	2,5189	1,4141	11,3928
	Upper Bound	4,1032	2,9217	1,3771	2,7285	1,5786	12,5829
Median		2,0000	1,0000	1,0000	2,0000	1,0000	8,0000
Std. Deviation		4,11071	3,73757	1,71163	1,87546	1,47221	10,65047
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		44,00	22,00	22,00	8,00	21,00	52,00

Em relação aos resultados das respostas obtidas no CIMEC-26 segundo o ponto de corte estipulado (≥ 17) verificou-se que do total da amostra cerca de 28,74% (N = 213) das raparigas e 16,45% (N = 114) dos rapazes obtiveram pontuações superiores a 17 na escala total. No caso das alunas do género feminino a média foi de $\overline{X}$ = 27,108 e no caso dos alunos do género masculino obtiveram-se valores de $\overline{X}$ = 27,763 e um desvio padrão de 6.933 (Tabela 36).

Tabela 36- Estatísticas descritivas para a dimensão do Instrumento CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005) considerando o ponte corte ≥ 17 na totalidade da amostra.

		Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Total (aluno)	**CIMEC-26**	Feminino	213	27,1080	7,30356	,50043
		Masculino	114	27,7632	6,93370	,64940

Quando analisados os resultados por idade verificou-se que no grupo de 10 anos 2,16% (N = 31) obtiveram valores superiores a 17 na escala total com uma $\overline{X}$ = 29,19 e um desvio padrão de 9.293 (Tabela 37).

Em relação ao grupo dos 11 anos 3,28% (N = 47), obtiveram resultados acima de 17 na escala, uma $\overline{X}$ = 27,17 e um desvio padrão de 7.197 (Tabela 37).

No grupo dos 12 anos verificou-se que 5,02% (N = 72) com $\overline{X}$ = 27,14 e um desvio padrão de 6.685, obtiveram valores superiores a 17 na escala total da prova. (Tabela 37).

No grupo dos 13 anos foram cerca de 4,3% (N = 61) com uma média de $\overline{X}$ = 27,15 e um desvio padrão de 6.896 (Tabela 35). Obtiveram valores superiores a 17 na escala total, no grupo dos 14 anos cerca de 4,8% (N = 69) com $\overline{X}$ = 27,14 e um desvio padrão de 6.685 (Tabela 37).

No grupo de 15 anos foram cerca de 2,44% % (N = 35) com uma média foi de $\overline{X}$ = 28,343 e o desvio padrão de 7.825, enquanto na idade de 16 anos os resultados obtidos foram de 0,84% (N = 12) com valores de $\overline{X}$ = 28,333 e desvio padrão de 9.461 (Tabela 37).

Tabela 37- Estatísticas descritivas para o CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)

Total CIMEC-26 (aluno)

					Intervalo de confiança de 95% para média			
	N	**Média**	**Desvio Padrão**	**Erro Padrão**	**Limite inferior**	**Limite superior**	**Mínimo**	**Máximo**
10,00	31	29,1935	9,29308	1,66909	25,7848	32,6023	18,00	52,00

11,00	47	27,1702	7,19698	1,04979	25,0571	29,2833	18,00	46,00
12,00	72	27,1389	6,68466	,78779	25,5681	28,7097	18,00	45,00
13,00	61	27,1475	6,89646	,88300	25,3813	28,9138	18,00	47,00
14,00	69	26,3043	6,03008	,72594	24,8558	27,7529	18,00	40,00
15,00	35	28,3429	7,82508	1,32268	25,6548	31,0309	19,00	47,00
16,00	12	28,3333	9,46124	2,73123	22,3219	34,3447	20,00	49,00
Total	327	27,3364	7,17293	,39666	26,5560	28,1167	18,00	52,00

2.3.4.1. Análise comparativa por género para o CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)

O teste de T-Student para a comparação de dois grupos independentes, relativamente ao instrumento CIMEC-26 e de acordo com o género, obteve os valores apresentados na (Tabela 38).

Podemos concluir, para as restantes variáveis que a probabilidade de significância foi <α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H_0), há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, para as dimensões do instrumento *"Preocupação com a Imagem Corporal"*, "*Influência de Anúncios",* "*Influência de Mensagens Verbais*", *"Influência de Modelos Sociais*", "*Influência de Situações Sociais"*, Total CIMEC-26 (Tabela 38).

Analisando a variável "*Influência dos anúncios*", infere-se um valor de t = -4,043 (g.l. = 1336,492), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p=,000< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, no que concerne à variável dependente *"Influência dos anúncios"* (Tabela 38).

Para a variável *"influência das mensagens verbais",* o teste revelou um valor de t = -6,096 (g.l. = 1365,493), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p,000< α = 0.05, há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 38).

O teste T- Student revelou um valor de t = -4,639 (g.l. = 1370), para a variável "*Influência dos modelos sociais*" tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p,000 < α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que não há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, no que diz respeito à variável dependente (Tabela 38).

No correspondente à *"Influência de situações sociais"* o teste revelou um valor de t = -3,072 (g.l. =1347), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p ,002< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, no que diz respeito à variável dependente *"Influência de situações sociais"* (Tabela 38).

Para o valor total da escala CIMEC-26, apurou-se um valor de t = -7,594 (g.l. = 1230,902), tendo o valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de p ,000< α = 0.05, logo rejeitamos a hipótese nula (H0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas entre o grupo de indivíduos de ambos os géneros, relativamente à variável dependente (Tabela 38).

Tabela 38- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento CIMEC-26 de acordo com o género

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Mean (SD) Male	Mean (SD) Female
Preocupação Imagem Corporal (CIMEC-26 aluno)	Equal variances assumed	32,971	,000	-9,764	1344	,000	-2,12334	2,8383	4,9616
	Equal variances not assumed			-9,857	1323,610	,000	-2,12334	3,52189	4,36608
Influência de Anúncios (CIMEC-26)	Equal variances assumed	11,839	,001	-4,030	1337	,000	-,83286	2,3876	3,2205
	Equal variances not assumed			-4,043	1336,492	,000	-,83286	3,59371	3,94319
Influência de Mensagens Verbais (CIMEC-26)	Equal variances assumed	10,367	,001	-6,046	1379	,000	-,55569	1,0712	1,6269
	Equal variances not assumed			-6,096	1365,493	,000	-,55569	1,53248	1,85091
Influência de Modelos Sociais (CIMEC-26)	Equal variances assumed	2,355	,125	-4,639	1370	,000	-,47267	2,4490	2,9217
	Equal variances not assumed			-4,633	1352,541	,000	-,47267	1,91374	1,85904
Influência de Situações Sociais (CIMEC-26)	Equal variances assumed	,965	,326	-3,072	1347	,002	-,24749	1,4059	1,6534
	Equal variances not assumed			-3,090	1341,035	,002	-,24749	1,36316	1,57696
Total CIMEC-26	Equal variances assumed	11,882	,001	-7,577	1231	,000	-4,49675	9,6683	14,1651
	Equal variances not assumed			-7,594	1230,902	,000	-4,49675	10,02064	10,77147

2.3.4.2 Análise Comparativa por Idade CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005)

Finalmente e no que diz respeito à variável *"Influência dos modelos sociais"* medida pelo CIMEC-26, foi encontrado um valor F de 4,711 e o valor da probabilidade de significância foi de p =,000 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias da variável dependente *"Influência dos modelos sociais"*. Verificaram-se

diferenças entre os grupos de idades, tendo o grupo dos 11 anos com um valor médio de 2,32 (N = 236). O grupo dos 15 anos foi o que apresentou uma média mais baixa apurando-se o valor médio de 3,03 (N = 135) (Tabela 37).

2.3.5 Análise do Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)

A fidedignidade do CAPS (Flett & Hewitt, 1990), foi estudada através do coeficiente *Alfa de Cronbach* (Nunnaly, 1978) o qual, na globalidade da nossa amostra foi de ,865. Os valores obtidos para o *alfa de Cronbach* estão representados na tabela que se segue (Tabela 39). O valor revelou uma consistência interna da escala considerada *Muito Boa.*

Tabela 39- Alfa de Cronbach para as subescalas do CAPS (Flett & Hewitt, 1990)

Dimensões	Valor do Alfa	N.º itens
CAPS	,865	22
Perfeccionismo auto-orientado	,764	12
Perfeccionismo prescrito socialmente	,803	10

No que diz respeito aos resultados das respostas ao CAPS, para a escala total verificou-se um valor médio obtido de $\overline{X}$ = 66,06 e um desvio padrão de 14,84. Para o género masculino, obteve-se uma $\overline{X}$ = 65,56 e um desvio padrão de 16,28. Para o género feminino, obteve-se uma $\overline{X}$ = 66,52 e um desvio padrão de 13,44 No que se refere às

subescalas, verificou-se para a subescala *Perfeccionismo Auto-Orientado* uma $\overline{X}$ = 37,30 e um desvio padrão de 8,22 e para a subescala *Perfeccionismo Prescrito Socialmente* uma $\overline{X}$ = 28,75 e um desvio padrão de 8,22 (Tabela 40).

Tabela 40- Estatísticas descritivas para as variáveis do CAPS (Flett & Hewitt, 1990)

		Perfeccionismo Autoorientado (CAPS aluno)	Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS aluno)	Perfeccionismo total (CAPS aluno)
Mean		37,2893	28,6948	65,9840
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	36,8092	28,2278	65,1278
	Upper Bound	37,7693	29,1618	66,8403
Median		37,0000	29,0000	66,0000
Std. Deviation		8,21350	7,99006	14,65063
Minimum		12,00	7,00	19,00
Maximum		60,00	50,00	110,00

Em relação aos resultados das respostas obtidas no CAPS segundo o ponto de corte estipulado (≥ 17) verificou-se que do total da amostra cerca de 28,74% (N = 213) das raparigas e 16,45% (N = 114) dos rapazes obtiveram pontuações superiores a 17 na escala total.

Quando analisados os resultados por idade verificou-se que no grupo de 10 anos 2,16% (N = 31) obtiveram valores superiores a 17 na escala total com uma $\overline{X}$ = 29,19 e um desvio padrão de 9.293 (Tabela 41).

Para o género masculino e de acordo com a idade para as várias dimensões do CAPS verificou-se que, no que diz respeito ao *"perfeccionismo auto- orientado"* a idade que pontuou mais alto foi a dos 11 anos com uma $\overline{X}$ =38,37 e um desvio padrão de 8,32 (Tabela 41).

Os 12, 13 e 14 anos pontuaram respectivamente $\overline{X}$ =37,47 e um desvio padrão de 8,29; $\overline{X}$ =37,29 e um desvio padrão de 8,12 e $\overline{X}$ =37,86 e um desvio padrão de 8,3 (Tabela 41).

As idades que pontuam mais baixo nesta dimensão, foram os 10 com uma $\overline{X}$ = 36,91 e um desvio padrão de 9,59 os 15 anos com uma $\overline{X}$ =36,45 e um desvio padrão de 7,02 e finalmente os 16 anos com uma $\overline{X}$ =35,86 e um desvio padrão de 9,26 (Tabela 41).

Tabela 41- Estatísticas descritivas para o género masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo autoorientado, de acordo com a idade

Género: Masculino

			Perfeccionismo Autoorientado (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
Estatística	Média		36,9074	38,3678	37,4653	37,2917	37,8571	36,4516	35,8571
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	34,2903	36,5935	35,8282	35,6461	36,3034	34,6697	31,6401
		Limite superior	39,5245	40,1421	39,1025	38,9372	39,4109	38,2335	40,0742
	5% da média aparada		36,7510	38,3014	37,5396	37,1620	37,8869	36,7168	35,6270
	Mediana		36,0000	37,0000	37,0000	37,0000	38,0000	37,0000	35,0000
	Desvio Padrão		9,58826	8,32496	8,29285	8,12134	8,29833	7,01679	9,26437
	Mínimo		18,00	20,00	20,00	18,00	20,00	17,00	20,00
	Máximo		60,00	60,00	56,00	58,00	60,00	50,00	56,00

Para o género masculino, de acordo com a idade para a dimensão *"Perfeccionismo prescrito socialmente"* verificou-se que as idades que obtiveram resultados mais altos foram os 11 e os 13 anos, com uma $\overline{X}$ =29,85 e um desvio padrão de 7,83 e $\overline{X}$ =29,76 e um desvio padrão de 10,23 respectivamente (Tabela 42).

As restantes idades obtiveram médias entre os $\overline{X}$ =28,16 e $\overline{X}$ =28,97 (Tabela 42).

Tabela 42- Estatísticas descritivas para o género masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo prescrito socialmente, de acordo com a idade

Género: Masculino

			Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
Estatística	Média		28,6111	29,8506	28,1584	29,7604	28,9732	28,8548	28,2381
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	26,3588	28,1814	26,5251	27,6873	27,6150	27,0522	24,8810
		Limite superior	30,8634	31,5198	29,7918	31,8336	30,3315	30,6575	31,5952
	5% da média aparada		28,6173	29,8723	28,0440	29,1759	28,9524	28,7760	28,1058
	Mediana		29,0000	31,0000	28,0000	30,0000	30,0000	29,0000	28,0000
	Desvio Padrão		8,25174	7,83185	8,27373	10,23178	7,25403	7,09848	7,37499
	Mínimo		14,00	10,00	10,00	12,00	13,00	10,00	14,00
	Máximo		45,00	50,00	48,00	94,00	47,00	46,00	45,00

Para o *"perfeccionismo total"* no género masculino e segundo as idades, os resultados estatísticos mostram que a idade que pontuou mais alto corresponde aos 11 anos com uma $\overline{X}$=68,21 e um desvio padrão de 14,84 seguindo-se os 13 anos com $\overline{X}$=67,05 e um desvio padrão de 17,01. A idade que se verificou apresentar resultados mais baixos corresponde aos 16 anos com uma $\overline{X}$=64,1 e um desvio padrão de 15,68 (Tabela 43).

Tabela 43- Estatísticas descritivas para o genero masculino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo total, de acordo com a idade

Género: Masculino

			Perfeccionismo total (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
Estatística	Média		65,5185	68,2184	65,6238	67,0521	66,8304	65,3065	64,0952
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	60,9723	65,0558	62,6723	63,6066	64,1373	62,1689	56,9588
		Limite superior	70,0647	71,3810	68,5752	70,4976	69,5234	68,4440	71,2316
	5% da média aparada		65,3827	68,2292	65,5820	66,3657	66,8492	65,2061	63,7249
	Mediana		64,5000	69,0000	65,0000	67,0000	67,5000	66,0000	63,0000
	Desvio Padrão		16,65606	14,83900	14,95049	17,00487	14,38273	12,35485	15,67771
	Mínimo		32,00	30,00	32,00	34,00	33,00	37,00	34,00

	Máximo	102,00	110,00	102,00	146,00	103,00	94,00	101,00

No que corresponde ao género feminino verificamos que para a dimensão "*perfeccionismo auto-orientado", a* idade onde foram obtidas pontuações mais elevadas foi a dos 16 anos com uma $\overline{X}$ = 39,45 e um desvio padrão de 6.29, seguindo-se os 11 anos com uma $\overline{X}$ = 38,93 e um desvio padrão de 8.73 (Tabela 44).

As idades dos 12 e 15 anos obtiveram respectivamente uma $\overline{X}$ = 37,43 e um desvio padrão de 7.49 e $\overline{X}$ = 37,02 e um desvio padrão de 9.24. Os 10, 13 e 14 anos foram as idades que obtiveram médias mais baixas, tal como consta da (Tabela 44).

Tabela 44- Estatísticas descritivas para o genero feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo autoorientado, de acordo com a idade.

Género: Feminino

			Perfeccionismo Autoorientado (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	**11,00**	**12,00**	**13,00**	**14,00**	**15,00**	**16,00**
Estatística	**Média**		36,9241	38,9255	37,4275	36,2982	36,0594	37,0213	39,4545
	95% Intervalo de Confiança para Média	**Limite inferior**	35,0960	37,1374	36,1672	34,7630	34,4851	34,3078	36,4266
		Limite superior	38,7521	40,7137	38,6878	37,8335	37,6337	39,7348	42,4825
	5% da média aparada		36,9170	38,9917	37,4509	36,3382	36,1216	36,8251	39,4495
	Mediana		36,0000	39,5000	38,0000	36,0000	36,0000	37,0000	41,0000
	Variância		66,610	76,220	56,057	68,459	63,596	85,413	46,641
	Desvio Padrão		8,16147	8,73042	7,48711	8,27399	7,97474	9,24189	6,82940
	Mínimo		16,00	19,00	19,00	16,00	12,00	19,00	27,00
	Máximo		55,00	55,00	56,00	58,00	55,00	58,00	52,00

No que se refere à dimensão "*perfeccionismo prescrito socialmente"*, e de acordo com as pontuações obtidas pelo género feminino, verifica-se que, os 11 anos foi a idade que obteve pontuações mais elevadas

com uma $\overline{X}$ = 30,29 e um desvio padrão de 8.24, seguindo-se os 16 anos com uma $\overline{X}$ = 29,23 e um desvio padrão de 8.25 (Tabela 45).

Os 12 e os 15 anos de idade, obtiveram médias idênticas e correspondentes a $\overline{X}$ = 28,82 e um desvio padrão de 8,23 e $\overline{X}$ = 28,87 e um desvio padrão de 8,33 respectivamente (Tabela 45).

Os 10, 13 e 14 anos obtiveram médias de $\overline{X}$ = 28,56 e um desvio padrão de 8.38, $\overline{X}$ = 27,86 e um desvio padrão de 7.690 e $\overline{X}$ = 26,80 e um desvio padrão de 8.25, respectivamente (Tabela 45).

Tabela 45- . Estatísticas descritivas para o género feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo prescrito socialmente, de acordo com a idade

Género: Feminino

			Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
Estatística	Média		28,5570	30,2872	28,8188	27,8596	26,8020	28,8723	29,2273
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	26,6810	28,6002	27,4339	26,4328	25,1325	26,4253	25,5713
		Limite superior	30,4329	31,9742	30,2038	29,2865	28,4715	31,3194	32,8833
	5% da média aparada		28,5492	30,3345	28,8696	27,7953	26,6804	28,7565	29,5808
	Mediana		29,0000	30,5000	29,0000	28,5000	26,0000	30,0000	30,0000
	Desvio Padrão		8,37540	8,23659	8,22781	7,68964	8,45697	8,33436	8,24582
	Mínimo		13,00	11,00	10,00	12,00	7,00	13,00	13,00
	Máximo		46,00	47,00	46,00	46,00	47,00	47,00	39,00

O *"perfeccionismo total"*, de acordo com as pontuações obtidas pelo género feminino, obteve pontuação mais alta na idade dos 11 anos com uma $\overline{X}$ = 69,21 e um desvio padrão de 15,73 seguido dos 16 anos cuja $\overline{X}$ = 68,68 e o desvio padrão de 12,38 (Tabela 46).

A média mais baixa verificou-se nas crianças e adolescentes do género feminino com 14 anos com uma $\overline{X}$ = 62,86 e um desvio padrão de 14,63 (Tabela 46).

As restantes faixas etárias obtiveram médias que de situaram entre $\overline{X}$ = 6,16 e $\overline{X}$ = 66,25 (Tabela 46).

Tabela 46- Estatísticas descritivas para o género feminino das respostas obtidas no CAPS para a dimensão perfeccionismo total, de acordo com a idade

Género: Feminino

			Perfeccionismo total (CAPS aluno)						
			Idade						
			10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	16,00
Estatística	Média		65,4810	69,2128	66,2464	64,1579	62,8614	65,8936	68,6818
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	62,1749	65,9916	63,9542	61,5203	59,9731	61,2929	63,1944
		Limite superior	68,7872	72,4339	68,5386	66,7955	65,7497	70,4943	74,1693
	5% da média aparada		65,4508	69,3983	66,4018	64,1725	63,0468	65,7801	69,0404
	Mediana		67,0000	71,0000	66,5000	65,0000	65,0000	66,0000	71,0000
	Desvio Padrão		14,76036	15,72675	13,61719	14,21490	14,63081	15,66946	12,37658
	Mínimo		32,00	30,00	34,00	32,00	19,00	33,00	40,00
	Máximo		101,00	102,00	94,00	98,00	99,00	103,00	91,00

2.3.5.1 Análise comparativa por género para o CAPS (Flett & Hewitt, 1990)

O teste de T-Student para a comparação de dois grupos independentes, relativamente ao instrumento CAPS e de acordo com o género, obteve os valores apresentados na tabela 47.

O teste revelou um valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de > α = 0.05, logo não rejeitamos a hipótese nula (H_0) para as variáveis dependentes consideradas nomeadamente

"*perfeccionismo auto orientado"*; "*perfeccionismo prescrito socialmente"* e *"perfeccionismo total"* (Tabela 47).

Tabela 47- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento CAPS de acordo com o género

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean (SD) Male	Mean (SD) Female
Perfeccionismo Autoorientado (CAPS aluno)	Equal variances assumed	,103	,748	1,030	1232	,303	37,5811	37,1012
	Equal variances not assumed			1,029	1220,868	,303	8,23637	8,11908
Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS aluno)	Equal variances assumed	1,942	,164	,767	1254	,443	28,9130	28,5623
	Equal variances not assumed			,767	1244,968	,443	8,05316	8,13863
Perfeccionismo total (CAPS aluno)	Equal variances assumed	,000	,988	,847	1126	,397	66,4503	65,7008
	Equal variances not assumed			,845	1103,247	,398	15,09917	14,60114

2.3.5.2. Análise Comparativa por Idade CAPS (Flett & Hewitt, 1990)

Aplicou-se uma análise de variância ANOVA one way, tendo sido realizado o teste para a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) cuja estatística revelou-se favorável à aplicação desta técnica multivariada. São apresentados os resultados do teste de ANOVA na tabela 48. O valor do teste *F* e o valor da probabilidade de significância foi de *p* superior ao valor de $\alpha = 0.05$, na maioria das dimensões concluindo-se que não há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias.

Tabela 48- ANOVA One Way para o instrumento CAPS , considerando a variável de agrupamento idade

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Perfeccionismo Autoorientado (CAPS)	Between Groups	468,955	6	78,159	1,170	,320
	Within Groups	81948,485	1227	66,788		
	Total	82417,440	1233			
Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS)	Between Groups	269,541	6	44,923	,684	,662
	Within Groups	82004,421	1249	65,656		
	Total	82273,962	1255			
Perfeccionismo total (CAPS)	Between Groups	1705,818	6	284,303	1,294	,257
	Within Groups	246376,775	1121	219,783		
	Total	248082,592	1127			

2.3.6 Análise do Social Support Appraisal (SSA)

No que diz respeito à análise da fiabilidade do SSA e relativamente à escala total, foi encontrado um *alfa de Cronbach de* .886.

No que diz respeito às respectivas subescalas, do instrumento os resultados encontram-se na tabela que se segue (Tabela 49):

Tabela 49- Alfa de Cronbach para as subescalas do SSA

	Valor do Alfa	N.º itens
Escala Total	.886	23
Apoio da Família	.805	8
Apoio dos Amigos	.697	7
Apoio das pessoas em geral	,786	8

No que corresponde aos resultados das respostas à SSA para a escala total verificou-se um valor médio obtido para a escala total de $\overline{X}$ = 73,24 e desvio padrão de 8,76.

No que concerne ao apoio social percebido e ainda no que à escala total diz respeito, verificou-se que do total da amostra estão abaixo do ponto de corte estipulado 72,22 cerca de 40,31% (N = 578) dos alunos, tendo um valor de média de $\overline{X}$ = 65,39 e um desvio padrão de 6,30 com um intervalo de confiança 95% com valores entre 64,89 e 65,91. O valor mínimo obtido foi 27 pontos e o máximo 72. A distribuição revelou-se assimétrica negativa, revelando vários *outliers* compreendidos entre os valores de 27 e 50. (Tabela 50).

Tabela 50- Estatísticas descritivas para o Instrumento SSA considerando o ponto de corte 72,22 para a escala total

SSA_Tot <= 72.22 (FILTER)		ApoioSocial total escala (SSA aluno)
Mean		65,3997
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	64,8853
	Upper Bound	65,9140
Median		67,0000
Std. Deviation		6,29553
Minimum		27,00
Maximum		72,00

Em relação à análise por géneros (t = - 0,361; gl = 576; *p* = ,719) e por idades ($F_{(6,571);0,95}$ = 1,232; *p* = ,288), não se observaram diferenças, dentro deste grupo cujo apoio social total percebido é sentido como

mais baixo e verificou-se uma homogeneidade no que diz respeito ao valor da média (Tabela 51).

Tabela 51- Estatísticas descritivas para o instrumento SSA considerando o ponto de corte ≤21,24 para a dimensão "*Apoio Social Amigos"*

SSA_A <= 21.24 (FILTER)		ApoioSocial Amigos (SSA aluno)
Mean		18,9986
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	18,8368
	Upper Bound	19,1605
Median		20,0000
Std. Deviation		2,22435
Minimum		7,00
Maximum		21,00

Quando analisados os resultados por idade e no que diz respeito à totalidade da escala, verificou-se que no grupo de 10 anos obteve-se uma $\overline{X}$ = 64,56 e um desvio padrão de 6,73. No que diz respeito aos 11 anos a média foi de $\overline{X}$ = 66,37 e o desvio padrão de 6,28 (Tabela 52).

Para a idade dos 12 anos, a média foi de $\overline{X}$ = 65,08 e o desvio padrão de 6,79. No grupo dos 13 anos, a média foi de $\overline{X}$ = 65,57 e o desvio padrão de 5,83. Para os 14 anos de idade apurou-se uma $\overline{X}$ = 65,16 e um desvio padrão de 6,03. Para os 15 anos a média foi de $\overline{X}$ = 66,09 e o desvio padrão de 5,09. Os 11 e os 15 anos foram as idades em que o apoio social percebido (escala total) obteve pontuações mais altas (Tabela 52).

Finalmente para os 16 anos uma $\overline{X}$ = 63,25 e um desvio padrão de 8,74, sendo esta a idade em que o apoio social percebido se verificou mais baixo (Tabela 52).

Tabela 52- Estatísticas descritivas para o Instrumento SSA considerando a idade para a Escala Total

			Idade						
			10,00	**11,00**	**12,00**	**13,00**	**14,00**	**15,00**	**16,00**
ApoioSocial total escala (SSA aluno)	**Mean**		64,5577	66,3711	65,0796	65,5727	65,1638	66,0909	63,2500
	95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	62,6837	65,1053	63,8140	64,4719	64,0555	64,8398	59,5599
		Upper Bound	66,4317	67,6369	66,3453	66,6736	66,2720	67,3420	66,9401
	Median		67,0000	68,0000	67,0000	67,0000	66,0000	67,0000	66,0000
	Std. Deviation		6,73129	6,28046	6,79041	5,82538	6,02595	5,08914	8,73897
	Minimum		38,00	34,00	27,00	36,00	36,00	46,00	41,00
	Maximum		72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00

No que diz respeito ao apoio percebido por parte da família, verificou-se que do total da amostra 42,33% (N = 607) dos participantes estão abaixo do ponto de corte estipulado 27,04 tendo um valor de média de $\overline{X}$ = 23,39 e um intervalo de confiança para a média 95% compreendido entre 23,68 e 24,11 e um desvio padrão de 2,77. O valor mínimo obtido foi 11 pontos e o máximo 27. A distribuição revelou-se assimétrica negativa, revelando vários *outliers* e valores extremos com pontuações inferiores ao valor 15 (Tabela 53).

Tabela 53- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão dimensão *"Apoio Social Família"*

SSA_F <= 27.04 (FILTER)		ApoioSocial Familia (SSA aluno)
Mean		23,8962
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	23,6752
	Upper Bound	24,1173
Median		24,0000
Std. Deviation		2,77318
Minimum		11,00
Maximum		27,00

No que diz respeito ao *"apoio percebido por parte dos amigos",* verificou-se que do total da amostra 50,8% (N = 728) dos participantes estão abaixo do ponto de corte estipulado 21,24 tendo um valor de média de $\overline{X}$ = 18,99 e um intervalo de confiança para a média 95% compreendido entre 18,836 e 19,161 e um desvio padrão de 2,22. O valor mínimo obtido foi 7 pontos e o máximo 21. A distribuição revelou-se assimétrica negativa, revelando vários *outliers* e valores extremos com pontuações inferiores ao valor 15 (Tabela 54).

Tabela 54- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão *"Apoio Social Amigos*

SSA_A <= 21.24 (FILTER)		ApoioSocial Amigos (SSA aluno)
Mean		18,9986
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	18,8368
	Upper Bound	19,1605

Median	20,0000
Std. Deviation	2,22435
Minimum	7,00
Maximum	21,00

Em relação à análise por géneros (t = - 0,750; gl = 722; *p* = ,454) e por idades ($F_{(6,721);0,95}$ = 1,942; *p* = ,072), não se observaram diferenças, dentro deste grupo cujo apoio social por parte dos amigos é sentido como mais baixo (Tabela 55).

Em relação ao *"apoio percebido por parte de outros significativos"*, verificou-se que do total da amostra 724 (N = 50,49) participantes estão abaixo do ponto de corte estipulado 21,24 tendo um valor de média de $\overline{X}$ = 21,55 e um intervalo de confiança para a média 95% compreendido entre 21,36 e 21,75 e um desvio padrão de 2,70. O valor mínimo obtido foi 9 pontos e o máximo 24. A distribuição revelou-se assimétrica negativa, revelando alguns *outliers* com valores compreendidos entre 9 e 14 (Tabela 55).

Tabela 55- Estatísticas descritivas para o SSA considerando a dimensão "Apoio Social Gente Geral"

SSA_G <= 24.19 (FILTER)		**ApoioSocial Gente-Geral (SSA aluno)**
Mean		21,5552
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	21,3582
	Upper Bound	21,7523
Median		22,0000

Std. Deviation	2,70106
Minimum	9,00
Maximum	24,00

Em relação à análise por géneros (t = - 0,750; gl = 722; *p* = ,454) e por idades ($F_{(6,717);0,95}$ = ,534; *p* = ,782), não se observaram diferenças, dentro deste grupo cujo apoio social por parte da família é sentido como mais baixo.

2.3.6.1. Análise comparativa por género para o SSA

O teste de T-Student para a comparação de dois grupos independentes, relativamente ao instrumento CAPS e de acordo com o género, obteve os valores apresentados na tabela 56.

O teste revelou um valor de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de > α = 0.05, logo não rejeitamos a hipótese nula (H_0) para as variáveis dependentes consideradas nomeadamente *"Apoio Social Família*"; *"Apoio Social Gente- Geral*"; *"Apoio Social escala total"* (Tabela 56).

A variável "*apoio social dos amigos"* revelou diferenças para os géneros reflectindo um valor médio mais elevado nas raparigas (Tabela 56).

Tabela 56- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento SSA para o aluno, de acordo com o género

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Mean (SD) Male	Mean (SD) Female
Apoio Social Amigos (SSA)	Equal variances assumed	,012	,914	-3,823	1296	,000	-,67008	20,8336	21,5037
	Equal variances not assumed			-3,817	1275,360	,000	-,67008	3,21049	3,10099
Apoio Social Familia (SSA)	Equal variances assumed	,332	,565	,200	1335	,841	,04085	27,2406	27,1997
	Equal variances not assumed			,200	1325,542	,841	,04085	3,70065	3,74891
Apoio Social Gente-Geral (SSA)	Equal variances assumed	,160	,690	-,850	1315	,395	-,18006	24,0851	24,2651
	Equal variances not assumed			-,849	1288,599	,396	-,18006	3,90821	3,77300
Apoio Social total escala (SSA)	Equal variances assumed	,074	,786	-1,461	1209	,144	-,74827	72,2815	73,0297
	Equal variances not assumed			-1,462	1195,777	,144	-,74827	8,86952	8,92080

2.3.6.2. Análise Comparativa por Idade SSA

Da aplicação do teste de ANOVA ao instrumento SSA aplicado aos alunos, os resultados encontram-se registados na Tabela 57.

Para a variável *"Apoio social por parte da família"* medida pelo SSA o valor do teste F =8,880 e o valor da probabilidade de significância foi de *p* =,000 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), conclui-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias (Tabela 57).

Tabela 57- ANOVA One Way para o instrumento SSA , considerando a variável de agrupamento idade

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ApoioSocial Amigos (SSA)	Between Groups	91,584	6	15,264	1,522	,167
	Within Groups	12943,409	1291	10,026		
	Total	13034,993	1297			
ApoioSocial Familia (SSA)	Between Groups	713,928	6	118,988	8,880	<,001
	Within Groups	17820,862	1330	13,399		
	Total	18534,790	1336			
ApoioSocial Gente-Geral (SSA aluno)	Between Groups	59,337	6	9,889	,671	,673
	Within Groups	19317,014	1310	14,746		
	Total	19376,351	1316			
ApoioSocial total escala (SSA)	Between Groups	888,875	6	148,146	1,878	,081
	Within Groups	94972,234	1204	78,881		
	Total	95861,110	1210			

Relativamente ao grupo de idade de 16 anos o valor médio do apoio social foi de 25,59 (N = 51) e inferior às restantes idades. Para as idades de 10 e 11 anos de idade com valores de média foram de $\overline{X}$ = 28,31 (N = 160) e $\overline{X}$ = 28,10 (N = 231) (Tabela 55). Para as restantes idades, os resultados encontram-se dispostos na tabela que se segue (Tabela 58).

Tabela 58- Post-Hoc para a comparação de dois grupos na dimensão "Apoio Social Família"
Rupos

Idade	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
16,00	51	25,5882		
15,00	133	26,4962	26,4962	
14,00	247	26,5263	26,5263	
13,00	243		26,9630	
12,00	272		27,3456	27,3456
11,00	231			28,1039

10,00	160			28,3063
Sig.		,080	,208	,071

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 141,283.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

2.3.7. Análise da Self Perception Profile for Children (SPPC)

No que diz respeito à análise da fiabilidade SPPC e relativamente à escala total, foi encontrado um *alfa de Cronbach de* ,857.

No que diz respeito às respectivas subescalas do instrumento os resultados encontram-se na tabela que se segue (Tabela 59):

Tabela 59- Alfa de Cronbach para as subescalas do SPPC

	Valor do Alfa	**N.º itens**
Competência Escolar	,780	6
Aceitação Social	,584	6
Competência Atlética	,717	6
Aparência Física	,792	6
Comportamento	,721	6
Auto-Estima Global	,730	6

No que diz respeito aos resultados das respostas à SPPC verificou-se um valor médio obtido de $\overline{X}$ = 18,21 e desvio padrão de 3,70 para a subescala *"auto estima global* (Tabela 60).

Em relação às subescalas do instrumento verificou-se para *Competência escolar* $\overline{X}$ = 15,70 e desvio padrão de 3,71 para *Aceitação social* $\overline{X}$ = 17,49 e desvio padrão de 3,56; para *Competência atlética* $\overline{X}$ = 15,49 e desvio padrão de 4,01; para *Aparência Física* $\overline{X}$ = 16,19 e desvio padrão de 4,75; para *Comportamento* $\overline{X}$ = 17,45 e desvio padrão de 3,44 e finalmente para Auto estima Global $\overline{X}$ = 18,06 e desvio padrão de 3,77 (Tabela 60).

Tabela 60- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC

		Competencia Escolar (SPPC)	Aceptación Social (SPPC)	Competencia Atlética (SPPC)	Aparencia Física (SPPC)	Comportamento (SPPC)	Autoestima Global (SPPC)
Mean		15,6990	17,4876	15,4886	16,1914	17,4495	18,0581
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	15,4744	17,2722	15,2456	15,9035	17,2411	17,8300
	Upper Bound	15,9237	17,7031	15,7316	16,4794	17,6580	18,2862
Median		16,0000	18,0000	15,0000	16,0000	17,0000	18,0000
Std. Deviation		3,71056	3,55809	4,01265	4,75466	3,44199	3,76673
Minimum		6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Maximum		24,00	57,00	47,00	43,00	28,00	33,00

No correspondente ao género, verificou-se que para as crianças e adolescentes do género masculino e tal como apresentado na tabela 61, a dimensão *"competência escolar"* obteve uma $\overline{X}$ = 15,94 e um desvio

padrão de 3,73 e a dimensão *"aceitação social"* obteve uma $\overline{X}$ = 17,59 e um desvio padrão de 3,2. No que diz respeito à *"competência atlética" o género masculino obteve uma* $\overline{X}$ = 16,64 e um desvio padrão de 3,61 enquanto na dimensão *"aparência física"* obteve uma $\overline{X}$ = 17,17 e um desvio padrão de 4,22. Na dimensão *"comportamento"* obteve uma $\overline{X}$ = 17,00 e desvio padrão de 3,43. Finalmente no que diz respeito à *"auto estima global"*, o género masculino obteve uma $\overline{X}$ = 18,45 e um desvio padrão de 3,74.

O género feminino obteve para a dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 15,48 e um desvio padrão de 3,68 e para a "*aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,40 e um desvio padrão de 3,86. Para a dimensão *"competência atlética"* as crianças e adolescentes do género feminino obtiveram uma $\overline{X}$ = 14,43 e um desvio padrão de 4,08 e para a *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 15,30 e um desvio padrão de 5,04. Finalmente, para a auto estima global obtiveram uma $\overline{X}$ = 17,70 e um desvio padrão de 3,76 (Tabela 61).

Tabela 61- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por género

		Competencia Escolar (SPPC)		Aceptación Social (SPPC)		Competencia Atlética (SPPC)	
		Masculino	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**
Mean		15,9384	15,4790	17,5865	17,3967	16,6362	14,4333
		,16635	,15741	,14265	,16502	,16101	,17429
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15,6115	15,1698	17,3062	17,0726	16,3198	14,0909
	Upper Bound	16,2652	15,7882	17,8667	17,7209	16,9525	14,7756
Median		16,0000	15,0000	18,0000	18,0000	17,0000	14,0000
Std. Deviation		3,73075	3,68158	3,19922	3,85946	3,61119	4,07627
Minimum		6,00	6,00	6,00	7,00	7,00	6,00
Maximum		24,00	24,00	24,00	57,00	24,00	47,00

Tabela 62- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por género

		Apariencia Física (SPPC)		Comportamiento (SPPC)		Autoestima Global (SPPC)	
Descriptives		**Masculino**	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**
Mean		17,1650	15,2962	17,0040	17,8592	18,4493	17,6984
		,18828	,21533	,15299	,14554	,16665	,16081
95% Confidence Interval for Mean	**Lower Bound**	16,7951	14,8732	16,7034	17,5733	18,1219	17,3825
	Upper Bound	17,5349	15,7191	17,3046	18,1451	18,7767	18,0142
Median		17,0000	15,0000	17,0000	18,0000	18,0000	18,0000
Std. Deviation		4,22271	5,03614	3,43116	3,40388	3,73752	3,76100
Minimum		6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Maximum		27,00	43,00	24,00	28,00	33,00	33,00

No que concerne às idades s dados encontram-se mencionados na tabela 63.

Quando analisados os resultados por idade verificou-se que o grupo de 10 anos obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 16,05 e um desvio padrão de 3,79 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,17 e um desvio padrão de 3,1 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 14,88 e um desvio padrão de 4,676 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 16,71 e um desvio padrão de 4,70 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 17,65 e um desvio padrão de 3,42 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 18,48 e um desvio padrão de 3,92 (Tabela 63).

O grupo dos 11 anos obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 16,39 e um desvio padrão de 3,96 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,27 e um desvio padrão de 3,19 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 15,73 e um desvio padrão de 3,58 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 17,10 e um desvio padrão de 4,70 na dimensão *"comportamento"*

uma $\overline{X}$ = 17,65 e um desvio padrão de 4,50 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 18,68 e um desvio padrão de 3,40 (Tabela 63).

O grupo dos 12 anos obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 15,62 e um desvio padrão de 3,73 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,53 e um desvio padrão de 4,29 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 15,15 e um desvio padrão de 3,68 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 16,03 e um desvio padrão de 4,82 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 17,75 e um desvio padrão de 3,53 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 17,85 e um desvio padrão de 3,71 (Tabela 63).

No grupo de crianças e adolescentes com 13 anos verificou-se uma obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 15,34 e um desvio padrão de 3,64 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,34 e um desvio padrão de 3,20 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 15,36 e um desvio padrão de 4,06 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 15,47 e um desvio padrão de 4,86 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 17,36 e um desvio padrão de 3,27 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 17,52 e um desvio padrão de 3,96 (Tabela 63).

Em relação aos 14 anos verificou-se uma obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 15,77 e um desvio padrão de 3,57 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,93 e um desvio padrão de 3,44 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 15,81 e um desvio padrão de 4,09 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 15,9545 e um desvio padrão de 4,92 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 17,32 e um desvio padrão de 3,61 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 18,18 e um desvio padrão de 3,82 (Tabela 63).

O grupo dos 15 anos obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 15,15 e um desvio padrão de 3,64 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,76 e um desvio padrão de 3,57 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 15,90 e um desvio padrão de 4,16 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 16,43 e um desvio padrão de 4,57 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 17,47 e um desvio padrão de 3,14 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 17,99 e um desvio padrão de 3,54 (Tabela 63).

O grupo dos 16 anos obteve na dimensão *"competência escolar"* uma $\overline{X}$ = 14,46 e um desvio padrão de 2,82 na *"aceitação social"* uma $\overline{X}$ = 17,18 e um desvio padrão de 4,17 na *"competência atlética"* uma $\overline{X}$ = 16,38 e um desvio padrão de 4,10 na dimensão *"aparência física"* uma $\overline{X}$ = 15,33 e um desvio padrão de 4,10 na dimensão *"comportamento"* uma $\overline{X}$ = 16,69 e um desvio padrão de 3,47 e finalmente na subescala *"auto estima global"* uma $\overline{X}$ = 17,13 e um desvio padrão de 3,99 (Tabela 63).

Tabela 63- Estatísticas descritivas para as variáveis do SPPC por idade

		Statistic						
			95% Confidence Interval for Mean					
Descriptives Idade		Mean	Lower Bound	Upper Bound	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
10,00	Competencia Escolar (SPPC)	16,0530	15,4003	16,7058	16,0000	3,79094	6,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	17,1742	16,6413	17,7072	18,0000	3,09517	7,00	24,00
	Competencia Atlética (SPPC)	14,8788	14,0737	15,6839	14,0000	4,67579	6,00	47,00
	Apariencia Física (SPPC)	16,7121	15,9027	17,5216	17,0000	4,70103	6,00	24,00

	Comportamiento (SPPC)	**17,6515**	17,0635	18,2396	18,0000	3,41524	7,00	24,00
	Autoestima Global (SPPC)	**18,4773**	17,8020	19,1526	18,0000	3,92188	6,00	24,00
11,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**16,3876**	15,8025	16,9728	16,0000	3,95615	8,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,2697**	16,7973	17,7420	17,0000	3,19344	8,00	24,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**15,7303**	15,2012	16,2595	16,0000	3,57728	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**17,1011**	16,4349	17,7673	17,0000	4,50372	6,00	24,00
	Comportamiento (SPPC)	**17,3090**	16,7932	17,8248	17,0000	3,48686	8,00	24,00
	Autoestima Global (SPPC)	**18,6798**	18,1763	19,1833	19,0000	3,40384	8,00	24,00
12,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**15,6171**	15,1241	16,1101	16,0000	3,72739	8,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,5270**	16,9595	18,0946	17,0000	4,29107	6,00	57,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**15,1532**	14,6671	15,6392	15,0000	3,67503	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**16,0315**	15,3941	16,6690	16,0000	4,81926	6,00	43,00
	Comportamiento (SPPC)	**17,7523**	17,2850	18,2195	18,0000	3,53225	6,00	24,00
	Autoestima Global (SPPC)	**17,8514**	17,3605	18,3422	18,0000	3,71136	8,00	33,00
13,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**15,3421**	14,8218	15,8625	15,0000	3,63607	6,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,3368**	16,8785	17,7951	17,5000	3,20255	8,00	24,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**15,3579**	14,7765	15,9393	15,0000	4,06278	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**15,4737**	14,7779	16,1694	15,0000	4,86178	6,00	24,00
	Comportamiento (SPPC)	**17,3632**	16,8955	17,8308	18,0000	3,26756	6,00	24,00

	Autoestima Global (SPPC)	**17,5211**	16,9538	18,0883	18,0000	3,96373	6,00	33,00
14,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**15,7727**	15,2724	16,2731	16,0000	3,57002	8,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,9293**	17,4472	18,4114	18,0000	3,43985	6,00	24,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**15,8131**	15,2393	16,3869	16,0000	4,09412	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**15,9545**	15,2644	16,6447	16,0000	4,92409	6,00	24,00
	Comportamiento (SPPC)	**17,3232**	16,8167	17,8298	17,0000	3,61421	8,00	28,00
	Autoestima Global (SPPC)	**18,1818**	17,6460	18,7176	18,0000	3,82316	9,00	24,00
15,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**15,1538**	14,3953	15,9124	15,0000	3,64211	8,00	24,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,7582**	17,0155	18,5010	18,0000	3,56633	8,00	34,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**15,9011**	15,0340	16,7682	16,0000	4,16348	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**16,4286**	15,4762	17,3810	17,0000	4,57321	7,00	27,00
	Comportamiento (SPPC)	**17,4725**	16,8188	18,1262	18,0000	3,13879	11,00	24,00
	Autoestima Global (SPPC)	**17,9890**	17,2520	18,7260	18,0000	3,53866	9,00	24,00
16,00	**Competencia Escolar (SPPC)**	**14,4615**	13,5482	15,3749	14,0000	2,81767	10,00	21,00
	Aceptación Social (SPPC)	**17,1795**	15,8267	18,5322	17,0000	4,17305	8,00	24,00
	Competencia Atlética (SPPC)	**16,3846**	15,0551	17,7142	17,0000	4,10145	6,00	24,00
	Apariencia Física (SPPC)	**15,3333**	14,0044	16,6623	15,0000	4,09964	6,00	24,00
	Comportamiento (SPPC)	**16,6923**	15,5690	17,8156	17,0000	3,46527	10,00	23,00
	Autoestima Global (SPPC)	**17,1282**	15,8354	18,4210	17,0000	3,98800	9,00	24,00

2.3.7.1. Análise comparativa por género para o SPPC

Em relação à análise por géneros observaram-se diferenças em todas as dimensões do instrumento (tabela 64). O teste de T-Student para a comparação de dois grupos independentes (género),revelou valores de *p* (probabilidade de significância), tomado um valor de > α = 0.05, logo não rejeitamos a hipótese nula (H_0) para as variáveis dependentes consideradas.

Tabela 64- Valores do teste T-Student para amostras independentes para o instrumento SPPC de acordo com o género

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean (SD) Male	Mean (SD) Female
Competencia Escolar (SPPC)	Equal variances assumed	1,115	,291	2,572	1308	,010	15,7994	15,2707
	Equal variances not assumed			2,572	1297,047	,010	(3,70364)	(3,72597)
Aceitação Social (SPPC)	Equal variances assumed	4,548	,033	,804	1300	,422	17,5703	17,4127
	Equal variances not assumed			,809	1288,785	,419	3,21083	3,80912
Competência Atlética (SPPC)	Equal variances assumed	3,940	,047	10,613	1275	,000	16,6705	14,4085
	Equal variances not assumed			10,660	1271,166	,000	3,55219	4,02788
Aparência Física (SPPC)	Equal variances assumed	17,426	,000	7,781	1319	,000	17,1939	15,2166
	Equal variances not assumed			7,851	1315,405	,000	4,20264	4,94805
Comportamento (SPPC)	Equal variances assumed	1,193	,275	-4,726	1291	,000	16,8818	17,7781
	Equal variances not assumed			-4,729	1288,853	,000	3,36838	3,44567
Autoestima Global (SPPC)	Equal variances assumed	,183	,669	3,820	1310	,000	18,4464	17,6519
	Equal variances not assumed			3,822	1306,883	,000	3,72869	3,79766

2.3.7.2. Análise Comparativa por Idade SPPC

Aplicou-se uma análise de variância ANOVA one way, tendo sido realizado o teste para a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) cuja estatística revelou-se favorável à aplicação desta técnica multivariada. São apresentados os resultados do teste de ANOVA na tabela 65.

O valor do teste *F* e o valor da probabilidade de significância foi de *p* superior ao valor de $\alpha = 0.05$, na maioria das dimensões concluindo-se que não há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias, excepto no que diz respeito à dimensão *Aparência Física* onde se observaram diferenças estatísticas significativas onde as diferenças residem entre as idades dos 11 anos e 13 anos (Tukey HSD *p* = 0,012) (Tabela 65).

No que diz respeito à "*Aparência física"* medida pela SPPC, foi apurado um valor no teste F de 3,003 e o valor da probabilidade de significância foi de p = ,003 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), concluindo-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias em relação à variável *"Aparência Física"* (Tabela 65).

Em relação à variável *"Auto Estima Global"* medida pela escala SPPC, foi apurado um valor no teste F de 2,118 e o valor da probabilidade de significância foi de *p* = ,049 inferior ao valor do *alfa* considerado (5%), concluindo-se que há evidências estatísticas significativas para se rejeitar a hipótese de igualdade das médias no que diz respeito à variável de agrupamento idade (Tabela 65).

Tabela 65- ANOVA One Way para o instrumento SPPC , considerando a variável de agrupamento idade

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Competencia Escolar (SPPC)	Between Groups	141,667	6	23,611	1,709	,115
	Within Groups	18005,191	1303	13,818		
	Total	18146,858	1309			
Aceptacão Social (SPPC)	Between Groups	137,534	6	22,922	1,843	,088
	Within Groups	16107,793	1295	12,438		
	Total	16245,327	1301			
Competencia Atlética (SPPC)	Between Groups	187,545	6	31,258	1,994	,064
	Within Groups	19911,704	1270	15,679		
	Total	20099,250	1276			
Aparência Física (SPPC)	Between Groups	396,718	6	66,120	3,003	,006
	Within Groups	28934,304	1314	22,020		
	Total	29331,022	1320			
Comportamento (SPPC)	Between Groups	56,856	6	9,476	,802	,569
	Within Groups	15200,992	1286	11,820		
	Total	15257,848	1292			
Autoestima Global (SPPC)	Between Groups	180,991	6	30,165	2,118	,049
	Within Groups	18590,326	1305	14,245		
	Total	18771,316	1311			

2.4. Análise Correlacional

Da análise do coeficiente de correlação de Pearson, às onze subescalas do EDI-2 verificou-se a existência de correlações significativas (nível 0,01 e ao nível de 0,05) (Anexo 7).

Verificaram-se evidências estatísticas de correlação positiva, embora fracas, entre o *Perfeccionismo* medido pelo total da escala CAPS e o total obtido pelo EDI com valor de *r* = 0,206 (variância explicada de (0,206^2=) 4,2%) e ainda entre o *Perfeccionismo* medido pelo total do CAPS e o EAT-25 total com valor de r = 0,270 (variância explicada de (0,270^2=) 7,3%), para a totalidade da amostra (Anexo 7).

Evidências estatísticas de correlação negativa moderada foram encontradas entre a *"Auto estima global"* (medida pelo total da SPPC) e o valor total do EDI-2 com valor de r = -0,432 (variância explicada de (-0,432^2=) 18,7%) para a amostra total. Assim, quanto maior a auto estima menor o resultado obtido no EDI-2 (Anexo 7).

Foram encontradas ainda evidências estatísticas de correlação positiva moderada entre o EDI-2 e o EAT-25 com um valor de r = 0,436 (variância explicada de (0,436^2=) 19%) para a globalidade da amostra. Assim, quanto maior a pontuação no EDI-2, maior também será o resultado no EAT-25 (Anexo 7).

Uma correlação positiva moderada foi igualmente apurada entre o EDI-2 e o CIMEC-26 com um valor de r = 0,445 (variância explicada de (0,445^2=) 19,8%) e ainda entre o EAT-25 e o CIMEC-26 com um valor de r = 0,453 (variância explicada de (0,453^2=) 20,5%) para a totalidade da amostra (Anexo 7).

2.5. Resultados relativos ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar

H10- Se existir risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar este será mais elevado no género feminino do que no género masculino.

No que se refere ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, segundo o EDI-2 em relação ao género masculino, considerando o ponto de corte estipulado, observou-se que na subescala *"impulso para emagrecer"* com uma $\overline{X}$ = 3,51 e um desvio padrão de 3,86, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 31% (Tabela 66).

Na subescala *"Bulimia"* com uma $\overline{X}$ = 1,93 e um desvio padrão de 2,91, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 35% (Tabela 66).

Na subescala *"insatisfação corporal"* com uma $\overline{X}$ = 4,44 e um desvio padrão de 4,61 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 33% (Tabela 66).

Na subescala *"sentimento de ineficácia"* com uma $\overline{X}$ = 3,79 e um desvio padrão de 3,66 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 30% (Tabela 63).

Na subescala *"perfeccionismo"* com uma $\overline{X}$ = 6,27 e um desvio padrão de 3,62 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 68% (Tabela 66).

Na subescala *"desconfiança interpessoal"* com uma $\overline{X}$ = 5,0 e um desvio padrão de 3,69 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 44% (Tabela 66).

Na subescala *"consciência interoceptiva"* com uma $\overline{X}$ = 4,83 e um desvio padrão de 4,14 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 37% (Tabela 66).

Na subescala *"medo de amadurecer"* com uma $\overline{X}$ = 8,13 e um desvio padrão de 5,04 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 38% (Tabela 66).

Na subescala *"ascetismo"* com uma $\overline{X}$ = 4,40 e um desvio padrão de 3,26 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 35% (Tabela 66).

Na subescala *"regulação dos impulsos"* com uma $\overline{X}$ = 6,60 e um desvio padrão de 4,98 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 41% (Tabela 66).

Na subescala *"insegurança social"* com uma $\overline{X}$ = 5,22 e um desvio padrão de 4,65 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 34% (Tabela 66).

No que se refere ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar em relação ao género feminino, considerando o ponto de corte estipulado, observou-se que na subescala *"impulso para emagrecer"* com uma $\overline{X}$ = 5,69 e um desvio padrão de 5,23, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 70% (Tabela 66).

Na subescala *"Bulimia"* com uma $\overline{X}$ = 1,44 e um desvio padrão de 2,55, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 29% (Tabela 66).

Na subescala *"insatisfação corporal"* com uma $\overline{X}$ = 6,71 e um desvio padrão de 6,37 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 36% (Tabela 66).

Na subescala *"sentimento de ineficácia"* com uma $\overline{X}$ = 4,26 e um desvio padrão de 4,45 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 31% (Tabela 66).

Na subescala *"perfeccionismo"* com uma $\overline{X}$ = 6,06 e um desvio padrão de 3,64 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 37% (Tabela 66).

Na subescala *"desconfiança interpessoal"* com uma $\overline{X}$ = 4,72 e um desvio padrão de 3,66 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 44% (Tabela 66).

Na subescala *"consciência interoceptiva"* com uma $\overline{X}$ = 5,75 e um desvio padrão de 4,69 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 38% (Tabela 66).

Na subescala *"medo de amadurecer"* com uma $\overline{X}$ = 8,15 e um desvio padrão de 5,09 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 38% (Tabela 66).

Na subescala *"ascetismo"* com uma $\overline{X}$ = 4,39 e um desvio padrão de 3,26 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 36% (Tabela 66).

Na subescala *"regulação dos impulsos"* com uma $\overline{X}$ = 7,42 e um desvio padrão de 5,50 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 37% (Tabela 66).

Na subescala *"insegurança social"* com uma $\overline{X}$ = 4,54 e um desvio padrão de 3,1 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 38% (Tabela 66).

Tabela 66- Estatísticas descritivas por género para o Instrumento EDI-2 considerando ponto de corte da amostra

Género		N	Maximum	Mean	Std. Deviation	Risco (N (%))
Masculino	Impulso para emagrecer (EDI)	627	19,00	3,5088	3,85949	217(31%)
	Bulimia (EDI)	640	15,00	1,9266	2,91334	244(35%)
	Insatisfação Corporal (EDI)	577	24,00	4,4385	4,61468	229 (33%)
	Sentimento de Ineficácia (EDI)	594	23,00	3,7912	3,65505	207 (30%)
	Perfeccionismo (EDI)	631	18,00	6,2773	3,62366	471 (68%)
	Desconfiança Interpersonal (EDI)	620	18,00	4,9968	3,69211	303 (44%)
	Consciência Interoceptiva (EDI)	595	20,00	4,8286	4,13748	259 (37%)
	Medo de Amadurecer (EDI)	609	45,00	8,1346	5,04209	261 (38%)
	Ascetismo (EDI)	597	19,00	4,3987	3,26028	240 (35%)
	Regulação dos Impulsos (EDI)	588	23,00	6,5986	4,98469	281 (41%)
	Insegurança Social (EDI)	623	23,00	5,2183	4,64846	232 (34%)
Feminino	Impulso para emagrecer (EDI)	677	26,00	5,6898	5,22636	516 (70%)
	Bulimia (EDI)	684	26,00	1,4444	2,55048	212(29%)
	Insatisfação Corporal (EDI)	676	27,00	6,7101	6,37067	270(36%)
	Sentimento de Ineficácia (EDI)	660	46,00	4,2621	4,44621	232 (31%)
	Perfeccionismo (EDI)	683	17,00	6,0556	3,63671	276 (37%)
	Desconfiança Interpersonal (EDI)	679	19,00	4,7216	3,66366	323 (44%)
	Conciência Interoceptiva (EDI)	660	27,00	5,7485	4,68560	280 (38%)
	Medo de Amadurecer (EDI)	671	43,00	8,1475	5,08941	281 (38%)
	Ascetismo (EDI)	650	22,00	4,3892	3,44504	264 (36%)

Regulação dos Impulsos (EDI)	626	43,00	7,4249	5,50185	274 (37%)
Insegurança Social (EDI)	665	22,00	4,5414	3,99946	282 (38%)

No que se refere ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar segundo o EAT-25 em relação ao género masculino, considerando o ponto de corte estipulado, observou-se para a totalidade da escala uma $\overline{X}$ = 34,58 e um desvio padrão de 10,65 para o género masculino com uma percentagem de risco de 2,2% e para o género feminino uma $\overline{X}$ = 33,28 e um desvio padrão de 8,08 para o género feminino com uma percentagem de risco de 5,9% (Tabela 67).

No que diz respeito *as subescalas do instrumento, observou-se que na subescala *"preocupação com a dieta"* com uma $\overline{X}$ = 5,51 e um desvio padrão de 5,98, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 37,2% (Tabela 67).

Na subescala *"comportamento bulímico"* com uma $\overline{X}$ = ,739 e um desvio padrão de 1,82 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 25,5% (Tabela 67).

Na subescala *"pressão social para comer"* com uma $\overline{X}$ = ,584 e um desvio padrão de 1,50 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 2,1% (Tabela 67).

Em relação ao género masculino, considerando o ponto de corte estipulado, observou-se que na subescala *"preocupação com a dieta"* com uma $\overline{X}$ = 6,56 e um desvio padrão de 6,96, o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 35,4% (Tabela 67).

Na subescala *"comportamento bulímico"* com uma $\overline{X}$ = ,914 e um desvio padrão de 2,15 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 27,7% (Tabela 67).

Na subescala *"pressão social para comer"* com uma $\overline{X}$ = ,888 e um desvio padrão de 1,74 o risco considerado para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar é de 2,3% (Tabela 67).

Tabela 67- Estatísticas descritivas por género para o Instrumento EAT-25 considerando ponte de corte da amostra

Género		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Risco (%)
Masculino	Preocupación por la Dieta (EAT -25niño)	618	,00	38,00	5,5081	5,97706	230 (37,2%)
	Comportamiento Bulímico (EAT-25 niño)	642	,00	15,00	,7399	1,81756	164(25,5%)
	Presión Social para Comer (EAT -25niño)	656	,00	9,00	,5838	1,49676	14(2,1%)
Feminino	Preocupación por la Dieta (EAT -25niño)	693	,00	41,00	6,5628	6,96363	246(35,4%)
	Comportamiento Bulímico (EAT -25niño)	708	,00	20,00	,9138	2,14725	196(27,7%)
	Presión Social para Comer (EAT-25 niño)	729	,00	9,00	,8875	1,74106	17(2,3%)

Analisando os casos de acordo com as variáveis de risco postuladas inicialmente através dos resultados das respostas aos instrumentos verificamos no que corresponde à Escala de Silhueta de Collins (Collins, 1991) que existem 53,2% (N = 763) alunos insatisfeitos com a sua imagem corporal, destes 22,8% (N = 327) eram rapazes e 30,4% (N = 436) eram raparigas, sendo esta insatisfação mais proeminente no género feminino do que no masculino.

No que se refere à "distorção da imagem corporal" teve-se em consideração a distorção positiva, isto é, a imagem eleita como "*imagem real percebida"* é superior ao IMC (*BMI z Score*) real. Verificou-se que 5,95% (N = 33) dos elementos do género masculino, apresentam distorção positiva da imagem corporal sendo esta percentagem superior no género feminino com distorção positiva a verificar-se em 8,77% (N = 55) dos elementos da amostra do género feminino. No que corresponde às idades em que esta insatisfação predomina no género masculino, temos respectivamente os 11 anos com 23% (N = 53), os 12 anos com cerca de 21,3% (N = 49) e os 13 anos com 17,8% (N = 41).

No género feminino, verificou-se que existe uma maior insatisfação negativa com a imagem corporal nos 12 anos (21%; N = 74), seguindo-se dos 13 anos (20,8%; N = 73) e finalmente os 14 anos (20,5%; N = 72).

Quanto ao tipo de insatisfação, os alunos que apresentaram uma insatisfação negativa em relação à sua imagem corporal eram, no caso dos rapazes 16% (N = 230) e no caso das raparigas 24,5% (N = 351). Observou-se que 40,5% (N = 581) dos alunos da amostra desejavam ter uma imagem corporal inferior àquela com que se percebiam.

No que corresponde ao EDI-2 que segundo o ponto de corte estipulado parecem haver 3,9% de casos no género masculino e 9,1% de casos no género feminino, com resultados superiores ao ponto de corte estipulado e logo, em risco. Estes resultados apresentam maior expressão nas idades de 13, 12 e 11 anos.

Em relação ao EAT- 25, segundo o ponto de corte estipulado apuramos 2,2% de casos no género masculino e 5,9 % de casos no género feminino. Estes resultados apresentam maior expressão nas idades de 13, 12 e 11 anos.

No que diz respeito ao CIMEC- 26 e à influência dos modelos e meios de comunicação social e segundo o ponto de corte estipulado verificaram-se 16,45% (N = 114) de elementos do género masculino e 28,74% (N = 213) elementos do género feminino com pontuação acima do ponto de corte determinado. No que diz respeito às idades, verificamos percentagens superiores nos 12, 14 e 13 anos.

No que diz respeito ao CAPS, observou-se que obtiveram resultados acima do ponto de corte estipulado cerca de 28,74% (N = 213) elementos do género feminino e 16,45% (N = 114) elementos do género masculino, sento este último o que apresenta menos perfeccionismo.

Em relação ao apoio social percebido, os dados parecem apontar para que a população de risco nesta variável seja de 40,31% dos alunos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Finalmente, para a auto-estima e auto-conceito verificaram-se diferenças entre os géneros para todas as dimensões do instrumento. A "*auto estima global* " parece ser maior no género masculino, tal como a "*aparência física"* e a "*competência atlética"*.

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objectivo identificar na população escolarizada variáveis preditivas de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. As perturbações do comportamento alimentar, não têm apenas que ver com hábitos alimentares inadequados, ou com um excessivo desejo de emagrecer, mas antes com uma complexa patologia, que inclui aspectos tão distintos como desequilíbrios emocionais, distorções perceptivas, pensamentos obsessivos, auto avaliações negativas e outros componentes que aumentam a complexidade do transtorno (Caballo, 2005), envolvem uma multiplicidade de factores e também de vivências familiares (Machado, 2010).

Considera-se que os resultados obtidos apresentam uma boa representatividade da amostra estudada (47% do total de estudantes nos graus de ensino em estudo de acordo com a Direcção Regional de Educação do Algarve).

Nesta secção apresentaremos a discussão dos resultados obtidos e a sua integração com a revisão da literatura, de acordo com o interesse que nos suscitaram tendo em conta os objectivos e as variáveis da investigação.

No que diz respeito aos dados sócio demográficos observou-se neste estudo que os progenitores pai ou mãe foram maioritariamente considerados super protectores. Os estudos sobre estilos parentais e perturbações do comportamento alimentar revelam que de um modo geral, o suporte emocional tende a diminuir a probabilidade dos jovens manifestarem sintomatologia relacionada com esta perturbação. Assim esta parece ser uma variável protectora enquanto a dimensão relacionada com a falta de apoio e *rejeição,* parece aumentar o risco de desenvolvimento de sintomatologia relacionada com as perturbações alimentares (Carvalho, 2012). Níveis mais elevados de sintomatologia relacionada com esta enfermidade, foram associadas aos estilos parentais *autoritário* e *permissivo* em população não clínica (Haycraft &

Blisset, 2010). Destes resultados, surge a necessidade de despender atenção à influência dos estilos parentais nas perturbações do comportamento alimentar e da realização de estudos sobretudo do estilo parental atribuído por parte das crianças e adolescentes.

No que diz respeito a substâncias alteradoras de humor a população observada neste estudo não mostrou de um modo geral adições a estas substâncias. Não sabemos claramente que relação existe entre as perturbações do comportamento alimentar e o consumo de substâncias e de que forma estes se encontram associados. A hipótese de o abuso de substâncias poder aumentar o risco de patologia do comportamento alimentar não está devidamente confirmada, não se evidenciando que o consumo de substâncias possa prever o início desta patologia (Johnson, *et al.*,2002; Stice, Burton & Shaw, 2004).

No que concerne aos factores de risco estudados e à identificação de variáveis que predizem para o desenvolvimento de perturbações do comportamentos alimentar, a discussão foi organizada tendo em conta três grandes grupos: um primeiro que inclui a discussão de resultados relativos às **Variáveis Sócio Culturais e Familiares** (Modelos sociais e influência dos meios de comunicação; Transmissão de modelos em contexto familiar: imagem corporal percebida pela progenitora; Apoio social: a percepção de apoio por parte do indivíduo); um segundo grupo relativo às **Circunstâncias Psicológicas Individuais** (Perfeccionismo; Imagem corporal, insatisfação corporal e distorção corporal; Auto Conceito); e finalmente um último grupo em que discutimos os resultados relativos ao **Risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar**.

Deste modo e no que respeita ao primeiro grupo, relacionado com as **Variáveis sócio culturais e familiares**, importa articular os resultados do nosso estudo para os **Modelos sociais e influência dos meios de comunicação**, obtido através do Questionário de influência do modelo

estético corporal (Toro, Salamero & Martinez, 1994; Guedes, Andújar & Revuelta, 2005), com o que vem sendo investigado neste campo.

As pessoas em geral e os adolescentes em particular, são influenciados pelos diferentes meios de comunicação, tais como a televisão, as revistas, os filmes, sobretudo no que toca à imagem corporal, contribuindo este facto para que a maioria possua uma percepção imprecisa do que eles assumem como modelos corporais.
Segundo Collins (2013), da imagem corporal fazem parte os estímulos visuais referentes às informações, às percepções e interpretações dos estímulos recebidos pelo corpo, assim como as experiências subjectivas das funções corporais e a opinião pessoal sobre o corpo, sendo de um modo global uma representação mental de como indivíduos experimentam seus próprios corpos. Com o objectivo de perceber de que forma os meios e modelos estéticos corporais exerciam influência na população por nós estudada, utilizamos um instrumento que tem revelado uma boa consistência interna medida através do *alfa de Cronbach* em outras investigações na área, e muito semelhante à encontrada no presente estudo que pode mesmo ser classificada como "*Muito Alta"* (Cohen & Holliday, 1982).

A média obtida no nosso estudo para a escala total foi inferior quer à encontrada pelos autores do instrumento, que compararam população clínica com um grupo controlo (Toro, Salamero & Martinez, 1994) quer em população semelhante à utilizada na nossa pesquisa (Jorquera *et al*., 2012), o que nos leva a concluir que na nossa amostra, a pressão percebida pelas crianças e adolescentes por parte dos meios de comunicação, da publicidade ou dos modelos corporais que se associam ao êxito, assim como, a pressão que as situações sociais podem exercer nas atitudes destes mesmos alunos perante o seu corpo e o desejo de emagrecer é ligeiramente inferior ao encontrado pelo menos nas duas principais investigações que utilizaram este instrumento.

No que diz respeito ao género, os estudos são unânimes em avançar com a possibilidade de os meios de comunicação produzirem uma maior influência no género feminino, do que no género masculino (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Hargreaves & Tiggemann, 2003). O nosso estudo não foi excepção e os resultados no género feminino verificaram-se claramente superiores aos encontrados no género masculino, sendo que a maior influência era sentida relativamente aos anúncios publicitários, seguida da influência dos modelos sociais. Resultados conformes encontrado num estudo sobre o tema (Gonzalez-Lavin & Smolak, 1995; Thompson & Heinberg, 1999 Becker *et al.*, 2002). O género masculino, embora com resultados inferiores ao género feminino, também apresentou pontuações superiores nestas duas subescalas. Em ambos os géneros, as áreas que se verificou exercerem menor influência foram as relativas à *"influência das mensagens verbais"* e *"influência das situações sociais"*.

Embora a maior parte dos estudos existentes se dirijam mais às crianças e adolescentes do género feminino, os do género masculino não estão imunes à preocupação pela imagem corporal e influência das mensagens transmitidas pelos distintos meios de comunicação. Cada vez existe um maior apelo ao consumo de produtos não saudáveis (esteróides e anabolizantes) para o aumento da definição muscular, em detrimento da epidemia de sobrepeso e obesidade verificada nos últimos anos nas faixas etárias correspondentes à adolescência. Tal facto, poderá vir a influenciar os jovens do género masculino sobretudo mais no final da adolescência. Verificando então, que poderiam haver dois caminhos para a insatisfação corporal entre as crianças e os jovens do género masculino, tal como postula Hogan & Strasburger (2008), consideramos distinguir no que diz respeito ao género masculino, entre as crianças e jovens que pretendiam ter uma imagem corporal superior (maiores e mais musculados) e inferior (mais finos e magros) no que diz respeito à imagem por si percebida, concluindo que a maioria dos rapazes insatisfeitos com a sua imagem corporal desejaria ter uma silhueta mais magra e fina do que maior e mais cheia,

sendo esta uma diferença expressiva (mais do dobro). Embora não se encontrassem investigações que fizessem essa distinção, aparece referida na literatura a acção dos meios de comunicação não só sobre a imagem corporal dos rapazes, mas também o seu efeito na activação de um processo que altera a auto-avaliação, promovendo uma auto-avaliação negativa. No que diz respeito às subescalas deste instrumento, resulta que de todas as subescalas, aquela que apresentou um resultado significativamente superior foi a de *"Preocupação com a imagem corporal"*, atestando uma vez mais a preocupação pela imagem do corpo por parte das crianças e adolescentes do nosso estudo, à semelhança do que se vem verificando noutros estudos realizados (Gonzalez-Lavin & Smolak, 1995; Rodríguez & Cruz, 2008) embora os estudos não apresentem coclusões tão não claras no que diz respeito ao género masculino (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Hargreaves & Tiggemann, 2003). Foram encontradas diferenças no que diz respeito às subescalas quando analisadas as distintas faixas etárias da amostra e quer os 13 anos, quer os 16 anos revelaram-se idades preocupantes quanto ao facto de sofrerem a maior "*influência dos anúncios".*, enquanto a "*influência dos modelos sociais"*, que foi outra das subescalas a obter pontuações mais altas, parece que esta influência vai aumentando entre os 13 e os 15 anos voltando a decrescer aos 16 anos.

De um modo geral, parece existir um crescendo de influência dos modelos estéticos e meios de comunicação social, que incluem os corpos de actrizes e modelos que integram anúncios publicitários, que se verifica entre os 12 e os 15 anos, e que se revela mais preocupante, na medida em que havendo uma maior autonomia dos jovens, passando a ser mais independentes, apresentando interesses próprios e escolhendo os programas televisivos e anúncios que mais correspondem aos seus interesses. Este é também um período de idades em importa investir em termos de actividades socais e desportivas, que afastem do ócio e predisponham às influências a que nos estamos a referir.

De acordo com o ponto de corte estipulado pelos autores da escala (≤17) verificamos uma influência expressiva dos meios de comunicação, da publicidade e dos modelos corporais sobre as atitudes que os jovens estudados têm perante o seu corpo e consequentemente sobre o desejo de perder peso. Uma vez mais, encontramos um número superior de crianças e adolescentes do género feminino a sofrerem uma maior influência dos modelos estéticos e meios de comunicação social comparativamente ao género masculino. Ainda segundo o ponto de corte, as idades em que se verificou uma maior influência dos modelos corporais e meios de comunicação foram os 12, 14 e 13 anos, enquanto o grupo dos 16 anos foi o que pareceu deixar-se influenciar menos por este factores, resultados este semelhantes aos obtidos pela escala total, mostrando-se estes grupos de idades com resultados preocupantes no que concerne ao risco de uma perturbação do comportamento alimentar.

O grau em que os meios de comunicação influenciam a insatisfação com a imagem corporal e a propensão para desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, continua a ser debatida. Mas tendo em conta a associação que tem vindo a ser feita, entre a influência dos meios de comunicação e as preocupações com o peso e formas corporais, com as perturbações do comportamento alimentar e a insatisfação corporal, sobretudo no que diz respeito aos adolescentes, mais ainda que nos adultos, e mais especificamente nas raparigas (Mc Nicholas, *et al.* 2009; Martínez-González, *et al*., 2003; Tucci & Peters, 2008), torna-se um aspecto a ter em consideração, nomeadamente nos que respeita às políticas sociais e de regulação das mensagens passadas pelo principais meios de comunicação, pela susceptibilidade das crianças e jovens aos mesmos. Com a evolução tecnológica, urge a realização de estudos que afiram por exemplo de que forma as crianças e adolescentes possam estar afectados pela utilização da informação veiculada pela internet e pelas principais redes sociais, ou ainda de que forma esta mesma influência pode contribuir para a competência entre os pares, ao nível da imagem corporal (Fergunson, *et al.*, 2014).

Tomando em consideração a **Transmissão de modelos em contexto familiar** e mais especificamente a **imagem corporal percebida pela progenitora**, percebemos que determinados factores familiares têm sido investigados como variáveis envolvidas no risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar. Os resultados obtidos por alguns estudos sobre o papel que esses mesmos factores familiares podem desempenhar no risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, não são consensuais, sobretudo no que diz respeito à exclusividade desses mesmos factores, não se podendo afirmar a sua consistência em termos de padrão (Fairburn, *et al.,* 1999; Le Grange, *et al*. 2009; Shoebridge & Gowers, 2000; Machado, 2010), no entanto, podemos considerar que estas condições se constituem como factores que podem vulnerabilizar para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar.

O papel da progenitora enquanto potencial factor de risco para a satisfação com a imagem corporal, nomeadamente como forma de influenciar a percepção da imagem corporal que os filhos têm, levou-nos a utilizar a Escala de Silhuetas de Collins (1991) para identificar as imagens percebidas e desejadas pelas progenitoras, na medida em que a mãe, parece exercer uma maior influência do que o pai, com uma diferença estatisticamente significativa (Aliyev & Türkmen, 2014). As questões solicitadas prendiam-se com *"a imagem que melhor representa o seu filho/a"* e a *"imagem que gostaria que o seu filho tivesse"*. No que que diz respeito à imagem percebida pela mãe, esta é diferente das imagens que os filhos escolheram, levando a confirmar a hipótese postulada de que *"H7: A imagem desejada percepcionada pela mãe é diferente da "imagem real percebida".*

Da comparação entre as imagens escolhidas pelas mães e pelos filhos, de um modo geral surge por parte das mães o desejo de que os filhos sejam mais corpulentos e apenas uma pequena quantidade de mães desejaria que os seus filhos, já *magros* ou *normais*, fossem ainda mais magros. No entanto, esta pequena ainda que com pouca

expressividade, é no fundo a que nos interessará mais no sentido de identificar as crianças e adolescentes que apresentam risco de acordo com a variável relacionada com a influência da progenitora. Os resultados encontrados no nosso estudo corroboram com a investigação levada a cabo por Duchin (2013) que encontrou apenas 14 % de progenitoras que desejariam que os seus filhos tivessem uma imagem corporal inferior e ainda uma relação entre a insatisfação da imagem corporal dos filhos e a trajectória do IMC, no sentido de que a insatisfação por parte das mães para com as imagens corporais dos seus filhos influenciavam a evolução dos seus IMC´s e nos filhos de mães que desejavam um filho com uma imagem corporal mais magra, o aumento de IMC entre os 6 e os 14 anos era de menos 1,3Kg/m^2, levando os autores a considerar que crianças magras, cujas mães gostariam que fossem mais magras, aumentavam menos de IMC, comparativamente com a mães que se encontravam satisfeitas com as imagens corporais dos seus filhos, tendo estes resultados sido verificados quer em rapazes, quer em raparigas. De um modo geral podemos dizer que mães e filhos percepcionam da mesma forma, quer em relação às crianças e adolescentes do género masculino, quer feminino, a imagem dos filhos contudo, Pouca literatura foi encontrada neste âmbito, pelo que seria relevante para esta área de estudo a realização de pesquisas

No que diz respeito ao **apoio social** e **à percepção de apoio por parte do indivíduo,** relativamente às distintas formas de apoios da nossa pesquisa, importa referir que, pese embora existam poucas investigações que se debrucem sobre o estabelecimento de relações entre a percepção de apoio social e a propensão para desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, parece existir uma associação entre a percepção e qualidade do apoio recebido e a vulnerabilidade para desenvolver um transtorno psicológico (Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Ghaderi, 2003) ou mesmo, uma perturbação do comportamento alimentar (Jacobson & Robins, 1989; Tiller *et al.,* 1997; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003). No entanto, trata-se de estudos

levados a cabo sobretudo com amostras clínicas com patologia severa do comportamento alimentar, que parecem apontar para persistentes dificuldades psicossociais que se estendem até à idade adulta, tais como o isolamento e a diminuição de relacionamentos e actividades sociais, assim como marcados conflitos familiares, devido a uma dependência inapropriada para com os progenitores, minimizando a influência do funcionamento psicossocial em fases precoces ou anteriores à instalação de uma perturbação do comportamento alimentar, que seria a maior conveniência para a nossa pesquisa.

Dos resultados obtidos pelo tratamento estatístico dos dados encontramos uma boa fiabilidade quer para a escala total, quer para as subescalas com excepção do *"apoio dos amigos"* com um *alfa de Cronbach* mais baixo. Os autores da escala apuraram valores semelhantes, à excepção da análise das subescalas que mostraram valores superiores aos encontrados neste nosso estudo (Vaux, *et al.*,1986). O nosso objectivo foi o de perceber como se centra a avaliação subjectiva do apoio social tal como o sujeito o percebe em relação às três fontes de apoio: família, amigos e pessoas de uma forma geral.

Deste modo e relativamente à escala total, verificamos que o grupo de idades quer percebe um maior apoio social é o grupo dos 11 anos, seguindo-se o grupo dos 15 anos. O grupo no qual se verificou uma menor percepção de apoio social total foi o grupo dos 16 anos. Embora nos resultados encontrados em Antunes & Fontaine (1994/95) as crianças e adolescentes percebessem um maior apoio por parte da família, a importância crescente que o grupo de amigos parece adquirir na adolescência, poderá retirar a importância da percepção de apoio por parte de outras fontes de apoio, justificando deste modo os resultados encontrados (Antunes & Fontaine, 2005). O grupo em que parece haver uma menor percepção de apoio, é o grupo correspondente às *pessoas em geral*. Dados idênticos foram encontrados pelos mesmos autores (Antunes & Fontaine, 1994/95). Não se verificaram diferenças

significativas entre géneros, o que indica que crianças e adolescentes do género masculino e feminino não apresentam diferenças na forma como percebem o apoio social que lhes é fornecido.

Segundo o ponto de corte estipulado, verificou-se que a fonte de principal apoio é a "*família"*, seguida de "*outros"* significativos. Não podemos corroborar os resultados do nosso estudo com outros, na medida em que a comunidade científica carece de trabalhos nesta área e a maioria dos estudos existentes debruçam-se sobre amostras com patologia severa do comportamento alimentar, minimizando a influência do funcionamento psicossocial em fases precoces ou anteriores à instalação da perturbação (Jacobson & Robins, 1989; Tiller *et al.,* 1997; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003), mas os que existem sugerem que as relações interpessoais influenciam o bem-estar psicológico e que podem proteger e promover a saúde psíquica e física dos indivíduos. Por outro lado, a análise às relações entre o apoio social e as perturbações do comportamentos alimentar mostram que indivíduos com perturbação encontram-se menos satisfeitos com as suas redes de apoio social, são mais ansiosos e consideram as suas redes sociais mais pequenas quando comparadas com as de sujeitos sem transtorno da conduta alimentar. (Jacobson & Robins, 1989; Tiller et al, 1997; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003), enquanto a presença de relações de amizade próximas e a adaptação social, podem ser preditivas da recuperação de uma perturbação do comportamento alimentar (Keller, *et al*, 1992; Steiger, Leung & Thibaudeau, 1993), na medida em que esta é influenciada pela conexão dos indivíduos a si próprios e aos outros (Linville, *et al.,* 2010). De qualquer modo o suporte social parece ser uma condição protectora que contribui significativamente para o desenvolvimento da auto estima, que é um factor que diminui o risco de desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Causey, Livingston & High, 2015)

A família enquanto uma das fontes de apoio mais importantes durante a infância e adolescência, acaba por influenciar também quer

factores pessoais quer factores contextuais. A crença de que se é amado, respeitado e estimado, facilita o processo de afiliação a outros grupos e neste sentido, promove o alargamento do tamanho das redes de apoio. A família parece manter-se sempre como a rede de recursos mais importante para os adolescentes, mesmo quando a importância do grupo de pares na vida do adolescente aumenta (Antunes & Fontaine, 1994/95). A percepção que os adolescentes têm das suas famílias como sendo emocionalmente distantes e incapazes de lidar com o *stress*, resultando numa perturbação do comportamento alimentar, parece levar a dificuldades no estabelecimento de relações de confiança, comprometendo o afecto, o apego e a comunicação (Cunha, Relvas & Soares, 2009) No nosso estudo, foi encontrada uma percentagem relativamente elevada de crianças e adolescentes que têm uma avaliação subjectiva do apoio social relativamente à família sentida como baixa, apesar desta ser uma das principais fontes de apoio percebido por parte das crianças e adolescentes. O que poderá indiciar que apesar da família ser uma das principais e talvez mais valorizadas fontes de apoio, parece que uma percentagem significativa das crianças e adolescentes não se percebe como tendo verdadeiramente esse apoio.

Continua a haver reduzida literatura científica sob a forma de estudos nesta área, que consolidem os resultados sobre a influência do apoio social percebido nas perturbações do comportamento alimentar. Contudo, o suporte da família parece ser a fonte de apoio mais importante e mais referida pelos estudos sobre a matéria e parece contribuir para uma melhoria dos sintomas, cooperando para o desenvolvimento de um auto conceito positivo e um fortalecimento da auto estima, que são aspectos fundamentais na evolução favorável aquando do tratamento de uma perturbação do comportamento alimentar. (Leonidas & Santos, 2014).

Dados os resultados encontrados, sobretudo porque uma percentagem significativa de alunos se encontra abaixo do ponto de

corte estipulado, a utilidade prática e a interpretação clínica destes resultados requerem um olhar atento em estudos de prevenção.

O segundo grupo, relacionado com as **Circunstâncias Psicológicas Individuais**, analisa o **Perfeccionismo**, a **imagem corporal,** a **insatisfação corporal e a distorção da imagem corporal.**

No que diz respeito ao **Perfeccionismo,** uma das principais características desta variável compreende uma busca permanente por padrões pessoais extremamente rigorosos e exigentes. Quando se trata de uma perturbação alimentar, estes padrões de funcionamento com estas características, são dirigidos para uma controlo excessivo relativamente à alimentação, formas e peso corporais (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). As conceptualizações nesta área consideram o perfeccionismo como um traço de personalidade com particularidades na área das perturbações do comportamento alimentar e na procura de um ideal de magreza e controlo rigoroso e excessivo em relação à alimentação e ao peso corporal (Wade, *et al.;* 2008). No que diz respeito à fiabilidade da escala utilizada nesta investigação para estudar o perfeccionismo, o valor revelou- se superior ao valor de .80, podendo assim considerar-se que a consistência interna da escala é muito boa, tal como aconteceu com a escala original (Hewitt, *et al.,* 1997) com a versão espanhola (Castro, *et al.*, 2004), ou com a versão turca (Abdulkader & Eissa, 2014) que confirmaram a natureza multidimensional da escala. Os valores mais baixos de consistência interna da escala foram encontrados pela versão turca (Bas, & Siyez, 2010). O *alfa de Cronbach* do instrumento foi superior a .75 quer em população de adolescentes normais, quer com anorexia e foi superior na população com anorexia (>.9) comparativamente com a população de adolescentes normais (Castro, *et al*, 2004), revelando um bom poder discriminatório.

Segundo os resultados por nós obtidos, parece que a idade em que existe um maior perfeccionismo é a idade dos 11 anos, com alguma

diferença relativa às outras idades. O mesmo se passou nas subescalas **perfeccionismo auto- orientado** e **perfeccionismo prescrito socialmente.** A média obtida nas respostas ao instrumento para a escala total foram superiores às encontradas por (Castro *et al*, 2004) e também para a dimensão ***perfeccionismo auto- orientado*** na população normal, mas inferior à encontrada para a população com anorexia. Em relação à dimensão ***perfeccionismo prescrito socialmente***, os resultados por nós apurados foram superiores aos encontrados pelos mesmos autores (Castro *et al,* 2004) na população de adolescentes com anorexia. O produto da escala total no que toca ao género revela um perfeccionismo mais elevado nas raparigas nas idades dos 11, 12 e 16 anos, enquanto nos rapazes, esta superioridade é mais expressiva nos grupos dos 11 e 14 anos de idade No que diz respeito ao **perfeccionismo auto- orientado**, as idades onde se verificam maiores diferenças entre géneros são os 16, onde as raparigas apresentam resultados superiores, por sua vez nos treze e catorze anos são os rapazes que apresentam índices mais elevados de perfeccionismo auto- orientado. Em relação ao ***perfeccionismo prescrito socialmente*** as meninas apresentam resultados superiores no grupo dos 11 e dos 16 anos, enquanto os meninos obtiveram resultados ligeiramente superiores no grupo dos 11 e 12 anos. Outros autores encontraram ***perfeccionismo auto- orientado*** mais elevado no género feminino e ***perfeccionismo socialmente prescrito*** superior nos rapazes (Buyukbayraktar & Ure, 2014).

No género masculino, a idade dos 11 anos parece ser a que apresenta resultados superiores quer relativamente à escala total, quer relativamente às subescalas. Assim podemos provavelmente assumir que a idade dos 11 anos parece ser aquela em que a motivação para a perfeição, predominando um pensamento de tudo ou nada e com padrões não realistas de perfeccionismo e expectativas bastante elevadas (**perfeccionismo auto-orientado**), é maior, mas também parece existir uma percepção das expectativas dos outros relativamente a si mesmo e a existência de padrões e expectativas irrealistas

relativamente ao seu comportamento e à percepção de que os outros procuram a perfeição (**perfeccionismo prescrito socialmente**). A idade onde se verificou menor perfeccionismo na escala total foram os 15 anos. No género feminino, as idades onde se verificaram valores mais elevados de perfeccionismo foram igualmente os 16 e os 11 anos, para a subescala ***perfeccionismo auto-orientado*** e 11 anos, quer para a escala total quer para o ***perfeccionismo prescrito socialmente***. Os 14 anos foi o grupo etário onde as crianças e adolescentes apresentaram menor perfeccionismo. Estes resultados são semelhantes aos encontrados

Em relação aos resultados obtidos segundo o ponto de corte estipulado verificamos que as raparigas apresentaram valores mais elevados de perfeccionismo do que os rapazes. No género masculino, as idades em que os alunos apresentaram maior perfeccionismo foram os 11 anos e o grupo de idades em que os alunos do género masculino apresentaram uma média inferior na escala total, foram os 16 anos A faixa etária dos 11 anos, quer para crianças e jovens do género masculino, quer do género feminino parece ser aquela em que o perfeccionismo é mais elevado. Tais resultados alertam para uma atenção relativamente a esta faixa etária na medida em que um maior perfeccionismo quer auto-orientado, quer prescrito socialmente, surge na literatura como um factor que aumenta o risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar em adolescentes de ambos os géneros (Flett & Ediger, 1995; Pamies & Quiles, 2014) e a idade de 11 anos é uma idade muito próxima da entrada na adolescência. O mesmo se verifica em estudos com população adulta (Bastini, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Sutandar- Pinnock, *et al*. 2003).

Para avaliar os aspectos relacionados com a **imagem corporal** nomeadamente a **insatisfação** das crianças e adolescentes com a imagem corporal e a existência ou não de **distorção** da imagem corporal, recorremos à *Escala de Silhueta de Collins* (Collins, 1991).

Relativamente a este instrumento, é relevante referir que o recurso a um instrumento visual é vantajoso na medida em que não depende de aptidões verbais e é de fácil e rápida administração (Hill, 2011). A utilização de instrumentos deste tipo é defendida por distintos autores (Collins, 1991; Gardner & Brown, 2010; Hill, 2011; Lombardo, *et al.*, 2014), pelo facto de se tratar de instrumentos adequados para avaliar a satisfação e insatisfação com a imagem corporal em crianças e adolescentes (Lombardo, *et al.,* 2014). A escala visual é uma medida de avaliação da percepção da imagem corporal mais precisa que a escala verbal e mais sensível às diferenças entre géneros (Hussin, *et al.* 2011) No entanto, existem poucos estudos que comparem estes instrumentos no sentido de avaliar qual a melhor escala de figuras para avaliar a imagem corporal nas diferentes faixas etárias (Hill, 2011).

Sabemos hoje que a imagem corporal é um constructo multidimensional formado pelo individuo, sofrendo a influência de factores socias, psicológicos, ambientais e fisiológicos que podem alterar a percepção que o indivíduo tem de si próprio. A imagem corporal pode ser o resultado de várias experiências pessoais, da personalidade e de pressões sociais e culturais (Collins, 2013). A auto-percepção da aparência do corpo pode ser diferente da forma como os outros o percebem. Assim, podemos sinteticamente dizer que imagem corporal é a forma como as pessoas se sentem e o que pensam quando olham para si mesmos e muitas vezes como imaginam que os outros a percepcionam. Uma grande parte das vezes, para além do medo intenso de ganhar peso, os indivíduos que possuem doenças do comportamento alimentar, também podem apresentar uma certa tendência para subestimar o seu tamanho corporal, afirmando-se com um corpo mais gordo do que na realidade são (Raich, 1999).

Um transtorno da imagem corporal consiste na alteração da percepção do tamanho do corpo e alterações cognitivas e afectivas, que se traduzem numa valorização negativa da aparência física provocando insatisfação e preocupação com o corpo (Garner & Garfinkel,1976),

sendo a imagem corporal a variável que prediz mais consistentemente as mudanças sintomatológicas nos distúrbios alimentares, sendo mesmo a estabilização da imagem corporal percebida um preditor sólido para uma evolução favorável dos distúrbios alimentares nomeadamente a AN e a BN (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993).

Neste estudo, ao avaliar a prevalência da **insatisfação com a imagem corporal**, observou-se que mais de metade dos nossos alunos da nossa amostra não está satisfeita com sua imagem corporal, sendo o género feminino aquele que parece ter uma maior insatisfação comparativamente com o género feminino. Estes dados são corroborados pelos resultados obtidos por outros autores, quer em estudos realizados com população portuguesa (Carmo, 2001; Anastácio & Carvalho, 2006; Dixe, 2007), quer em estudos internacionais (Collins, 1991; Marcos, Cantero & Sebastián, 2003; Holano & Mondina, 2005; Yost et al., 2010; Lawer & Nixon, 2012). Uma revisão da literatura levada a cabo por Ricciardelli & McCabe (2001), analisando estudos feitos na Austrália, Estados Unidos, Croácia, Inglaterra, México e Suiça, encontrou igualmente prevalências elevadas de insatisfação com a imagem corporal.

O presente estudo, encontrou relativamente aos alunos do género masculino que apresentavam insatisfação com a imagem corporal que estes pretendiam possuir uma imagem inferior à "imagem real percebida" enquanto apenas em mais do dobro do que os que desejariam ter uma imagem superior. No que diz respeito às raparigas, também estas desejariam ter uma imagem inferior àquela com que se percepcionam comparativamente com as que desejariam imagens superiores às percepcionadas, como imagens desejadas. Na globalidade, poucos rapazes e raparigas desejariam ter uma imagem superior à que têm, enquanto uma grande percentagem desejavam uma imagem inferior. Os dados aqui encontrados vão no sentido dos estudos de distintos autores (Batista *et al.* 1996; Dixe, 2007, Laus, Costa & Almeida, 2011) que apuraram percentagens relativamente elevadas de

jovens que desejam perder peso e de Ricciardelli & McCabe (2001) que encontraram no seu estudo que dos rapazes que apresentavam insatisfação com a sua imagem corporal, entre 17 a 30% queria emagrecer, enquanto 13 a 48% dos rapazes desejaria um corpo maior. Neste estudo os resultados observados não corroboram com os referidos autores, o que parece dever-se a um aumento da preocupação dos rapazes para com uma imagem corporal mais magra no que diz respeito às idades da população estudada.

Assim, parece que uma percentagem relativamente elevada de jovens não está satisfeita com a sua imagem corporal sendo esses valores mais elevados nas raparigas que nos rapazes. Os dados encontrados neste estudo, são inferiores aos encontrados por Marcos, Cantero & Sebastián (2003), que apuraram insatisfação com a imagem corporal em 85% da população jovem feminina no seu estudo e 40% da população jovem masculina, no entanto confirmamos a nossa hipótese de que "*H2: Se o género feminino apresentar uma insatisfação com a imagem corporal existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida".*

No que diz respeito à insatisfação com a imagem corporal de acordo com os distintos géneros e idades, verificou-se em relação ao género masculino que as idades em que existia uma maior insatisfação negativa com a imagem corporal foram respectivamente as correspondentes aos 11 anos correspondente, seguido dos 12 e dos 13 anos, levando deste modo a comprovar a nossa hipótese de que para o género masculino existem diferenças entre a imagem que estes rapazes gostariam de ter e a imagem com que se percebem "*H1: Se o género masculino apresentar uma insatisfação com a imagem corporal existirão diferenças entre a "imagem desejada" e a "imagem real percebida".*

No que diz respeito às raparigas, verificou-se que as idades em que existe uma maior insatisfação negativa com a imagem corporal são os 12 anos, seguindo-se os 13 anos e finalmente os 14 anos com valores.

Os dados encontrados por Anastácio & Carvalho (2006) sugerem que a satisfação com a imagem corporal é positiva até ao momento em que as transformações corporais começam a tornar-se visíveis, decaindo sucessivamente até meio da adolescência para depois retomar a percepção positiva, a qual se restabelece já no final da adolescência. Relativamente à imagem corporal, o peso é a característica que menos satisfaz, sobretudo nas raparigas, segundo Anastácio & Carvalho (2006). A insatisfação com a imagem corporal é normalmente acompanhada com o desejo de perder peso, enquanto os rapazes parecem estar mais divididos entre quer perder peso e o desejo de ganhar peso.

Ainda em relação à insatisfação com a imagem corporal e mais especificamente em relação aos alunos que desejariam ter uma imagem inferior à que têm, verificamos que de acordo com o ano de escolaridade foi no 7.º ano que esta insatisfação se verificou maior corroborando o sugerido por Anastácio & Carvalho (2006) de que a percepção positiva da imagem corporal começa a restabelecer-se a partir de meio da adolescência até ao final.

Para os objectivos desta investigação foi do nosso interesse analisar em que categoria de IMC (*BMI Z Score*) se enquadravam as imagens percebidas ou tidas como reais, escolhidas pelos alunos. Após a análise verificamos que de um modo geral os alunos percepcionaram-se com uma imagem correspondente à categoria *Normal*, seguido dos que se percepcionaram com uma imagem correspondente *Magreza* e em menor número os alunos que se percebiam com uma imagem correspondente a pré-obesidade ou obesidade. Estes resultados verificaram-se quer no género masculino, quer feminino.

O IMC parece assim ter um papel muito importante no desenvolvimento e manutenção de uma imagem corporal satisfatória (Batista, *et al.*, 1996; Lunner, *et al.*, 2000) na medida em que, quanto maior o IMC, maior a insatisfação com o peso, comparativamente aos

que têm um IMC inferior e ainda que o seu IMC seja correspondente a uma silhueta magra ou normal, alguns jovens ainda assim gostaria de ter uma silhueta mais magra, sendo este resultados superior nas raparigas comparativamente com os rapazes (Batista, *et al.*, 1996).

A **distorção imagem corporal** da refere-se à percepção distorcida que os jovens têm do seu corpo quando comparada com a sua imagem real percebida e o seu IMC levando os jovens a perceberem o seu corpo como tendo um peso significativamente superior ao real. Este aspecto parece ser um dos mais graves sintomas nas perturbações do comportamento alimentar, sendo mais complexo do que a simples insatisfação corporal, na medida em que a consequência da distorção da imagem leva à insatisfação da mulher com o seu corpo e ainda a uma baixa auto estima (Sopezki & Vaz, 2008). Para analisarmos a distorção da imagem corporal, comparamos a categoria das imagens escolhidas como *imagem real percebida* (*Magreza, Normal, Pré-Obesidade e Obesidade*) com a categoria de IMC (*BMI Z Score*) correspondente ao IMC recolhido e convertido. Assim, tentamos perceber se o IMC correspondente à "imagem real percebida" correspondia ao seu IMC real. Tivemos em consideração principalmente a imagem escolhidas nas categorias *Normal, Obesidade e Pré Obesidade* cujo IMC real correspondia a categorias anteriores. Deste modo apuramos uma percentagem significativamente elevada de elementos da amostra que elegeu uma imagem correspondente a *Normal*, tendo um IMC real corresponde a *Magreza,* revelando que alguns elementos da amostra apresentavam distorção da imagem corporal. No que diz respeito aos alunos que elegeram uma *"imagem real percebida"* correspondente a *pré obesidade* ou *obesidade*, na realidade enquadravam-se nas categorias *Magreza* e *Normal*, superior nesta última. Tais resultados parecem expressar uma percentagem de imagem corporal distorcida não muito distinta dos resultados verificados por Gonçalves (1998) que havia verificado que 9,5% das raparigas inquiridas para o seu estudo manifestavam distorção da imagem corporal mas inferior aos de Dixe (2002) no que diz respeito aos

elementos do género feminino que encontrou 5,3% dos rapazes e 17,9% das raparigas que apresentavam distorção relativamente à sua imagem corporal ou ainda de Venâncio (2011) que por sua vez encontrou distorção corporal em 12,2% das raparigas que estudou. Importa referir que todos eles utilizaram metodologias distintas para chegaram à distorção da imagem corporal Contudo, Collins (1991), havia apurado resultados superiores ao averiguar que 42% das raparigas do seu estudo percebiam e preferiam imagens corporais diferentes e mais magras do que as suas. Em pacientes com anorexia nervosa, em quase todos os casos foi encontrada uma alteração na percepção da imagem corporal (González, Hernández & Marín (2012).

Facto é que diversas investigações confirmam a imagem corporal como a variável que prediz mais consistentemente as mudanças sintomatológicas nos distúrbios alimentares, sendo mesmo a estabilização da imagem corporal percebida um preditor sólido para uma evolução favorável dos distúrbios alimentares nomeadamente a AN e a BN (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) e se assim for, se o papel da imagem corporal, mais concretamente, a distorção da imagem corporal se confirma como fundamental nas perturbações do comportamento alimentar, as acções de prevenção deveriam ter em conta grupos de idades mais precoces, quer para evitar o aparecimento do transtorno, quer para delimitar a abordagem inicial do mesmo.

Vimos que os resultados do estudo, revelam que uma percentagem significativa de alunos apresenta insatisfação relativamente à imagem corporal com que se percebe. Deste modo tornou-se importante averiguar a **imagem desejada** dos alunos, isto é, a imagem que gostariam de ter, sendo que os dados que mais nos interessaram referiam-se a alunos que gostariam de ter uma imagem correspondente a *Magreza.* Verificou-se que a maioria dos alunos desejaria possuir uma silhueta correspondente à categoria *Normal* enquanto a segunda categoria mais desejada corresponde à *Magreza*, não sendo expressivo o número de alunos que gostaria de ter uma imagem correspondente a

obesidade. Outos autores encontraram resultados semelhantes (Carmo, 1997; Rodríguez & Cruz, 2008; Lombardo, *et al.*,2014;) e uma correlação significativa entre o aumento de peso e um maior desejo de serem mais magros, sobretudo em relação às idades semelhantes às que utilizamos para o nosso estudo. Neste ponto, o objectivo foi o de averiguar quais as imagens desejadas pelos alunos e relacionar estes dados com o seu BMI z score, na medida em que nos interessava perceber, quais os alunos com um IMC correspondente à categoria *Magreza* ou *Normal*, que pretendiam ainda assim ser magros. Verificamos que apesar de não muito expressiva esta percentagem, não deixa de ser significativo tendo em conta o objectivo do nosso estudo, que crianças que elegeram imagens cujo IMC corresponde a *Magreza* ou *Normal* e ainda assim desejariam silhuetas inferiores. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Simões (2014) utilizando o mesmo instrumento de avaliação.

No que diz respeito ao **Auto- Conceito** e à influência desta variável no risco para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, analisada através da SPPC (Harter, 1985) importa mencionar que sendo a adolescência um período de transformações e transições, o auto conceito e mais particularmente o auto-conceito físico, são importantes factores na construção da identidade do jovem (Hernaez, 1999), influenciando na auto estima global e contribuindo para a realização dos indivíduos nos diversos domínios, conduzindo igualmente a uma melhor aceitação de si próprio (Faria, 2005), existindo diversos estudos que estabelecem uma relação entre o contributo desta variável e o aumento do risco no desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar (Vohs, *et al*.,1999; Vohs & Heatherton, 2001; Abreu & Filho 2004; Gismero, 2001). Obteve-se para a escala utilizada um *alfa de Cronbach* do instrumento superior a .80 revelando uma boa consistência interna tal como na escala original (Harter, 1985) e outras adaptações (Peixoto, Martins, Mata & Monteiro, 1997). No que diz respeito às subescalas do instrumento, verificamos resultados mais elevados na subescala *Auto-estima Global*. A análise

por género revela que os rapazes se vêem significativamente como mais satisfeitos no que diz respeito à *Competência Atlética* do que os elementos do género feminino, enquanto o género feminino as meninas percepcionam-se como mais bem comportadas que os rapazes, tal como se retracta nos resultados da subescala *Comportamento.* Por outro lado as crianças e adolescentes do género masculino parecem achar-se com melhor *Aparência física* e gostam mais de si como pessoas (*auto-estima global*), do que as crianças e adolescentes do género feminino. Estes foram também os resultados encontrados em Harter (2012) e alertam uma vez mais para uma atenção sobre o género feminino, como o que suscita uma maior preocupação no que diz respeito à imagem corporal (expressa pela *aparência física)* e à *auto-estima*, como potencial factor de risco na relação e insatisfação com o corpo e consequentemente com a alimentação (Faria, 2005; Perrin, *et al.,*2010; Berger, Weitkamp & Straus, 2009).

No que diz respeito às distintas subescalas do instrumento (pegando nas que nos suscitaram maior interesse) e os resultados relativamente ao género, observamos que, no que diz respeito à *"Competência atlética"* esta verificou-se superior nas crianças e adolescentes do género masculino. O mesmo se apurou relativamente à "*aparência física"* onde podemos adiantar que o género masculino se percepciona com uma aparência física mais elevada do que o género feminino. Este último também parece apresentar uma auto-estima inferior ao género masculino. Verificamos que os resultados do nosso estudo vão de encontro aos encontrados por outros autores (Harter 1999; Faria, 2005; Sangeeta & Sumitra, 2012)

No que diz respeito às distintas idades da amostra verificaram-se diferenças nos grupos de idades dos 11 anos e dos 13 anos, em relação à subescala *"Aparência Física"*

Da análise às distintas idades da amostra em estudo, chama-nos à atenção uma vez mais os resultados inferiores relativamente às idades

dos 12, 13 e 14 anos no que diz respeito à *"aparência física"* o que já havia sido encontrado nas subescalas de outros instrumentos utilizados em relação à imagem corporal. Mas nesta dimensão também surgia a idade dos 16 anos como tendo obtido resultados igualmente baixos. A subescala "auto estima global", mostrou que os 12, 13, 15 e 16, foram as idades que obtiveram resultados anteriores. Por último, na dimensão *"aceitação social"* não se confirmou dissemelhança entre as distintas idades.

A imagem corporal constitui assim um aspecto muito importante na auto-estima dos jovens, em que o corpo se transforma numa preocupação comum neste período de desenvolvimento específico (Gowers & Shore, 2001).Esta é uma variável de extrema importância, não só no que diz respeito às perturbações do comportamento alimentar, mas também no modo como o indivíduo avalia as suas capacidades e as reconhece e mobiliza no sentido de obter comportamentos melhor adaptados aos contextos em que se encontra inserido (Matos, *et al.,* 1995).

O terceiro e último grupo refere-se à decomposição e argumentação dos dados relativos ao **risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar** e a sua relação com os resultados de outras variáveis obtidos através dos instrumentos utilizados, assim como a articulação dos dados com a literatura científica no âmbito.

A escolha de factores de risco e variáveis preditivas de perturbações do comportamento alimentar, pode sempre ser debatida. As variáveis examinadas nesta investigação foram aquelas que mostraram de acordo com a investigação, desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar e cuja compreensão poderá ter alguma utilidade.

Nesta investigação utilizamos os dados de peso e estatura para podermos chegar aos dados de IMC, na medida em que esta é uma

variável importante a ter em conta relativamente ao risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar. Assim sendo, pudemos verificar nesta investigação que quer a população masculina, quer a feminina, na sua maioria apresentaram valores de peso e estatura considerados dentro da normalidade, tal como a altura. Estes dados foram ligeiramente inferiores aos encontrados em população portuguesa por Pocinho (2000), embora a sua amostra contivesse idades superiores

O Índice de massa corporal mostrou valores médios totais também dentro dos valores normais, tendo sido observados alguns casos com valores muito abaixo. Dados semelhantes e estes foram encontrados por Pocinho (2000), não sendo segundo esta autora, considerados dados preocupantes. Em relação à *pré-obesidade* foram encontrados cerca de 9% de participantes com valores indicadores de risco, tendo em conta que um IMC correspondente a *obesidade* pode predizer o posterior desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, este é um resultado revestido de alguma importância, embora a obesidade não esteja a ser estudada (Fairburn, 1997).

No que diz respeito à diferença entre os IMC de cada grupo de idades, verificou-se que nos grupos de idades mais jovens o IMC é inferior, (Berger, Weitkamp & Straus, 2009). Na categoria *magreza* observou-se um maior número de indivíduos com idades entre os 10 e 11 anos. Nas idades de 14 e 15 anos também se observou um maior número de indivíduos na categoria *Magreza* e tal facto poderá relacionar-se com uma preocupação com a imagem corporal já frequente neste grupo de idades, o que de acordo com Anastácio & Carvalho (2006) seria a idade em que existe um decréscimo da percepção da imagem corporal o que se verifica sucessivamente até meio da adolescência, a qual se restabelece já no final da adolescência.

De um modo geral a população mostrou um índice de massa corporal normal, no entanto foi identificado um número de jovens com elevado

risco de desenvolver perturbações como a anorexia e bulimia na medida em que embora na categoria *magreza,* ainda assim desejarem imagens inferiores. Outros sujeitos, embora com um um risco menor, apesar de possuírem um IMC referente a *magreza*, consideram-se com uma imagem corporal normal. Estes resultados são corroborados por outros estudos que analisaram estas variáveis (Batista *et al.* 1996; Dixe, 2007, Laus, Costa & Almeida, 2011). Quer no género masculino quer feminino verificou-se em alguns casos um IMC correspondente à magreza. Tais resultados alertam para o risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar na medida em que esta variável parece distinguir as pacientes com anorexia nervosa (Fairburn, 2008; Machado, 2010). Resta averiguar que outras características apresentam estes elementos da amostra O IMC parece igualmente ser um preditor significativo da insatisfação com a imagem corporal (Lunner *et al.*, 2000). Também Pocinho utilizou um ponto de corte para o IMC de 17,5, organizando a amostra em 3 grupos: os que apresentavam um IMC igual ou inferior a 17,5Kg7m^2 (subpeso); os que apresentaram um IMC entre 17,5 e 25Kg/m^2 (peso normal) e aqueles cujo IMC era superior a 25Kg/m^2 (sobrepeso).

Uma das formas que propusemos para averiguar a existência de de perturbações alimentares foi através da utilização do EDI-2 (Garner, Olmstead & Polivy (1983); Garner, (1991). O EDI é um dos instrumentos mais largamente utilizado em amostras clínicas e em população geral, fornecendo informação descritiva sobre as perturbações do comportamento alimentar em múltiplos contextos. Trata-se de um instrumento de avaliação por auto-resposta, de aplicação fácil, económica e legitimado por variada investigação apresentando propriedades psicométricas bem estabelecidas em estudos de fiabilidade e validade. Apesar de não se tratar de um instrumento de diagnóstico exacto, é um instrumento que se tem mostrado bastante adequado para fins de rastreio (Freitas, S., *et al.*, 2002; Clausen, *et al*., 2009). A utilização deste instrumento confere importante informação relativa a aspectos sintomatológicos e psicológicos relevantes nas

perturbações do comportamento alimentar (Pocinho, 2000) e pode ser utilizado para despistar sujeitos com elevado risco para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar ou como indicador de prognóstico. O cálculo dos *scores* dos itens que constituem o EDI-2 deve ser efectuado por subescala, na medida em que cada uma avalia aspectos diferentes entre si, daí que a aplicação isolada dos itens poderia colocar dificuldades ao nível da validade e fidedignidade, dado que a sua aplicação deverá ser global e não isolada ou por subescalas (Pocinho, 2000). No que diz respeito aos pontos de corte do instrumento, não são aconselhados valores de referência, pois estes serão variáveis em função da população estudada (Garner, Olmstead & Polivy, 1984) sendo deste modo preferível que cada investigador defina os seus próprios pontos de corte. O EDI-2 apresentou um *Alfa de Cronbach* adequado para a globalidade da amostra considerando-se que a consistência interna da escala é bastante boa. Outros autores encontraram valores semelhantes (Garner, *et al.,* 1983); Apenas a dimensão *Ascetismo* e *Perfeccionismo"* revelaram valores de alfa que não estão de acordo com a consistência interna. De acordo com Cohen & Holliday (1982), uma correlação, depois de aritmeticamente arredondada, inferior ou igual a 0,19 é muito baixa, de 0,20 a 0,30 é baixa, entre 0,40 e 0,69 é moderada, de 0,70 a 0,89 é alta e de 0,90 a 1 é muito alta.

No que corresponde aos resultados do EDI-2 para a escala total, atestou-se que as crianças e os adolescentes do género feminino, obtiveram pontuações mais elevadas que o género masculino, o que nos permite referir que as raparigas apresentam um maior risco de perturbações do comportamento alimentar do que os meninos e rapazes. Outros estudos têm verificado resultados superiores no género feminino (Smolak & Murnan, 2008; Lewinsohn, *et al.,* 2002; Striegel-More, *et al.,* 2009; Elgin & Pritchard, 2006) confirmando a hipótese de que . "*H8: Se existir risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar este será mais elevado no género feminino do que no género masculino.*

Ao verificar os resultados correspondentes à análise das subescalas constatamos que o género feminino apresentou resultados superiores nas subescalas *"impulso para emagrecer" "insatisfação corporal",* quase o dobro do género masculino, "*sentimento de ineficácia", "consciência interoceptiva"*, *"Ascetismo"* e *"Regulação dos Impulsos"*. A subescala *"impulso para emagrecer"* é de particular importância na medida em que revela grande sensibilidade no rastreio de perturbações do comportamento alimentar em população não clínica e indica excessiva preocupação com a dieta e com o peso. Reflecte ainda o intenso desejo de emagrecer, assim como o medo de ganhar peso, tal como a "*insatisfação corporal"* que avalia a insatisfação com a imagem corporal e com partes do corpo mais vulneráveis à mudança e aumento de gordura, nomeadamente, a barriga, as coxas, ancas e nádegas. O impulso para emagrecer e a insatisfação corporal, parecem surgir como factores de risco em estudos longitudinais. Estas duas variáveis parecem preceder o início de uma perturbação do comportamento alimentar que surge 4 a 5 anos depois, mas que precedem igualmente elevados resultados no perfeccionismo (Gustafsson, *et al.* 2010).

Podemos assim pensar nestas duas variáveis (*impulso para emagrecer* e *insatisfação corporal)* como factores protectores relativamente ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. No género masculino, as pontuações superaram o género oposto nas subescalas *"Bulimia"*, revelando as crianças e adolescentes deste género uma maior tendência para episódios de voracidade alimentar descontrolados, eventualmente seguidos de vómito provocado ou outras manobras compensatórias. Estes resultados contradizem os da maioria dos estudos (Lewinison, *et al.*, 2002; Penas- Lledo, Fernandez & Waller, 2004; Striegel- Moore, *et al.*, 2009) que usualmente verificam que o género feminino apresenta mais sintomas de bulimia que o género masculino. Apresentaram ainda maior pontuação no *"perfeccionismo"*, *"desconfiança interpessoal", medo de amadurecer"* e *"insegurança social"* isto é, um maior sentimento de infelicidade, falta de afirmação social e relações sociais pouco

gratificantes e em geral pobres comparativamente com o género contrário.

Foi do nosso interesse averiguar as idades que obtiveram maiores pontuações nas distintas subescalas dos instrumentos. Verificou-se que de um modo geral, as idades que pontuaram mais alto nas duas escalas que foram referidas como variáveis de risco, são os 13 e os 12 anos. O mesmo já havia acontecido relativamente à imagem corporal, pelo que estas duas idades deverão ser porventura idades para implementação de programas de prevenção no âmbito escolar. A pontuação mais alta na subescala *Bulimia* surgiu nos 16 anos tal como a subescala "*Regulação dos impulsos"* embora as idades dos 10, 11 e 12 também apresentassem resultados igualmente elevados As idades de 11, 12 e 13 anos respectivamente pontuaram mais elevado na subescala *"sentimento de ineficácia"*. No que diz respeito ao *"medo de amadurecer"* as pontuações mais elevadas verificaram-se nos 10 anos, contudo este valor vai aumentando até aos 14 anos, levando-nos a avançar a existência de diferenças relativamente às idades no que diz respeito ao risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar

Em relação aos resultados obtidos aquando da aplicação do EDI-2 segundo o ponto de corte estipulado (≥ 80), e no que diz respeito ao género masculino, cerca de 3,9% dos alunos obtiveram pontuações superiores a 80 o que nos alerta para o facto de se encontrarem em risco para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar. No género feminino em relação aos resultados das respostas ao EDI-2 segundo o ponto de corte estipulado (≥80), cerca de 9,1% das raparigas apresentavam também transtorno alimentar. Pocinho (2000) encontrou resultados superiores aos nossos na aplicação do instrumento e estabelecendo um ponto de corte.

Os resultados mais preocupantes relativamente ao ponto de corte do instrumento situam-se na idade correspondente aos 16 anos. Parece, de

acordo com os resultados averiguados por nós, que no EDI-2 há um decréscimo nas idades de 12, 13 e 14 anos, sendo que aos 15 e 16 anos estes valores voltam a sofrer um aumento, o que alertará para a necessidade de uma atenção particular sobre estas idades, observando e avaliando determinados aspectos relevantes para a compreensão destes resultados.

Outro dos instrumentos que utilizamos para avaliar a existência de perturbações alimentares na população estudada foi através do EAT-25 (Eating Attitudes Test, EAT-25 - Garner & Garfinkel, 1979) um instrumento também bastante utilizado e que pode servir como indicador da severidade das atitudes alimentares, sendo pelo próprio autor descrito como o instrumento que melhor pode avaliar o risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar, baseado em atitudes, sentimentos e comportamentos relativos à alimentação e à sintomatologia de perturbação alimentar.

O EAT-25 apresentou um *Alfa de Cronbach* adequado para a globalidade da amostra considerando-se que a consistência interna da escala é bastante boa.

No que diz respeito ao género e tal como no EDI- 2 o género feminino apresentou resultados mais elevados no instrumento do que o género masculino. A escala em que as crianças e adolescentes apresentaram resultados superiores foi a de *"Comportamento bulímico"* que no fundo reflecte estratégias compensatórias utilizadas de forma a evitar o ganho de peso e os sentimentos e pensamentos de culpa, de desconforto relativamente à comida. Em relação à análise da escala segundo o ponto de corte estipulado, verificou-se que os valores extremos parecem indiciar algumas crianças e adolescentes com presença de distúrbios alimentares, o que carece de exploração. Tal como em resultados anteriores, aparenta que o género feminino continua a ser o que revela resultados mais elevados, quando comparado com o género masculino. Seguindo as indicações de

Karwautz (2003), verificamos as correlações existentes entre as distintas variáveis estudadas, confirmando que os instrumentos utilizados para a avaliação das perturbações do comportamento alimentar correlacionam bem entre si e quanto maior a pontuação no EDI-2, maior será também o resultado no EAT-25.

No que diz respeito à auto- estima global, verificou-se que crianças e adolescentes que apresentam uma maior auto-estima, apresentam menor perturbação do comportamento alimentar (medida pelo EDI-2) podendo esta ser considerada uma variável protectora do desenvolvimento de perturbações alimentares e uma variável a ter em consideração na implementação de programas de prevenção no âmbito alimentar. Estudos no âmbito parecem mostrar que a percepção relativa ao peso corporal parece ser influenciada pela auto-estima (Perrin, *et al*., 2010) sobretudo no que diz respeito às raparigas. Outros estudos encontraram também uma relação entre estas duas variáveis e uma influência da auto estima nas perturbações do comportamento alimentar nomeadamente na bulimia (Vohs, *et al*., 1999; Vohs & Heatherton, 2001) ou na Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa (Mas, *et al.*, 2001).

Por outro lado foi possível constatar uma correlação positiva entre a influência dos meios e modelos de comunicação social, anúncios publicitários, pressão que as situações sociais podem exercer nas atitudes perante o corpo e o desejo de emagrecer, com uma maiores pontuações nas escalas que avaliam a existência de perturbações do comportamento alimentar. Estudos levados a cabo mostram como os padrões de beleza ideal são potenciados sobretudo pelos meios de comunicação dirigidos a jovens, tais como as revistas, levando a uma preocupação com o peso corporal (Taylor *et al.*, 1998), contudo, mais no género feminino do que no género masculino (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Hargreaves & Tiggemann, 2003), na medida em que as mulheres parecem ficar mais facilmente insatisfeitas com a imagem corporal (Gonzalez-Lavin & Smolak, 1995).

O perfeccionismo parece ser uma variável importante nas perturbações do comportamento alimentar, na medida em que correlacionou positivamente com os dois principais instrumentos utilizados para a detecção de perturbações do comportamento alimentar

Tal como o refere Faria (2003), a importância do auto conceito está relacionada com um maior bem-estar ao nível psicológico sendo essencial para promover a realização dos indivíduos em diversos contextos das suas vidas.

A insatisfação com a imagem corporal parece ser um fator de risco significativo no aparecimento de desordens alimentares nomeadamente a anorexia ou bulimia. A compreensão destes preditores de risco parecem ser um aspecto importante para a prevenção destas doenças tal como corroborado por Lawler & Nixon (2011). Para ambos os géneros emergiu do nosso estudo que o IMC, a aparência e a internalização dos ideais de beleza apareceram como preditores significativos de insatisfação com o corpo o que é consensual com outros estudos (Lawer Nixon, op cit, Thompson *et al* 2007;. Presnell *et al,* 2004) Por outros lado, o *"impulso para emagrecer"* e a *"insatisfação corporal"* parecem funcionar também como factores protectores de desenvolvimento de uma patologia 4 anos depois tal como preconizado por Gustafsson (2010), na medida em que raparigas com atitudes alimentares saudáveis, forma e peso corporal adequado, parecem estar mais atentas aos sinais interoceptivos. Logo, os programas de prevenção e intervenção precoce, devem debruçar-se sobre fomentar a identificação e expressão de pensamentos e sentimentos. O que constitui também um aspecto muito importante na auto-estima, sobretudo dos jovens, num período em que o corpo se transforma numa preocupação comum neste período de desenvolvimento específico (Gowers & Shore, 2001).

Sistematizando, os resultados do nosso estudo apontam para a existência de elementos da nossa amostra, que apresentam presentes

variáveis identificadas como factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Reflectindo sobre os resultados obtidos em relação às idades do predomínio das principais variáveis de risco, pensamos que as idades correspondentes aos 12, 13 e 14 são idades a ter em consideração sobretudo no que diz respeito à imagem corporal e insatisfação com a aparência física o que suporta a hipótese postulada de que "*H9: Se existir risco de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar esta será distinta para os grupos de idades.* Apesar de os resultados de outros estudos confirmarem idades de início de sintomatologia circunscrito ao meio da adolescência como dados sustentados empiricamente (Keski- Rhkonen, 2007; Machado, 2010), parece-nos que anteriormente começam a surgir indicadores que merecem atenção.

Por último, importa rematar alertando para o facto de que os principais veículos educativos, devem formar cidadãos que possam sentir-se bem consigo mesmos e não tentarem corresponder àquilo que a sociedade impõe ou deseja que sejam. Assim, consideramos que o nosso estudo fornece informação importante sobre a população em risco que beneficiaria, em idades precoces, com a participação em programas de prevenção.

Posteriormente serão apresentadas as principais conclusões que o nosso estudo permite formular, através da sistematização e integração dos principais resultados obtidos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa, são doenças de etiologia complexa influenciadas por factores diversos sejam biológicos, familiares e socioculturais. Este estudo pretendeu contribuir para a identificação de variáveis que podem estar relacionadas com as perturbações do comportamento alimentar, em crianças e jovens com idades entre os dez anos e os dezasseis anos de idade, de ambos os géneros.

Foi nosso objectivo, embora com as limitações inerentes a qualquer estudo, apresentar encadeamentos relevantes ao nível da prevenção, uma vez que pode contribuir para um maior conhecimento acerca das características da população estudada e para uma maior conhecimento da percepção que as crianças e adolescentes têm relativamente ao vários aspectos deveras importantes num período de transição, como é o da passagem da infância para a adolescência e desta para a idade adulta.

Dos resultados por nós encontrados podemos concluir a existência de diferenças entre géneros no que diz respeito ao risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar nas diferentes variáveis estudadas, evidenciando-se o género feminino como estando em maior risco (*H1; H2;H4;H6 e H8)*.

Por outro lado, os resultados por nós apurados parecem mostrar, que a insatisfação com a imagem corporal se pode constituir como uma variável de risco significativo no aparecimento de perturbações do comportamento alimentar, sendo que a compreensão destas variáveis de risco parecem de extrema importância ao nível da prevenção, na medida em que esta será a variável que prediz mais consistentemente as mudanças sintomatológicas nas perturbações do comportamento alimentar e que a estabilização da imagem corporal percebida pode avocar-se como um factor protector e como um preditor sólido para a evolução favorável, quer na anorexia quer na bulimia nervosa (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) Neste sentido os nossos resultados, enquanto

reveladores dessa mesma tendência, poderão antecipar e prevenir uma conduta patológica e em último caso uma perturbação do comportamento alimentar. Verificamos no que diz respeito ao género que foi o género feminino o que apresentou uma maior insatisfação com a imagem corporal (quase o dobro) enquanto no género masculino a diferença entre os que se encontram satisfeitos e os que se encontram insatisfeitos não é significativa *(H1; H2; H4)* Diferenças entre os géneros confirmam igualmente a hipótese relativa à distorção da imagem corporal *(H6).*Conclui-se ainda em relação aos dados referentes à imagem corporal, que existem diferenças entre a "*imagem desejada"* percepcionada pela progenitora *e a "imagem real percebida"* pelos filhos (*H7).*

No seguimento destes achados, verificou-se no que diz respeito aos meios de comunicação e à influência dos modelos estéticos sociais, providos pela publicidade, que parece existir um crescendo de influência destes entre os 12 e os 15 anos, que se revela mais preocupante sobretudo no género feminino o qual parece sofrer uma maior influência de anúncios e de modelos sociais, mas tal como os rapazes, menos influência das mensagens verbais e das situações sociais. Ficou-nos uma particular preocupação em relação à evolução tecnológica e ao modo como crianças e adolescentes possam estar a ser afectados pela utilização da informação veiculada pela internet e pelas principais redes sociais, que nos dias que correm é de frequente utilização pela população estudantil. Os próprios vídeos que circulam livremente na internet e que são de fácil acesso a qualquer idade, podem estar a tornar-se meios de passagem de informação e modelos que podem interferir na forma como as crianças e adolescentes se vêm e de uma forma menos controlada e regulamentada, do que por exemplo a televisão, as revistas e a publicidade.

Outro aspecto que merece particular aprofundamento, é o que corresponde aos resultados obtidos no referente ao suporte social, uma vez que verificamos que apesar de a família ser considerada como a

principal procedência de apoio, ainda assim um número significativo de elementos da amostra percebeu-se como pouco apoiado a este nível. Os estilos de vida actuais, as dificuldades económicas e a necessidade dos progenitores se ausentarem por longos períodos do dia devido às obrigações profissionais, poderão deixar as crianças e adolescentes mais susceptíveis, pela falta de controlo parental, de preencher esse mesmo tempo com meios tecnológicos difusores de informação que poderão fornecer modelos inadequados e até prejudiciais.

Outra conclusão que importa expor prende-se com os resultados por nós encontrados relativamente ao perfeccionismo, revestindo-se de utilidade no sentido de determinar a influência desta variável e da sua importância enquanto factor que pode vulnerabilizar para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar. Embora não seja um factor que actua isoladamente, mas sim em interacção com outros factores de risco, deverá ser dedicado tempo à investigação e compreensão do seu papel na interacção com outras variáveis de risco. e o seu envolvimento no subsequente aparecimento de uma perturbação do comportamento alimentar. Os resultados alertam para uma cautela relativamente às idades estudadas, na medida em que um maior perfeccionismo quer auto-orientado, quer prescrito socialmente, surge na literatura como um factor que aumenta o risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar em adolescentes (Flett & Ediger, 1995; Pamies & Quiles, 2014). O que verificamos, é coerente com a literatura que salienta que tanto o perfeccionismo auto orientado, quer o prescrito socialmente, sejam particularmente relevantes no desenvolvimento destas patologias, mostrando uma relação com a realização de dietas e sintomatologia bulímica em distintos estudos (Bardone-Cone, Weishuhn & Boyd, 2009; Hewitt, Flett & Ediger 1995; Bastini, Rao, Weltzin & Kaye 1995; Castro *et al*., 2003).

Concluímos, através da análise dos resultados aos instrumentos aplicados, que variáveis preditoras de desenvolvimento de perturbações

do comportamento alimentar foram identificadas em maior ou menor grau na população em estudo e que estes valores são mais elevados no género feminino do que no género masculino *(H8)* e difere de acordo com a idade *(H9)* e com os estabelecimentos de ensino de proveniência dos alunos.

A importância do estudo dos factores de risco, é um passo para a detecção precoce de casos prováveis de forma atempada, e a escola pública o local indicado para fazer promoção da saúde (Borresen & Rosenvinge, 2003). A utilidade prática dos factores constantes deste estudo, reside no facto de estes poderem ser aplicados a programas de prevenção para crianças e adolescentes

Estas patologias não devem ser vistas como o resultado de uma personalidade pré mórbida, mas sob uma perspectiva sócio-psicológica que explique de que forma os factores individuais e socioculturais funcionam juntos no desenvolvimento destas condições. (Gustafsson, *et al*.2010). A importância de criar mecanismos de rastreio, por exemplo, integrados em projectos de apoio à saúde, que permitam tendo em conta os principais factores de risco, identificar desde cedo as perturbações do comportamento alimentar, facilitaria o acompanhamento destes casos de forma a perceber-se a evolução permitindo a intervenção atempada quando necessário. Embora a prevalência das perturbações alimentares seja baixa, quer em Portugal, quer noutros países, as perturbações que não cumprem todos os critérios, não devem deixar de merecer a nossa atenção.

Finalmente, serão apresentadas as principais limitações do nosso estudo e propostas ou sugestões que nos pareçam relevantes para a conceptualização de investigações futuras, cujo objectivo seja contribuir para os avanços na compreensão e esclarecimento da etiopatologia da anorexia e bulimia nervosas e factores de risco associados.

CONCLUSIÓN:

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son enfermedades complejas influenciadas por varios factores como biológicos, familiares y socio-culturales. Este estudio tuvo como objetivo contribuir para la identificación de las variables que pueden relacionar-se con trastornos alimentarios en niños y jóvenes de edades comprendidas entre los diez y los dieciséis años de edad, de ambos géneros.

Fue nuestro objetivo, a pesar de las limitaciones inherentes a cualquier estudio, presentar vínculos pertinentes con respecto a la prevención, ya que puede contribuir a un mayor conocimiento de las características de la población estudiada y para una mejor comprensión de la percepción que los niños y adolescentes tienen respecto a distintos aspectos importantes en un período de transición tal significativo, como el paso de la niñez a la adolescencia y de allí a la edad adulta.

De los resultados se concluye también la existencia de diferencias entre los géneros en relación con el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en las distintas variables estudiadas, evidenciando el género feminino como en mayor riesgo (*H1; H2;H4;H6 e H8)*.

Podremos concluir de los resultados que la insatisfacción con la imagen corporal parece ser un factor de riesgo importante en la aparición de trastornos de la alimentación, y la comprensión de estas variables de riesgo parece muy importante en términos de prevención y será la variable que predice de manera más consistente los cambios sintomáticos en trastornos transtornos alimentarios y podendo la estabilización de la imagen corporal percibida arrogarse como un factor protector y como un predictor prognóstico sólido de resultados favorables sea en anorexia o bulimia nervosa (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) En este sentido nuestros resultados en cuanto reveladores de esta misma tendencia podrían anticipar y prevenir un comportamiento patológico y en última instancia, un trastorno

alimentario. Con respecto al género, fueron las niñas quien tenían una mayor insatisfacción con la imagen corporal (casi el doble) mientras en los varones la diferencia entre los están satisfechos y los que no están satisfechos no es estadísticamente significativa (H1 ; H2, H4).
Con respecto a los datos relacionados la imagen corporal, corridos a las progenitoras, se verifica que hay diferencias entre la "imagen deseada" percibida por la madre y la "imagen real percibida" por los niños (H7).

A continuación y lo que respecta a los medios de comunicación y la influencia de los medios y modelos estéticos, tales como la publicidad, parece que esta influencia va creciendo entre los 12 y los 15 años y esto parece ser más preocupante en las mujeres, que parecen sufrir una mayor influencia de anuncios y modelos sociales, pero tal como los niños esta influencia es menor con respecto a mensajes verbales y situaciones sociales. Nos quedó como preocupación particular en relación a los avances tecnológicos y cómo los niños y adolescentes pueden estar siendo afectados por el uso de la información que se vehicula a través de Internet y de las principales redes sociales, que presentemente se utiliza con frecuencia por la población infantil y adolescente. Incluso los vídeos que circulan libremente en Internet y son fácilmente accesibles a cualquier edad y que de una manera menos controlada y regulada, como por ejemplo la televisión, las revistas y la publicidad pueden convertirse en medios de pasaje de información y modelos que podrán interferir con la forma como niños y adolescentes se evalúan y a su cuerpo.

Otro aspecto que merece especial atención, es lo que corresponde a los resultados obtenidos en relación con el apoyo social, ya que encontramos que si bien la familia se considera como el principal prestador de apoyo, sin embargo, un número importante de elementos de la muestra se percibió poco apoyado a este nivel. Los estilos de vida actual, las dificultades económicas y la necesidad de los padres quedaren ausentes durante largos períodos del día debido a las compromisos profesionales, pueden dejar a los niños y adolescentes

más susceptibles, por falta de control parental, para llenar ese mismo tiempo con medios tecnológicos promotores de información que puede proporcionar modelos inadecuados o incluso perjudiciales.

Otra de las conclusiones que nos llamó la atención tiene que ver con los resultados hallados en relación con el perfeccionismo y su importancia y utilidad para determinar la influencia de esta variable como factor de vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios. Aunque no sea un factor que actúa de modo aislado, sino en interacción con otros factores de riesgo, debe ser dedicado tiempo a la investigación y la comprensión de su papel en interacción con otras variables de riesgo. y su implicación en la aparición posterior de un trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados requieren atención con respecto a las edades estudiadas, una vez que un más alto perfeccionismo auto dirigido o socialmente prescrito emerge en la literatura como un factor que incrementa el riesgo de desarrollo trastorno alimentario en adolescentes (Flett & Ediger 1995; Pàmies & Quiles, 2014). Lo que hallamos es consistente con la literatura científica que parece hacer clara que tanto el perfeccionismo auto-orientado, como el prescrito socialmente, son particularmente relevantes en el desarrollo de estos trastornos, exponiendo una relación no solo con la realización de dietas como con el aparecimiento de síntomas bulímicos en diferentes estudios (Bardone-Cone, Weishuhn & Boyd, 2009; Bastini Rao, Weltzin & Kaye 1995; Castro *et al.,* 2003; Hewitt, Flett y Ediger 1995)

Llegamos a la conclusión mediante el análisis de los resultados de los instrumentos aplicados, que se identificaron variables predictivas de desarrollo de trastornos alimentarios en mayor o menor grado en la población de estudio, que estos son más altos en niña que en niños (H8) y se diferencian según la edad (H9) y escuelas de proveniencia de los alumnos.

).

La importancia del estudio de los factores de riesgo, es un paso hacia la detección temprana de casos probables de modo oportuno, y la escuela pública un lugar importante y deseable para hacer promoción de la salud (Borresen & Rosenvinge, 2003). La utilidad práctica de los factores en este estudio, es que estos pueden ser aplicados a los programas de prevención para niños y adolescentes.

Estas condiciones psicopatológicas no deben señaladas como el resultado de una personalidad pré mórbida, sino que desde una perspectiva socio-psicológica que explica cómo los factores socio-cultural individual interactúan en el desarrollo de estas condiciones. (Gustafsson, *et al*., 2010). La importancia de la creación de mecanismos de detección, por ejemplo, integrado en proyectos de apoyo a la salud que permitan, teniendo en cuenta los principales factores de riesgo, identificar tempranamente los trastornos de la alimentación facilitaría el seguimiento de estos casos con objetivo de ser observar su evolución, permitiendo la intervención oportuna cuando sea necesario. Aunque la prevalencia de trastornos de la alimentación es baja, tanto en Portugal como en otros países, los disturbios que no cumplen todos los criterios diagnósticos, no deben dejar de obtener nuestra atención.

Por último, las principales limitaciones de nuestro estudio y las propuestas o sugerencias pertinentes para la conceptualización de la investigación futura se presentarán, dirigidas a contribuir a los avances en la comprensión y clarificación de la etiopatogenia de anorexia y bulimia nerviosas así como los factores de riesgo asociados.

LIMITAÇÕES E CONTRIBUTOS DO ESTUDO

Importa finalmente referir que este estudo apresenta quer aspectos bastantes relevantes e considerados como pontos fortes e também algumas limitações de que nos fomos apercebendo quer no decorrer da investigação quer aquando da análise dos resultados e conclusões.

Um aspecto peculiar do nosso estudo foi o uso de uma grande amostra fornecendo um bom nível de confiança nos resultados. Para além disso, a amostra pode ser considerada representativa dos alunos com idades compreendidas entre os 10 anos de idade e os 16 anos. No entanto, parece-nos importante salientar também a limitação deste aspecto, uma vez que a dimensão da amostra conferiu dificuldades acrescidas. Por outro lado, apesar da dimensão da amostra, não a poderemos considerar representativa da população portuguesa uma vez que se tratou de uma amostra proveniente de uma zona específica do país.

Outros dos aspectos relevantes foi o facto de termos utilizado o EDI-2 e o EAT-25, considerados dos instrumentos empiricamente mais confiáveis e que permitem diagnosticar uma perturbação do comportamento alimentar, numa amostra da dimensão da por nós utilizada. Ainda no que toca aos instrumentos utilizados, parece-nos agora discutível a utilização de um número tão elevado de testes, uma vez que se tratou de população não clínica.

Os estudos no âmbito das perturbações do comportamento alimentar em população escolar, apresentam questões específicas de realização, não só devido à baixa prevalência na população geral, mas também à tendência que os sujeitos podem ter a negar a doença, por vergonha, ou por acharem que têm mesmo que comportar-se assim. Colocando esta suposição, os números correspondentes à população em risco, poderá ser mais elevado do que os que apurámos e pode aumentar o risco de

crianças e adolescentes necessitarem de intervenção. O facto de se ter tratado de um estudo em população geral traz também a vantagem de perceber diferenças com estudos com população clínica e poder permitir esboçar-se trabalho de âmbito preventivo.

Outra das limitações encontradas prende-se com a necessidade de ter sido construída uma entrevista específica para recolha de dados sócio- demográficos, mas referentes aos antecedentes familiares de perturbações alimentares, assim como dados referentes ao padrão alimentar e comportamentos face aos alimentos à data da aplicação do protocolo de investigação, que nos teria permitido extrair outros dados relevantes.

Em relação a futuras linhas de investigação, seria de todo o interesse utilizar pesquisas longitudinais com intervalos de tempo que permitissem perceber a evolução das variáveis por nós identificadas na população de acordo com as idades, verificando como actuam essas mesmas variáveis e onde mais especificamente se instalam no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

T

LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO:

Por último, importa señalar que este estudio contiene bastantes aspectos significativos y considerados como positivos, así como algunas limitaciones de que hemos dado cuenta, sea durante la investigación o durante el análisis de los resultados y discussión.

Un aspecto peculiar de nuestro estudio fue el uso de una amplia muestra que proporciona un buen nivel de confianza en los resultados. Por otra parte, la muestra puede considerarse representativa de estudiantes de edades comprendidas entre 10 años y 16 años. Sin embargo, también parece importante tener en cuenta las limitaciones de este aspecto, ya que el tamaño de la muestra ha creado mayores dificultades. Por otra parte, el tamaño de la muestra no puede considerarse representativa de la población portuguesa ya que esta fue una muestra de un área particular del país.

Otro aspecto relevante fue el hecho de que se utilizó el EDI-2 y el EAT- 25, considerados los instrumentos empíricamente más confiables en el ámbito ya que permiten diagnosticar trastornos alimentarios en una muestra del tamaño del que desarrollamos. Sim embargo y respecto a las herramientas utilizadas, parece cuestionable ahora la utilización de un número tan grande de pruebas una vez que so se trató de población clínica.

Los estudios realizados en el contexto de los trastornos alimentarios en niños en edad escolar, tienen problemas específicos de realización, debido a la baja prevalencia en población general, sino también la tendencia que el sujeto puede tener a negar su enfermedad, por vergüenza, o porque piensan que tienen que portarse así. Poner este supuesto, el número de niños y adolescentes en situación de riesgo puede ser mayor que lo que se encontró y pueden aumentar el riesgo de jóvenes que requieren intervención preventiva. El hecho de este estudio

se haber tratado de población general, tiene también la ventaja de percibir diferencias entre este estudio y otros con población clínica y poder permitir un diseño en ámbito preventivo de trabajo.

Otra de las limitaciones encontradas se refiere a la necesidad de haber sido han construido un cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos específico que incluyera cuestiones de antecedentes familiares de trastornos alimentarios, o datos relativos a los patrones alimentarios de los niños, realización de dietas en la fecha de aplicación, lo que habría permitido extraer otros datos relevantes.

Con respecto a las futuras líneas de investigación, sería de interés la utilización de encuestas longitudinales con intervalos de tiempo que permitan entender la evolución de las variables que identificamos nosotros en la población según las edades, comprobando cómo actúan estas mismas variables y donde específicamente se asientan en el desarrollo de trastornos alimentarios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

AbdulKader, F. A., & Eissa, M. A. (2012). Psychometric properties of the Arabic version of the Child and Adolescent Perfectionism Scale in a sample of Egyptian adolescents. *Islamic Association for Human Cognition Magazine*, 1, 1-7.

Abraham, S. F., Mira, M., Lewellyn-Jones, D. (1983). Bulimia: A study of outcome. *International Journal of Eating Disorders,*2, 175-180.

Abreu, C. & Cangelli, R. (2004). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: a psychotherapeutic cognitive- constructivist approach. *Revista*

Abreu, C., &Cangelli F.R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31(4)*, 177-183.

Ackard, D., & Peterson, C. (2001). Association Between Puberty and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders, 29(2)*, 187-94.

Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T. &Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.

Aliyev, B. & Türkmen, A. (2014). Parent, peer and media effect on the percepcion of body image in preadolescent girls and boys. *Universal Journal of Psychology, 2*(7), 224-230.

Alvarenga, M.D.S., (2001). Bulimia Nervosa: Avaliação do padrão e comportamento alimentares. FCF/FEA/FSP. São Paulo. Tese de Doutoramento não publicada.

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *Third Edition Revision (DSM-III-IV)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1996). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- *Texto Revisto(4.ªed.) (DSM-IV)* Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 1994).

American Psychiatric Association (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- *Texto Revisto(4.ªed.) (DSM-IV-TR)* Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 2000).

American Psychiatric Association (2006). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- *Texto Revisto(4.ªed.) (DSM-IV-TR)* Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 2000).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM- V (5.ª ed.)Washington: American Psychiatric Association.

Anastácio, Z., & Carvalho, G. (2006). Saúde na Adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima. In B. Pereira, & G. Cavalho, *Actividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 49-61). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas.

Anderson, C. B., & Bulik, C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors, 5*(1), 1-11.

Andújar R. T. (2001).*Implicaciones psicológicas de la baja talla en niños. Un estudio en población escolarizada.* Sevilla: Tese de Doutoramento não publicada.

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (1994/95). Diferenças na Percepção de Apoio Social na Adolescência: Adaptação de uma Escala, o "Social Support Appraisals" (ssa) de Vaux et al. (1980). *Cadernos de Consulta Psicológica, 10/11*, 115-127.

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2000). Relations beteween self-concept and social support appraisals during adolescence: A longitudinal

study. *Psychology:The Journal of the Hellenic Psychological Society, 7*, 339-353.

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de Apoio Social na Adolescência: Análise Fatorial Confirmatória da Escala Social Support Appraisals. *Paidéia, 15(32)*, 355-366.

Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia, Bulimia, Obesidade.* Lisboa: Instituto Piaget.

Araújo, A.C.,& Neto, F.L. (2014). A nova classificação Americana para os transtornos mentais- O DSM-V. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,*16 (1), 67-82.

B

Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I. D., Reis, D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population.*European Eating Disorders Review,* 4, 260-270.

Bardone-Cone, A., Weishuhn, A., & Boyd, C. (2009). Perfectionism and Bulimic Symptoms in African American College Women: Dimensions of Perfectionism and Their Interactions With Perceived Weight Status. *American Psychological Association, 56(2)*, 266-275.

Barlow, David H. (2001). Clinical Handbook of Psychological Disorders (3ª Ed.) New York. London: TheGuilford Press.

Barrón, A.; Lozano, P. & Chacón, F. (1988): Autoayuda y apoyo social. Em A. Martín *et al*., (eds.). *Psicología Comunitaria.*Madrid: Pirámide.

Bas, A. & Siyez, D.M. (2010). Adaptation of The Child and Adolescent Perfectionism Scale To Turkish: The Validity and Reliability Study. *Elementary Education Online, 9*(3), 898-909.

Bastiani, A.M.; Rao, R.; Weltzin, T. & Kaye, W.H. (1995).Perfectionism in anorexia nervosa.*International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 147-152.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1982).Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro: Zahar.

Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B. & Hamburg, P. (2002).Eating Behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls.*British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.

Becker, A. E., Grinspoon, S.K., Klibanski, A. & Herzog, D.B., (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine, 340*, 1092-1098.

Benavente, M., Morilla, F., Leal, C., & Benjumea, M. (2003). Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención Primária, 32(7)*, 403-409.

Berger, U., Weitkamp, K., & Strauss, B. (2009). Weight limits, estimations of future BMI, subjective pubertal timing and physical appearance comparisons among adolescent girls as percursors of disturbed eating behaviour in a community simple. *European Eating Disorders Review, 17* (2), 128-136.

Bizeul, C., Sadowsky, N., & Rigaud, D. (2001). El valor pronóstico de los valores iniciales de EDI en pacientes de anorexia nerviosa:un estudio de seguimiento prospectivo de 5-10 años. *European Psychiatry, 8*, 419-425.

Borresen, R. & Rosenvinge, J. (2003).From prevention to health promotion. In Treasure,J., Schmidt, U. & Furth, E. (org.) *The handbook of eating disorders.* 2nd Edition (pp 435-453). London: John Wiley & Sons, Lda.

Bouça, D. (2000). *Anorexia Nervosa, Minha Amiga* (2.ªed.) Porto: Ambar.

Brandão, I. (2007). *Anorexia e Bulimia* (Vol. 4). Matosinhos: QUIDNOVI-Edição e Conteúdos S.A.

Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Book.

Bushnell, J.A., Wells, J.E., Hornblow, A.R., Oakley-Brown, M.A., &Joyce, P. (1990).Prevalence of three bulimic syndromes in the general population.*Psychological Medicine*, 20, pp. 671-680.

Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson C., Mazzeo, S.E., Aggen, S. & Sullivan F. (2003).The relation Between Eating Disorders and

Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry,* 160, 366-368.

Buyukbayraktar, C. & Ure, O., (2014). The relationship between perfectionism and anger. *Anthropologist, 18* (3), 835-846.

C

Caballo, V. (2005). Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente- Transtornos Gerais. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Caplan, G. (1974). Social systems and community mental health.New York: Basic Books.

Carmo, I. (1994). *A vida por um fio:a anorexia nervosa.* Lisboa: Relógio D´Água.

Carmo, I. (1997). Magros, Gordinhos e Assim-Assim: perturbações alimentares dos jovens. Porto: Edinter.

Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: A Portuguese Population Study. *European Eating Disorders Review*, 4(3),157-170.

Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa,* 12, 301-316.

Carvalho,C. (2012). *Estilos educativos parentais, hábitos/comportamentos alimentares e sintomas do perturbação de comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Miguel Torga.

Cassel, J. (1974). Psychological processes and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance.*American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cash, T.F. &Labarge, A.S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A New Cognitive Body-Image Assessment. *Journal of Cognitive Therapy and Research,* 20, 37-50.

Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. & Toro, J. (2004).Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of adolescent health,35,*392-398.

Cervera, M. (1996). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Martínez Roca.

Cervera, M. (2005). Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia. Pirámide. Madrid.

Choy, G., & McInerney, V. (2006). Multidimensions of Perfectionism and Self-Concept in School Aged Children. *Australian Association for Research in Education.* Adelaide, South Australia.

Clausen, L., Rokkedal, K., Rosenvinge, J. (2009). Validating the Eating Disorder Inventory (EDI-2) in two Danish samples: A comparison between female eating disorder patients and females from the general population. *European Eating Disorders Review, 17* (6), 462-467.

Cohen, L. & Holliday, M. (1982). Statistics for Social Scientists. London: Harper & Row

Cohen S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology,* 7 (3), 269-297.

Collins, M.E. (1991). Body Figure Perceptions and Preferences Among Preadolescent Children. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (2), 199-208.

Collins, S. & King, M. (1994). Ten-year follow up of 50 patients with Bulimia nervosa. *BritishJournal of Psychiatry*, 164, 80-87.

Cooper, P.J. (1995). Bulimia nervosa and binge-eating: a guide to recovery. London: Robinson.

Cordás, T.A., & Claudino, A.M. (2002). Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3)*3-6.

Cunha, A.I., Relvas, A.P. & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: perceived family functioning coping strategies, beliefs and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology 9* (2), 229-240.

D

Daley, K., Jimerson, D., Hearherton, T., Metzger, E., & Wolfe, B. (2008). State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of Eating Disorders , 41(2)*, 159-163.

Davis, C., Claridge, G., & Fox, J. (2000).Not Just a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 67-73.

Devaud, C., Michaud, P.A. &Narring, F. (1995). "Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders.*Revued´epidemiologie et de Santé Publique,* 43 (4), 347-360.

Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., Derron, C., &Michaud, P.A. (1998). Eating disorders among female adolescents in Switzerland: Prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 207-216.

Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernandéz-Ballesteros, *El ambiente, Análisis psicológico.* Madrid: Pirámide.

Dixe, M. (2002). *Aspectos familiares nas doenças do comportamento alimentar.* Tese de Doutoramento (Não publicada), Universidad de Extremadura. Faculdad de Educación, Badajoz.

Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 4(25)*, 559-569.

Duchin, O. (2013). *Body image perception and adiposity in school- age children.* Tese de Doutoramento (Não publicada) University of Michigan.

E

Eisler, L., Dare, C., Hodes, M., Russel, G., Dodge, E. & LeGrange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the result of a controlled comparison of two family interviews. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 41*(6), 727-736.

Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eating and Weight Disorders*, *11* (3), 96-101.

Epel, E.S., Spanakos, A., Kasl-Godley, J. & Brownell, K.D. (1996).Body shape ideals across gender, sexual orientation, socioeconomic status, race, and age in personal advertisements.*International Journal of Eating Disorders,* 19(3), 265-273.

Escrivá, V. M., & Navarro, D. F. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. aplicación de un programa para niños en edad escolar (11-14 anos). *Revista de Psicología General y Aplicada, 49(2)*, 279-290.

Esparza, M. L., García, J. S., & Flores, R. E. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental, 34*, 203-210.

F

Fahy, T.A., Russell, G.F.M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,*14(2), 135-145.

Fairburn C.G. (2008). Eating Disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioural therapy. In C.G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-22). New York: The Guilford Press.

Fairburn, C.G., Kirk, J., O´Connor, M., Cooper, P.J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavioral Research Therapy*, 24 (6), 629-643.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C.. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D. & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn, C.D & Wilson, G.T. (org.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press

Fairburn, C.G, Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P,& O´Conner, M. (2000). The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women.*Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica, 4 (23)*, 361-371.

Faria, L., & Fontaine, A. M. (1995). Adaptação do Self Perception Profile for Children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. Psicologia, 10 (3), 129-142.

Faria, L., & Fontaine, A. (1995). Reflexões sobre a adaptação de um instrumento de auto-conceito a crianças e pré-adolescentes:self perception profile for children(SPPC) de Harter. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (pp. 323-330).

Faria, L., Pepi, A., & Alesi, M. (2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica, 4(23)*, 747-764.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A., & Munro, Y. (2001). The Child and Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment.

Manuscrito não publicado. Departamento de Psicologia. University of Columbia, Canada.

Fergunson, C.J., Muñoz, M.E., Garza, A., & Galindo, M. (2014). Concurrent and Prospective Analyses of Peer, Television and Social Media Influences on Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms and Life Satisfaction in Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence 43* (1), 1-14.

Fernández, M. L., Otero, M. C., Castro, R., & Prieto, M. F. (2002). Eating Disorders in Spanish University Students. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30(6)*, 343-349.

Flett, G. L., Beser, A., Davis, R. A. & Hewitt P.L. (2003).Dimensions of Perfectionsm, Uncondicional Self-Acceptance, and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy,* 21 (2), 119-138.

Fontaine, A., & Antunes, C. (2002/2003). Avaliação do auto-conceito e da auto- estima na adolescência: comparação de dois instrumentos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 17/18*, 119-133.

Freeman, R.J., Beach, B., Davis, R., & Solyom, L. (1985). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research,* 19, 349-353.

Freitas, S., Gorenstein, C. & Appolinario, J. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24* (3), 34-38.

G

Pestana,, H. & Gageiro, J.N. (2008). Análise de dados para ciências sociais. Edições Sílabo.

Gardner, R.M., Brown D.L. (2010) Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences 48* (2), 107–111.

Garner, D.M. (1987). Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 129-140.

Garner, D.M. (1993). Phatogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, *341*(8861), pp. 1631-1635.

Garner, D.M. (1997). The body image survey results. *Psychology Today*, Jan /Feb, 30-84.

Garner, D. M. (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. TEA Ediciones.

Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and Validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.

Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1984). Comparison between weight–preoccupied women and anorexia nervosa. *Pshycosomatic Medicine*, *46* (3), 255-266.

Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconccepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud, 12* (3), 289-304.

González, F. S., Leal, F. V., Guisado, J. A., & Lozano, L. G. (2003). Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. *Nutrición. Hospitalaria., 18* (5), 259-263.

González, M., Hernandéz, S. & Marín, J. (2012). Distorsión de la percepción corporal en adolescentes com anorexia nerviosa de início temprano vs tardio. *Clinica y Salud, 23* (2), 111-121.

Gouveia, J.P. (2000). Factores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. *In* Isabel Soares (Ed.)., Psicologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In) adaptativas ao longo da vida (pp. 236- 314). Coimbra: QuartetoEditora.

Gowers, S.G. & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry,* 179, 236-242.

Gravener, J., Haedt, A., Heatherton, T., & Keel, P. (2008). Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders, 41*(1), 57-63.

Grissett, N.I., &Norvell, N.K. (1992).Perceived Social Support, social skills and quality of relationships in bulimic women. *Jounal of Consult in gand Clinical Psychology*,60, 293-299.

Groth-Marnat, G. &Micheln N. (2000).Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia.*Social Behavioral Personality*, 28, 279-92.

Guedes, S.M., Andújar, R.T., & Revuelta, F. (2005). *Comportamiento alimentario y perfeccionismo en una muestra de jóvenes portuguesas y españolas.* Tesina não publicada, Universidad de Huelva (Programa de Doctorado en Tendencias Actuales en Psicología- Biénio 2003-2005, Huelva.

Gustafsson, S.A., Edlund, B. Kjellin, L. & Norring, C. (2010). Characteristics measured by the esting disorder inventory fo children at risk and protective factors for disordered eating in adolescent girls. *International Journal of Women´s Health, 2,* 375-379.

H

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Stroeber, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M. Treasure, J., Berrettini, W. & Kaye, W. H. (2000).Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1799-1805.

Harrison, K., & Cantor, J. (1997).The relationship between media consumption and eating disorders. Journal of Communication, 47(1), 40-67.

Hartmann, A., Herzog, T., Drinkman, A. (1992).Psycotherapy of bulimia nervosa: what is effective? A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 159-167.

Hay, P. J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado actual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3)*, 13-7.

Haycraft, E. & Blisset, J. (2010). Eating diorders symptoms and parenting styles. *Appetite, 54*(1), 221-224.

Henderson, S., Byrne, D.G., & Duncan Jones, P. (1981). Neurosis and the social environment (Personality, Psychopathology, and Psychotherapy). Sydney: Academic Press.

Herzog, D.B., Nussbaum, K.M. &Marmor, A.K. (1996).Comorbidity and Outcome in Eating Disorders.*Psychiatric Clinics of North America, 19* (4), 843-859.

Herzog, D.B., Grenwood, D.N., Dorer, D.J. Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Richards, A., Blais, M.A. & Keller, M.B. (2000). Mortality in Eating Disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders, 28*(1), 20-26.

Hewitt, P.L., & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60, 456-470.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., Turnbull-Donovan, W. & Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 464-468.

Hewitt, PL., Flett, G.L., & Ediger E. (1995).Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes, characteristics, and symptoms.*International Journal of Eating Disorders*. 18 (4), 317-326.

Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callender, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients*. Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 95-101.

Hill A. J., (2011). Body image assessment of children. In: Cash T.F., Smolak L. (eds). Body image: a handbook of science, practice, and prevention, 2nd ed., pp 138–145.New York Guilford Press,

Hill, A. J., & Franklin, J.A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 3-13.

Himes, J., & Dietz, W. (1994). Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from a expert committe. *American Journal of Clinical Nutrition, 59*, 307-316.

Hoek, H.W., Bartelds, A.I.M., Bosveld, J,J.F., Van der Graaf, Y, Limpens, V.E.L, Maiwald, M. &Spaaij, C.J.K. (1995).Impact of urbanization on detection rates if eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272-1278.

Hoeken, D., Seidell, J. & Hoek, H. (2003). Epidemiology. In Treasure,J., Schmidt, U. & Furth, E. (org.) *The handbook of eating disorders.* 2nd Edition (pp 11-34). London: John Wiley & Sons, Lda.

Hogan, M.J., & Strasburger, V.C., (2008). Body image, Eating disorders and Midia. *Adolescent Medicine, 19*, 521-546.

Hsu, L.K.G., (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-237.

Hsu, L.K.G., & Holder, D. (1986). Bulimia Nervosa: treatment and short-term outcome. *Psychological Medicine*, 16, 65-70.

Hussin, D., Mohammad, I., Al-Hamad, H., Makboul, G. & Elshazky, M. (2011). Weight status and perceived body size image in overweight and obese children 8-12 years old. *Alexandria journal of Medicine, 47* (4), 365-371.

I

Isomaa, R., Isomaa, A.-L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Björkqvist, K. (2009). The Prevalence, Incidence and Development of Eating Disorders in Finnish Adolescents-A Two-step 3-year Follow-up study. *European Eating Disorders Review, 17* (3), 199-207.

Irving, L.M. (1990). Mirror Images: effects of the standard beauty on the self and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9* (2), 230-242.

J

Jacobi, C., Agras, S., & Hammer, L. (2001). Predicting Children´s Reported Eating Disturbances at 8 years of age. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(3)*, 364-372.

Jacobson, R. y Robins, C.J. (1989).Social Dependency and Social Support in Bulimic and Nonbulimic Women. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (6), 665-670.

Johnson, J.C., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. (2002).Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (5), 1119-28.

Joiner, T., Rudd, M., Heatherton, T., & Schmidt, N. (1997). Perfectionism, perceived weight status and bulimic symptoms:two studies testing a diathesis stress model. *Journal of Abnormal Psychology, 106 (1)*, 145-153.

Jorquera, M., Baños, R.M., Cebolla, A., Rasal, P. & Etchemendy, E. (2012). Psychometric properties of the questionnaire of sociocultural influences on the aesthetic body shape model (CIMEC-26) in female spanish adolescentes. *European Eating Disorders Review*, 20(3),255-256.

K

Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. & Grierson, D. (2010). General Psychopathology in anorexia nervosa: the roleof psychosocial factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 17(6) 519-527.

Karwautz, A. (2003). Risk and protection factors for anorexia nervosa. In G. Cava, & L. R. Moreno, *Anorexia Nerviosa.* Valencia: Ed. Ariel S.A.

Kennedy,S.H. &Garfinkel, P.E. (1992). Advances in diagnosis and treatment of anorexia and bulimia nervosa.*Canadian Journal of Psychiatry, 37,* 309-315.

Keel, P. A., Leon, G. R. & Fulkerson, J. A. (2003).Vulnerability to Eating Disorders in Childhood and Adolescence.In Ingram, Rick E. (Eds), Vulnerability to Psychopavthology- Risk across the lifespan. New York. London: The Guilford Press.

Keel, P.K. & Mitchell, J.E. (1997).Outcome in Bulimia Nervosa.*American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.

Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T. & Crow, S.J. (1999).Long term outcome in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.

Keller, M.B., Herzog, D.B., Lavori, P.W., Bradbum, I.S. & Mahoney, E.M. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *International Journal of Eating Disorders, 12* (1)*, 1-9.*

Keski-Rahkonen, A.,*et al*. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *The American Journal of Psychiatry*,*164* (8), 1259-1265.

Kolodner, C.R. (1997). Media influences on male and female non-eating –disordered college students: A significant issue. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 5, 47-57.

Kurth, C.L., Krahn, D.D., Nare, K., &Drewnowsky, A. (1995). The severity of dieting and bingeing behaviours in college women interview validation of survey data. *Journal of Psychiatry Research, 29,* 211-225.

L

Laus, M. Costa, B., & Almeida, S. (2011).Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass índex in Brazilian adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 60* (4), 315-320.

Lacey, J.H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome.*British Medical Journa (Clinical Research ed.),*286, 1609-1613.

Lambe, C.S., Jackson, L.A., Cassidy, P.B. & Priest, D.J. (1993). Body figure preferences of men and women: a comparision of two generations. *Sex Roles, 28,* 345-358.

Lázaro, R. (2003). Prevention of risk factors for eating disorders in adolescents: a challenge for primary care. *Atención Primária, 32(7)*, 408-409.

Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43* (1), 1-5.

Leonidas, C. & Santos, M. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 10*, 915-927.

Lerner, H. (1990). *Mulheres em terapia.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Levine, M.P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994).The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471-490.

Levine M. P., &Smolak, L., (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M.P. Levine & R.H. Striegel- Moore (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for research, prevention and treatment* (pp 235-237). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders, 32*(4), 426-440.

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). Social support, life events, and depression. New York: Academic Press,Inc.

Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & Mc Dougal, (2012). Eating disorders and social support: perspectib«ves of recovered individual. *Eating Disorders, 20* (3), 216-231.

Livingston, C., & High, B. (2015). Family structure, racial socailization, perceived parental involvement, and social support as predictores of self- esteem in African american college students.*Journal of black studies, 46* (7), 655-677.

Lokken, K., Worthy, S. L &Trautmann J. (2004). Examining the Links Among Magazine Preference, Levels of Awareness and Internalization of Sociocultural Appearance Standards and Presence of Eating- Disordered Symptoms in College Women. *Family and Consumer Sciences Research Journal,* 32 (4), 361-381.

Lombardo, C., Battagliese, G., Pezzuti, L., & Lucidi, F. (2014). Validity of a figure rating scale assessing body size perception in school-age children. *Eating and Weight Disorders,* 19 (3), 329-336.

Lourenço, E., Salsa, M., & Mendes, C. (2006). *Anorexia Nervosa: Para Além da Imagem Reflectida no Espelho .*Universidade Católica de Braga.

Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L.& Herzog, W., (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study.*Psychological Medicine, 31*(5), 881-890.

Lunner, K., Werthelm, E. H., Thomson, J.K., Paxton, S. J., McDonald, F, F. & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorder,*28, 430-435.*s*

M

Machado, B.C. (2010). Factores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho: Braga.

Machado, Paulo P.P., Gonçalves, S., Martins, C. & Soares, I. (2001). The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *European Eating Review*, 9, 43-52.

Machado, P.P., Fernández, M. L., Gonçalves, S., Martins, C., Otero, M.C., Machado, B. C., Castro, Y. R. &Prieto, M.F. (2004).Eating related problems amongst Iberian female collage students. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 4(3), 495-504.

Machado, P.P., Machado, B.C., Gonçalves, S.&Hoek, H.W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders,* 40, 212-217.

Marcos, Y.Q.;Cantero, Maria C.T. & Sebastián, M.J.Q., (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, (2) ,313-333.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS.* Lisboa: Sílabo.

Marques, A. (2007). *Comportamentos e Distúrbios Alimentares Estudo da Interacção entre a Pressão para a Magreza, a Satisfação com o Corpo e os Factores Individuais.* Coimbra: Formasau-Formação e Saúde Lda.

Martínez-González, M., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irala-Estévez, J., & Cervera, S. (2003). Parental Factors, Mass Media Influences, and the Onset os Eating Disorders in a Prospective Population-Based Cohort. *Pediatrics, 111*, 315-320.

Martins, R. (2005). A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 128-134.

Mas, M.V., Aranda, F.F., Murcia, S., Gil, T. & Ruiloba, J. (2001). Baja auto estima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio de casos controles. *Psicología Conductual,* 9 (2), 267-278.

Massoubre, C., Jaeger, B., Schmidt, U., Soares, I, Papezova, H., Denia, M., Faragalli, G., Westerlund, A.M., Pellet, J. & Lang, F. (2005). FPI profiles in a European sample of 1068 female patients suffering from anorexia or bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review,*13, (3), 201-210.

Matos, M., *et al*. (1995). Avaliação do comportamento social nos adolescentes: Alguns factores de risco. In Silva *et al*. (Ed.), Os jovens e a justiça (pp. 247-270). Lisboa: APPORT.

Mc Cabe M.P. & Ricciardelli L.A. (2001). Body Image and Body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 9, 335-347.

Mc Nicholas, F., Lydon, A., Lennon, R., & Dooley, B. (2009). Eating concerns and media influences in an Irish adolescent context. *European Eating Disorders Review, 17*, 208-213.

Minunchin, S., Rosman, B. & Lebaker, L. (1978). Psychossomatic families: anorexia nervosa in context. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia Familiar* (8.ª ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.

Mitchell, J.E., Davis, L. & Goff, G. (1985). The process of relapse in patients with Bulimia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 4, 457-463.

Mitchell, J.E., Raymond, N., & Specker, S. (1993). A review of controlled trials of pharmacotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 229-47.

Monro, F., & Huon, G. (2005). Media-Portrayed Idealized Images, Body Shame and Appearance Anxiety. *International Journal of Eating Disorders, 38(1)*, 85-90.

Morandé, G., Celada, J. & Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school age population.*Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.

Moreira, P. & Peres, E. (1996). Alimentação de Adolescentes. *Revista de Alimentação Humana,* 2 (4), 4-44.

Moura, E. (1947). *Anorexia Mental (Edição fac-similada).* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Muris, P., Meesters, C., Blom, W., & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors,* 6, 11-22.

N

National Research Council.Recommended Dietary Allowances. 10ª Ed. Washington: 1989.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M. & Blum, R. W. (1998).Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey.Journal of the American Dietetic Association, 98, 1449 -1456.

Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*,24(2), 201-214.

Nunnally, J.C. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw Hill inc.

Nunes, M. (2004). Apoio Social na Diabetes. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 135-149.

O

O´Dea J. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. I*nternational Journal of Eating* Disorders, 28, 43-57.

Oliveira, R,A. (2001). Psicologia Clínica e reabilitação física -Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, A. L. (2009). *Adaptação do instrumento: avaliação da imagem corporal em crianças/adolescentes de raça negra residentes em Portugal.* Trabalho de Investigação não publicado, Universidade

do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.

Oliveira, L. L. (2009). *Jovens com Comportamentos de risco para o Desenvolvimento de Transtornos Alimentares:Variáveis Culturais e Psicológicas.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física.*Lisboa: ISPA.

Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., & Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa.*American Journal of Psychiatry*, 151(5), 738-743.

OMS, (2009. WHO Child Growth Standards Growth velocity base don weight, lenght and head circunfrence. Methods and Development. World Health Organization.http://www.who.int/childgrowth/ standards/en/

Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A. Nishida, C. & Siekmann, J. (2007). Development of a who growth reference fi«or scholl-age children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization, 85* (9), 660-667.

P

Pamies L. & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de transtornos alimentários en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de Psicologia, 30*(2), 620-626.

Pawluck, D.E.& Gorey, K.M., (1998). Secular trends in the incidende of anorexia nervosa: Integrative review of population based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 347-352.

Peixoto, F. (2003). Auto- estima, auto-conceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar.Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Minho.

Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, auto-conceito e rendimento académico. *Análise Psicológica, 1(22)*, 235-244.

Peixoto, F., & Almeida, L. (1999). Escala de Autoconceito e Autoestima. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões, & APPORT (Ed.). Braga.

Peixoto, F., Alves-Martins, M., Mata, L., & Monteiro, V. (1997). Escala de Auto-Conceito para adolescentes de Susan Harter. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões, & APPORT (Ed.), *Avaliação Psicológica:Formas e Contextos* (Vol. V, pp. 277-284). Braga.

Peñas-Lledó, E., de Dios Fernández, J., & Waller, G. (2004). Association of anger with bulimic and other impulsive behaviors among non-clinical women and men. *European Eating Disorders Review, 12*(6), 392-397.

Pereira, A., Maia, B., Bos, S., Soares, M., Marques, M., Macedo, A. & Azevedo, M., (2008). The portuguese short- formo f the Eating Attitudes Test- 40. *European Eating Disorders Review, 16*

Pérez-Gaspar, M.. Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F.,& Cervera, S. (2000). *Medicina Clínica*, 114 (13), 481-486.

Perrin, E., Heinonen-Boone, J., Field, A., Coyne-Beasley, T., & Gordon-Larsen, P. (2010). Perception of Overweight and Self-esteem During Adolescence. *International Journal of Eating Disorders,* 43(5), 447-454.

Peterson, K., Paulson, S., & Williams, K. (2007). Relations of Dating Disorder Symptomology with Perceptions of Pressures from Mother, Peers, and Media in Adolescent Girls and Boys. *Sex Roles, 57*, 629-639.

Phelps, L., Johnston, L., Jimenez, D., Wilczenski, F., Andrea, R., & Healy, R. (1993). Figure preference, body dissatisfaction and body distorcion in adolescence. *Journal of Adolescent Research, 8(3)*, 297-310.

Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31(4)*, 158-160.

Pocinho, M. (2000). *Peso, Insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: um contributo para o estudo das suas relações.* Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Polivy, J. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.

Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T. &Agras, W. S., (2001). Perfectionism in Women With Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders,* 29 (2), 177-186.

Pyle, R.L., Mitchell, J.E., Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C, & Zimmerman, R. (1990). Maintenance treatment and 6 month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. The *American Journal of Psychiatry,* 147, 871-875.

Q

Quiles, M. J., & Espada, J. P. (2004). *educar en la autoestima:propuestas para la escuela y el tiempo libre.* Madrid: Editorial CCS.

R

Raich, R. (1999). Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid:Ediciones Pirâmide.

Raich, R. (2001). *A Anorexia e Bulimia.* Lisboa: McGraw-Hill.

Rathner, G., Túry, F., Szabó, P., Geyer, M. Rumpold, G. Forgács. A.,Söllner, W., & Plöttner, G. (1995). Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychological Medicine, 25,* 1027-1035.

Reis, S., (1999). Necesidades especiales de las niñas y mujeres muy inteligentes. In Ellis J. L. & Willinsky, J.M. (org.). Niñas, mujeres y superdotación. Madrid: Narcea, 1999. 61-78.

Rodríguez, S. & Cruz, Soledad. (2008). Insatisfacción Corporal en Adolescentes Latinoamericanas y Españolas. *Psicothema*, 2008, vol.20, n.º1, pp131-137.

Romero, M. Á., & García-Villamisar, D. (2007). *Él síndrome del perfeccionista: El anancástico.* Córdoba: Almuzara.

Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., (1993). Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 249-260.

Rothenburg, A. (1990). Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 469-88.

Russel, G. F. (1997). The history of bulimia nervosa. In D. Garner, & P. Garfinkel, *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 11-24). New York: The Guilford Press.

Ruuska, J., Koivisto, A.-M., Rantanen, P., & Kaltiala-Heino, R. (2007). Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 452-458.

S

Sampaio, D. (1994). O que é a Anorexia Nervosa? In Carmo I. (org.), *A vida por um fio- A Anorexia Nervosa* (pp.45-100). Lisboa: Relógio D`Água Editores.

Sampaio, D. (1998). Vivemos Livres Numa Prisão. Lisboa: Caminho.

Sampaio, D. (2002). Doenças do Comportamento Alimentar. In Cordeiro J.C., (org.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 379-392). Lisboa: Fundação Callouste Gulbenkian.

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. & Jorge, Z. (1999). Doenças do Comportamento Alimentar- Manual para o clínico geral. Lisboa: Bial.

Sangeeta, R. & Sumitra, N., (2012) Adolescent´s self- concept: Understanding the role of gender and academic competence. *International Journal of Research Studies in Psychology, 1*(2), 63-71.

Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G. & Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics,65* (3), 158-62.

Santos, A.A. (2005). *Propensão para perturbações do comportamento alimentar, alexitimia e factores de eficácia no processamento da informação.* Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Santos, C. M., & Almeida, G. O. (2008). Anorexia Nervosa: uma revisão bibliográfica. *Psicologia em foco, 1(1)*, pp. 1-9.

Sarason, I.G., Pierce, G.R. &Sarason, B.R, ., (1990). Social Support and Interactional Processes: A Triadic Hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships,* 7 (4), 495-506.

Schmidt, Tiller & Treasure (1993). Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *International Review of Psychiatry*, 5, 51-60.

Seco, G. M., Casimiro, M. C., Pereira M.I., Dias, M.I.P. & Custódio, S. M. (2004).*Para uma Abordagem Psicológica da Transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Trabalho de investigação não publicado. Instituto Politécnico de Leiria. Retirado do WorldWide Web http://www.esel.ipleiria.pt/index.php?id=2081 em Junho de 2005.

Serra, A.V. (1987). Ansiedade Social: definição e conceitos. Psiquiatria Clínica, 8 (1), 17-25.

Serra, A. V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias.*Coimbra.

Seubert, A. (2009). *The why of eating disorders*. In Shapiro, R. (org.) EMDR Solutions II: For depression, eating disorders, performance and more (pp109-113). New York: Norton & Company, Inc.

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principals.Protocols and Procedures. 2nd Edition. New York: Guilford

Shapiro, F. (2012). EMDR Therapy: An overiew of current and future research. *Revue Européenne de Spychologie Appliquée, 62,* 193-195.

Shapiro, F. (2014). The role of Eye Movement Dessensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Adressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal, 18,* (1), 71-77.

Silva, D., Rego, C., Valente., Vasconcelos, C., Dias, C., Azevedo, LF, *et al.* (2007). Avaliação da satisfação/insatisfação da imagem corporal e da auto-estima em crianças/adolescentes obesos com idades compreendidas entre os 6 - 12 anos de idade e seus progenitores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo,2,* 65-71.

Simões, A.F. (2014). *Avaliação da (in) satisfação com a imagem corporal: estudo de validade da Escala de Silhuetas de Collins para crianças e adolescentes portugueses.* Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra.

Slade, P.D. Newton, T., Butler, N.M. & Murphy, P. (1991) An experimental analysis of perfectionism and dissatisfaction. *British Journal of ClinicalPsychology,* 30 (2), 169-76.

Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993).Setting the scene for eating disorders: Childhood care, classification and course of illness.*Psychological Medicine,* 23, 663-672.

Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive behaviour alanalysis. *Behaviour Research and Therapy, 40,*(7) 773-791.

Smink, F., Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14* (4), 406-414.

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image, 5* (3), 251-260.

Smolak, L., Murnen, S.K. & Ruble, A.E., (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (4), 371-380.

Soares, M.J., Gomes, A.A., Macedo, A.F., Santos, V. & Azevedo, M.H.P. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática,*5(1), 46-55.

Soares, M. J., Macedo, A. F., Gomes, A.A. & Azevedo, M.H.P. (2004). A Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica,* 25 (1), 5-19.

Solano-Pinto, N., Oliveros-Leal, L., & Moreno-Villares, J. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educando en la salud:así soy yo, así son ell@s. *Psiquiatría Notícias*, *6(2)*, 1-14.

Sopezki, D.S. (2007). *Relacionamento primário coom a figura materna e auto-estima em mulheres com transtornos alimentares.* Dissertação de mestrado não publicada, Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Mestrado em Psicologia Clínica) Porto Alegre.

Sopezki, D.S., & Vaz, C. (2008). O Impacto da Relação Mãe-Filha no Desenvolvimento da Auto-Estima e nos Transtornos Alimentares . *Interacção em Psicologia, 12(2)*, 267-275.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. (1999). *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentista* (2.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Srinivasagam, N.M., Kaye, W.H., Plotnicov, K.H., Greeno, C.,(1995). Persistent Perfectionism, symmetry and extractness after long-term recovery from anorexia nervosa.*American Journal of Psychiatry*, 152, 1630-1634.

Steiger H, Leung F, Thibaudeau J. (1993), Prognostic value of pre-treatment social adaptation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders 14* (3), 269–276.

Stein, K. F., & Corte, C. (2007). Identity Impairment and the Eating Disorders: Content and Organization of the Self-Concept in Woman with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 15*, 58-69.

Stice, E. (1998). Prospective relation of dieting behaviors to weight change in a community sample of adolescents. *Behavior Therapy, 29,* 277–297.

Stice, E., Burton, E. & Shaw, H. (2004). Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (1), 62-71.

Stoeber, J. & Childs, J. H. (in press). Perfectionism.In J.R. Levesque (Ed.), Encyclopedia of adolescence. NewYork: Sprieger.

Stoeber, J. & Otto K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approches, evidence challenges. *Personality and Social Psychology Review,* 10, 295-319.

Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., *et al*. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 42* (5), 471-474.

Suddarth, B.H. & Slaney, R. (2001).An investigation of the dimensions of perfectionism in college students.*Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34 (3), 157-166.

T

Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McKnight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C., & Killen, J. D. (1998). Factors associated with wight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.

Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond. *European Eating Disorders Review, 16*, 49-58.

Thompson, J. Kevin & Heinberg, Leslie J. (1999). The Media´s Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We´ve Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues,* 55 (2) 339-353.

Tiggemann, M.,& Pickering, A.S. (1996). Role of television in adolescent women´s body dissatisfaction and drive for thinness.*International Journal of Eating Disorders*, 20, 199-203.

Tiller, Jane M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M., & Treasure, J.L. (1997). Social Support in Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* 21 (1), 31-38.

Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal. In Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. & Deus, J. (Coord. (2003). Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza Editorial.

Toro, J. (1999). Factores Psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicologia*, Vol. 30(2) 79-95.

Tozzi, F., Aggen, S. H., Neale, B. M., Anderson, C. B., Mazzeo, S. E., Neale, M. C. &Bulik, C. (2004). The Structure of Perfectionism: A twin Study. *Behavior Genetics,* 34 (5), 483-494.

Troop, N., & Bifulco, A. (2002). Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 205-211.

Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J.L. & Katzman, M. (2003).Social Comparison and submissive behaviour in eating disorder pacients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 76, 237-249.

Tucci, S., & Peters, J. (2008). Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema, 20(4)*, 521-524.

V

Valverde, P.R, Santos, F.R. & Rodríguez, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1),77-83.

Vaughan, K. K. &Fouts G. T. (2003). Changes in Television and Magazine Exposure and Eating Disorder Symptomatology. *Sex Roles,* 49 (7/8), 313-320.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology, 14,(2)*, 195-219.

Vaux, A. (1988). Social Support. Theory, Research and Intervention. New York: Praeger.

Venâncio, C. (2011). Perturbações do Comportamentos Alimentar nas adolescentes do ensino secundário da Cidade de Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado de Promoção e Educação para a Saúde apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Vohs, K., Bardone, A., Joiner, T., Abramson, L., & Heatherton, T. (1999). Perfectionism, Perceived Weight Status, and Self-Esteem Interact to Predict Bulimic Symptoms: A Model of Bulimic Symptom Development. *Journal of Abnormal Psychology, 108 (4)*, pp. 495-700.

Vohs, K. & Heatherton, T.F. (2001). Self- esteem and threats to self: implications for self- construals and interpersonal perception. *Journal of Personality and Social Psychology,* 81, 1103-1118.

W

Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., FMedSci, Wray, N. R. & Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine, 70*, 239-244.

Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35-51.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of medical Psychology, 74 (4)*, 497-505.

Wethington, E.,&Kessler, R.C. (1986).Perceived support, received support and adjustment to stressful life event.*Journal of Health and Social Behavior* ,27,78-89.

Womble, L.G., Williamson, D.A., Netemeyer, S.B. &Netemeyer R.G. (1998). Risk Factors for the Development of Bulimic Symptoms in High School Girls: A One-Year Longitudinal Study. *Journal of Gender, Culture, and Health,* 3 (4), 227-241.

Woodside et al. (2001).Personality, Perfectionism, and attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders.*International Journal of Eating Disorders,* 31 (3), 290-299.

World Health Organization (1992).Manual of the *International Statistical Classification of Disease, Injuries and Causes of Death* (10ª edição) vol.1, Geneva- Suíça.

Z

Zalta, A., & Keel, P. (2006). Peer Influence on Bulimic Symptoms in College Students. *Journal of Abnormal Psychology, 115 (1)*, 185-189.

ANEXOS:

ANEXO 1 – Pedido de Autorização Ministério da Educação

Gmail

Suzana Guedes <suzanamguedes@gmail.com>

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0077400001

2 mensagens

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt> 30 de março de 2010 às 11:30
Para: suzanamguedes@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0077400001, com a designação *Identificação de variáveis predictoras e desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar: um estudo em população portuguesa e espanhola*, registado em 17-03-2010, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Suzana Isabel Marques Guedes

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa

DGIDC

Observações:

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço http://mime.gepe.min-edu.pt. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Suzana Guedes <suzanamguedes@gmail.com> 21 de fevereiro de 2011 às 10:54
Para: Luís Grade <director@judicefialho.mail.pt>

——— Mensagem encaminhada ———
De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>
Data: 30 de Março de 2010 11:30
Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0077400001
Para: suzanamguedes@gmail.com
[Citação ocultada]

ANEXO 2 – Pedido de Autorização Escolas

Suzana Marques Guedes

Psicóloga Clínica

Investigadora

Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Huelva

Telemóvel: 96 6373049

E-mail: suzanamguedes@gmail.com

Exmo. Sr. Director

No seguimento de um estudo piloto prévio, que pretendeu comparar população portuguesa e espanhola do 1.º ano do ensino universitário, nas cidades de Portimão e Huelva relativamente ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, venho solicitar a V. Ex. permissão para recolher a amostra necessária para a prossecução desse mesmo estudo em população do estabelecimento educativo que V. Ex. dirige. Para tal necessitarei recolher e registar os dados antropométricos dos alunos, assim como aplicar um protocolo de investigação constituído por instrumentos estandardizados, a alunos dos 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e 9.ºs anos de escolaridade onde se incluem as faixas etárias correspondentes aos 10/11 anos até aos 14/15 anos de idade.

O presente trabalho de investigação que dará origem a uma Tese de Doutoramento em Tendências *Actuais em Psicologia- Saúde, Personalidade e Diferenças Individuais*, tem como objectivo primordial, sinalizar na amostra variáveis identificadas como envolvidas no surgimento de Perturbações do Comportamento Alimentar (Anorexia e Bulimia), de forma a identificar precocemente e a um nível preventivo crianças e adolescentes que possam apresentar risco significativo para o

desenvolvimento de tais patologias, possibilitando de futuro a aplicação de programas que permitam prevenir o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Título do Trabalho: Identificação de variavéis predictoras de desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar: um estudo comparativo em população portuguesa e espanhola.

Doutoranda: Suzana Marques Guedes

Director de tese: Rafael Andújar Barroso

Qualquer informação adicional relativa ao estudo em questão poderá ser solicitada à investigadora. Telefones para contacto: 00351 96 6373049

Solicitando a devida autorização e subscrevendo-me com a máxima consideração, pede deferimento,

Suzana Marques Guedes

ANEXO 3 – Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Suzana Marques Guedes, Psicóloga Clínica, Investigadora, Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Huelva. Encontro-me a realizar uma investigação que dará origem a uma Tese de Doutoramento. Este estudo tem como principal objectivo a identificação de factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos (correspondendo aos 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e 9.º anos).

Para os objectivos do estudo o seu filho(a) será convidado(a) a participar na obtenção do n.º de sujeitos necessários à investigação nos seguintes procedimentos:

1) Será pesado e medido por um profissional habilitado de forma a chegar-se a um Índice de Massa Corporal;
2) Será solicitado a escolher de entre 7 figuras uma que represente a forma como se vê e a forma como gostaria de ser.
3) Será solicitado a preencher um protocolo de investigação constituído por um conjunto de instrumentos que têm como objectivo identificar factores de risco associados ao desenvolvimento de Perturbações do Comportamento Alimentar.

É muito importante para este estudo poder contar com a participação do seu filho(a), sendo necessário esclarecer que:

1) A participação do seu filho(a) decorrerá na escola e em horário lectivo;
2) A participação do seu filho(a) é voluntária para qualquer um dos procedimentos. Você é livre de retirar o seu consentimento a qualquer momento;
3) Mesmo obtendo o seu consentimento, a criança/adolescente não será obrigada a participar caso não queira;
4) Nenhum risco, prejuízo ou desconforto será provocado no decorrer da investigação;
5) Será garantido o sigilo da criança/adolescente sem ser utilizada a sua identificação;

6) Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados na dissertação da investigação em publicações científicas e/ou apresentação em congressos ou seminários;

Em caso de dúvida poderá sempre contactar:

- **Investigadora/Doutoranda:** Suzana Marques Guedes (Departamento de Psicologia da Universidade de Huelva) Telefone: 96 6373049
- **Responsável pela Investigação/Orientador de Tese:** Rafael Andújar Barroso (Departamento de Psicologia da Universidade de Huelva)0034 606433009 (Huelva- Espanha).

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO/COLABORAÇÃO

Eu,_____, portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/ Passaporte n.º_____, abaixo assinado, autorizo a participação do meu/minha filho(a) _____ como colaborador na pesquisa "*Identificação de variáveis preditivas para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar: um estudo comparativo em população portuguesa e espanhola".*

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela investigadora Suzana Marques Guedes sobre a pesquisa e os procedimentos de participação do meu filho(a).

PORTIMÃO,_____DE_____DE 2010

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO COMO COLABORADOR

EU, _____ABAIXO ASSINADO, CONCORDO PARTICIPAR NA PESQUISA "*Identificação de variáveis preditivas para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar: um*

estudo comparativo em população portuguesa e espanhola", COMO COLABORADORA.

A minha participação consiste em escolher de entre 7 imagens, aquela imagem que melhor define a minha filha ou filho assim como a imagem que represente a silhueta que gostaria que ele ou ela tivesse.

Declaro que fui devidamente informado pela investigadora relativamente aos procedimentos da investigação assim como poderei a qualquer momento retirar o meu consentimento sem qualquer autorização.

Portimão,_____ de _____de 2010

ASSINATURA

ANEXO 4 Solicitação Colaboração dos Progenitores

Exmo(a). Sr.(a) Encarregado de Educação,

Suzana Isabel Marques Guedes, Psicóloga Clínica, Investigadora, Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Huelva, no seguimento de um estudo que se encontra a ser desenvolvido no âmbito das perturbações do comportamento alimentar, vem nesta segunda fase do estudo, solicitar junto de V. Ex. a sua colaboração para o preenchimento de um questionário, que anexo, e que deverá ser logo que possível devolvido à directora da turma através do seu educando(a).

Deverá responder ao questionário como se fosse o seu/sua educando/a a responder, ou seja, deverá responder da forma que acha que ele/ela responderia.

O estudo tem como título *"Identificação de variáveis preditoras e desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar: um estudo comparativo em população portuguesa e espanhola"* e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutoramento em Psicologia.

Grata pela sua colaboração,

Suzana Isabel Marques Guedes

Nota: Esta investigação conta com a aprovação do Ministério de Educação, tendo-lhe sido reconhecida qualidade técnica e metodológica e da Direcção desta escola.

ANEXO 5 – Instrumentos de Avaliação- Protocolo completo

Pedimos a tua colaboração para um estudo sobre comportamento alimentar. A tua contribuição é muito importante. A tua participação será voluntária e anónima e consiste somente na resposta aos questionários que se seguem. São necessários alguns dados sóciodemográficos para permitir a análise dos resultados. Não existem respostas certas ou erradas, mas não deixes nenhuma pergunta por responder. Asseguramos-te a absoluta confidencialidade das repostas

Muito obrigado pela sua colaboração

Código: _____

INFORMAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1) SEXO: MASCULINO □ FEMININO□

2) IDADE: _____ (ANOS)

3) NATURALIDADE: _____

4) AMBIENTE SOCIAL: □ URBANO □ RURAL

5) ESCOLA: _____

7) ANO DE ESCOLARIDADE: _____

INFORMAÇÃO PESSOAL

7) FUMAS? □ NÃO □ SIM

8) CONSOMES ÁLCOOL? NUNCA□ ALGUMAS VEZES□ COM FREQUÊNCIA□

9) CONSOMES DROGAS? NUNCA□ ALGUMAS VEZES□ COM FREQUÊNCIA □

DE QUE TIPO?_____

10) PRATICAS ALGUM DESPORTO?: NÃO □ SIM□

QUAL?_____

DE QUE TIPO? PROFISSIONAL □ RECREATIVO□

11) TENS NAMORADO/A?: SIM □ NÃO□

12) SE ÉS RAPARIGA, COM QUE IDADE TE SURGIU A MENSTRUAÇÃO PELA 1.ª VEZ?

AINDA NÃO SURGIU □ SURGIU COM _____ ANOS.

INFORMAÇÃO FAMILIAR

13) COM QUEM VIVES? _____

_____

14) TENS IRMÃOS? □ NÃO □ SIM

1□ SEXO: □ MASCULINO □ FEMININO IDADE? _____

2□ SEXO: □ MASCULINO □ FEMININO IDADE? _____

3 □SEXO: □ MASCULINO □ FEMININO IDADE? _____

OUTROS? □ _____

15) IDADE DOS PAIS?

MÃE: 35-39 □ 40-44 □ 45-50 □ MAIS DE 50 □

PAI: 35-39 □ 40-44 □ 45-50 □ MAIS DE 50 □

16) SITUAÇÃO MARITAL DOS PAIS:

CASADOS □ UNIÃO DE FACTO □

SEPARADOS □ DIVORCIADOS □

17) EXISTÊNCIA DE PADRASTO /MADRASTA SIM □ NÃO □

18) PERFIL DO PAI:

PUNITIVO □ AUTORITÁRIO □ PERMISSIVO□

AUSENTE □ SUPER-PROTECTOR □ NÃO APLICÁVEL□

19) PERFIL DA MÃE:

PUNITIVA □ AUTORITÁRIA□ PERMISSIVA□

AUSENTE □ SUPER-PROTECTORA□ NÃO APLICÁVEL□

20) QUAL A RELIGIÃO PREDOMINANTE NA TUA FAMÍLIA:_____

SEM RELIGIÃO □

NÃO SEI/NÃO TENHO CONHECIMENTO □

EDI 2

Deverás responder às perguntas que se seguem. Algumas referem-se a comida e outras a sentimentos ou atitudes que tu experimentas. Em cada frase responde de acordo com a forma como te sentes.

Responde com sinceridade a todas as frases.

0 = Nunca

1 = Poucas veces

2 = Por vezes

3 = A menudo

4 = Quase sempre

5= Sempre

Por favor, não deixes nenhuma pergunta por responder:

1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso(a).	0	1	2	3	4	5
2. Acho que o meu estômago é grande demais.	0	1	2	3	4	5
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.	0	1	2	3	4	5
4. Como quando estou aborrecido(a) ou preocupado(a).	0	1	2	3	4	5
5. Empanturro-me de comida.	0	1	2	3	4	5
6. Gostava de ser mais novo(a).	0	1	2	3	4	5
7. Penso em fazer dieta.	0	1	2	3	4	5
8. Sinto-me assustado(a) quando os meus sentimentos são muito fortes.	0	1	2	3	4	5
9. Acho as minhas coxas muito gordas.	0	1	2	3	4	5
10. Sinto-me inútil como pessoa.	0	1	2	3	4	5
11. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer demais.	0	1	2	3	4	5

12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
13. Na minha família só se consideram suficientemente bons os que têm resultados excelentes.	0	1	2	3	4	5
14. A época mais feliz da minha vida é a infância.	0	1	2	3	4	5
15. Falo abertamente dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5
16. Fico aterrorizado(a) com a ideia de ganhar peso.	0	1	2	3	4	5
17. Confio nos outros.	0	1	2	3	4	5
18. Sinto-me sozinho(a) no mundo.	0	1	2	3	4	5
19. Gosto da forma do meu corpo.	0	1	2	3	4	5
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida.	0	1	2	3	4	5
21. Fico confuso acerca da emoção que estou a sentir.	0	1	2	3	4	5
22. Preferia ser adulto a ser criança.	0	1	2	3	4	5
23. Comunico facilmente com os outros.	0	1	2	3	4	5
24. Desejava ser outra pessoa.	0	1	2	3	4	5
25. Dou demasiada importância ao peso.	0	1	2	3	4	5
26. Consigo distinguir as emoções que sinto em cada momento.	0	1	2	3	4	5
27. Sinto-me incapaz.	0	1	2	3	4	5
28. Quando como à bruta sinto que não consigo parar.	0	1	2	3	4	5
29. Quando criança esforçava-me por não desapontar os meus pais e professores.	0	1	2	3	4	5
30. Tenho amigos íntimos/próximos.	0	1	2	3	4	5
31. Gosto da forma das minhas nádegas.	0	1	2	3	4	5
32. Estou preocupado(a) com o desejo d ser mais magra(o).	0	1	2	3	4	5
33. Não sei o que se passa dentro de mim.	0	1	2	3	4	5

34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.	0	1	2	3	4	5
35. As exigências da vida adulta são demasiadas.	0	1	2	3	4	5
36. Detesto não ser o(a) melhor.	0	1	2	3	4	5
37. Tenho confiança em mim.	0	1	2	3	4	5
38. Penso em empanturrar-me com comida.	0	1	2	3	4	5
39. Sinto-me feliz por já não ser uma criança.	0	1	2	3	4	5
40. Não consigo saber muito bem se tenho fome ou não.	0	1	2	3	4	5
41. Tenho fraca opinião a meu respeito.	0	1	2	3	4	5
42. Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos.	0	1	2	3	4	5
43. Os meus pais têm esperado o máximo de mim.	0	1	2	3	4	5
44. Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora de controlo.	0	1	2	3	4	5
45. Penso que as minhas ancas são muito largas.	0	1	2	3	4	5
46. Como com moderação em frente aos outros e empanturro-me quando vão embora.	0	1	2	3	4	5
47. Sinto-me enfartado(a) depois de comer uma refeição normal.	0	1	2	3	4	5
48. Acho que as pessoas são mais felizes quando são crianças.	0	1	2	3	4	5
49. Se engordo um quilo, preocupa-me que possa continuar a engordar.	0	1	2	3	4	5
50. Sinto que sou uma pessoa capaz.	0	1	2	3	4	5
51. Quando estou aborrecido(a) não sei se estou triste, assustado ou zangado.	0	1	2	3	4	5
52. Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer.	0	1	2	3	4	5
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).	0	1	2	3	4	5

55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
56. Sinto-me vazio(a) por dentro (emocionalmente).	0	1	2	3	4	5
57. Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais.	0	1	2	3	4	5
58. Os melhores anos da vida são quando nos tornamos adultos.	0	1	2	3	4	5
59. Acho as minhas nádegas grandes demais.	0	1	2	3	4	5
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.	0	1	2	3	4	5
61. Como ou bebo às escondidas.	0	1	2	3	4	5
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.	0	1	2	3	4	5
63. Tenho objectivos muito elevados.	0	1	2	3	4	5
64. Quando ando aborrecido(a) receio começar a comer.	0	1	2	3	4	5
65. As pessoas de quem gosto de verdade, acabam sempre por me desiludir.	0	1	2	3	4	5
66. Envergonho-me das minhas fraquezas.	0	1	2	3	4	5
67. Os outros dizem que sou uma pessoa emocionalmente instável.	0	1	2	3	4	5
68. Gostava de poder ter um controlo total sobre as minhas necessidades corporais.	0	1	2	3	4	5
69. Consigo sentir-me bem a maior parte das vezes que estou em grupo.	0	1	2	3	4	5
70. Digo impulsivamente coisas de que depois me arrependo.	0	1	2	3	4	5
71. Esforço-me por procurar coisas que me dêem prazer.	0	1	2	3	4	5
72. Devo ter cuidado com a minha tendência a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73. Sou comunicativo/a com a maioria das pessoas.	0	1	2	3	4	5
74. As relações com os outros fazem com que me sinta preso.	0	1	2	3	4	5
75. As dificuldades fazem-me sentir mais forte espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
76. As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas.	0	1	2	3	4	5

77. Tenho pensamentos estranhos que não consigo tirar da cabeça.	0	1	2	3	4	5
78. Comer por prazer é sinónimo de debilidade moral.	0	1	2	3	4	5
79. Sou propenso/a a ter ataques de raiva ou de ira.	0	1	2	3	4	5
80. Acho que as pessoas confiam em mim tanto quanto mereço.	0	1	2	3	4	5
81. Devo ter cuidado com a minha tendência a beber demasiado álcool.	0	1	2	3	4	5
82. Acho que estar tranquilo e relaxado é uma perda de tempo.	0	1	2	3	4	5
83. Os outros dizem que me irrito com facilidade.	0	1	2	3	4	5
84. Tenho a sensação de que tudo me corre mal.	0	1	2	3	4	5
85. Tenho repentinas mudanças de humor.	0	1	2	3	4	5
86. Sinto-me incomodado com as necessidades do meu corpo.	0	1	2	3	4	5
87. Prefiro passar o tempo só a que estar com pessoas.	0	1	2	3	4	5
88. O sofrimento converte-te numa pessoa melhor.	0	1	2	3	4	5
89. Sei que as pessoas gostam de mim.	0	1	2	3	4	5
90. Sinto necessidade de fazer mal aos outros e a mim mesmo.	0	1	2	3	4	5
91. Acho que sei realmente quem sou.	0	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO DE INFLUÊNCIAS DO MODELO ESTÉTICO CORPORAL

CIMEC-26

Instruções: Este questionário contém uma série de perguntas que se referem ao impacto ou influência que distintos ambientes exercem sobre as pessoas, mais concretamente sobre o que pensam ou sentem acerca do seu próprio corpo. Não há pois respostas "certas" ou "erradas". Tens apenas que reflectir sobre a tua experiência neste âmbito. Responde marcando com uma cruz a resposta que consideras mais adequada.

Perguntas	**Sim, sempre**	**Sim, às vezes**	**Não, nunca**
1. Quando estás a ver um filme olhas para as actrizes/actores fixando-se especialmente sobre se são gordas/os ou magras/os?			
2. Quando comes com outras pessoas reparas na quantidade de comida que comem?			
3. Invejas o corpo das bailarinas/nos de ballet ou das raparigas/rapazes que praticam ginástica?			
4. Ficas angustiada/o ao ver que as tuas calças ou outras peças de roupa te ficam pequenas ou apertadas?			
5. Chama-te a atenção a publicidade televisiva que anuncia produtos adelgaçantes ou de emagrecimento?			
6. Chama-te a atenção a publicidade nas montras das farmácias que anunciam produtos adelgaçantes ou de emagrecimento?			
7. Sentes desejo de consumir bebidas com poucas calorias quando ouves ou vês anúncios dedicados a elas?			
8. Ficas angustiada/o ao olhares-te ao espelho ou ao ver o teu reflexo quando passas nas montras das lojas (por achares-te gorda/o)?			
9. Quando vais na rua olhas para as outras pessoas para ver se estão gordas/os ou magras/os?			
10. Alguma vez na vida fizeste dieta para emagrecer?			

11. Chama-te a atenção a publicidade aos produtos adelgaçantes ou de emagrecimento que aparecem nas revistas?			
12. Invejas a magreza das/dos modelos que aparecem nos desfiles de moda ou nos anúncios a vestuário?			
13. Ficas angustiada/o quando te dizem que estás " cheinha/o", "gordinha/o" ou "redondinha/o ou coisas do género, mesmo que seja um comentário positivo?			
14. Atraem-te as conversas ou comentários acerca do peso, das calorias, da silhueta, etc?			
15. Ficas angustiada/o com os anúncios sobre emagrecimento?			
16.Gostas de livros, artigos de revistas ou anúncios que falam sobre calorias?			
17. Ficas angustiada/o com o verão por teres que usar menos roupa, fato de banho ou biquíni?			
18. Interessas-te por artigos e reportagens relacionados com peso, emagrecimento e controlo da obesidade?			
19. Tens alguma amiga/o ou colega preocupada/o com o seu peso ou com as formas do seu corpo?			
20. Sentes vontade de seguir uma dieta de emagrecimento quando vês ou ouves publicidade dedicada a esses produtos?			
21. Invejas a força de vontade das pessoas capazes de fazer uma dieta ou um regime adelgaçante?			
22. Sentes vontade de usar cremes adelgaçantes quando vês ou ouves anúncios dedicados a esses produtos?			
23. Acreditas que as raparigas/rapazes e jovens magras/os são melhor aceites pelas pessoas do que as/os que não são magras/os?			

24. Atraem-te as fotografias e os anúncios das(os) raparigas/rapazes com calças de ganga justas, fato de banho ou biquiní, ou com roupa interior?			
25. Chamam-te a atenção os anúncios de produtos laxantes?			
26. Se te convidam para comer num restaurante ou para um jantar convívio ficas preocupada/o com a quantidade de comida que podes ter que comer?			

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES- 25

Leia com atenção as frases que se seguem. Assinale com uma cruz no quadro respectivo aquilo que constitua a descrição mais aproximada e verdadeira da maneira como normalmente se sente, sendo que:

0- Nunca
1- Raras Vezes
2- Algumas Vezes
3- Muitas Vezes
4- Muitíssimas Vezes
5- Sempre

	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Fico nervosa antes de comer.						
2. Ter peso a mais aterroriza-me.						
3. Preocupo-me com comida.						
4.Tenho episódios de comer demais, em que me sinto incapaz de parar.						
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.						
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono.						
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
8. Vomito depois de comer.						
9. Sinto-me muitíssimo culpada depois de comer.						
10. Ando preocupada com o desejo de ser mais magra.						
11. Faço exercício energicamente para queimar calorias.						
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.						

13. Os outros acham que eu estou demasiado magra.						
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.						
15. Tomo laxantes.						
16. Evito comidas que tenham açúcar						
17. Como comida de dieta.						
18. Sinto que a comida controla a minha vida.						
19. Controlo-me em relação à comida.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.						
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.						
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.						
24. Gosto de sentir o estômago vazio.						
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.						

CAPS- Children and Adolescent Perfectionism Scale

De seguida encontras algumas afirmações. Deverás assinalar no sítio que descreve exactamente a forma como te sentes. Não existem respostas certas ou erradas e toda a gente dará respostas diferentes. Por favor não discutas as tuas respostas com ninguém. Responde com sinceridade a todas as frases. As tuas respostas serão confidenciais.

Depois de leres a frase escolhe a tua resposta circulando um número. Há 5 possibilidades de resposta:

1 = Falso- não tem nada a ver comigo

2 = Quase sempre falso

3 = Nem falso nem verdadeiro

4 = Quase sempre verdade

5 = Muito verdade -Tem tudo a ver comigo

Por favor, não deixes nenhuma pergunta por responder:

1. Tento ser perfeito(a) em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
2. Quero ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
3. Os meus pais nem sempre esperam que eu seja o(a) melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
4. Sinto que tenho sempre que dar o meu melhor.	1	2	3	4	5
5. Há pessoas na minha vida que esperam que eu seja perfeito(a).	1	2	3	4	5

6. Tento sempre tirar a melhor nota num teste.	1	2	3	4	5
7. Incomoda-me não dar sempre o meu melhor.	1	2	3	4	5
8. A minha família espera que eu seja perfeito(a).	1	2	3	4	5
9. Nem sempre tento ser o(a) melhor.	1	2	3	4	5
10. As pessoas esperam mais de mim do que eu posso dar.	1	2	3	4	5
11. Fico zangado(a) comigo quando cometo um erro.	1	2	3	4	5
12. As pessoas acham que eu falhei, se não der sempre o meu melhor.	1	2	3	4	5
13. As pessoas esperam sempre que eu seja perfeito(a).	1	2	3	4	5
14. Fico zangado(a) se encontro um erro que seja no meu trabalho.	1	2	3	4	5
15. As pessoas à minha volta esperam que eu seja o (a) melhor em tudo.	1	2	3	4	5
16. Quando faço alguma coisa tem que ficar perfeito.	1	2	3	4	5
17. Os meus professores esperam que o meu trabalho seja perfeito.	1	2	3	4	5
18. Eu não tenho que ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
19. Espero sempre fazer melhor do que os outros.	1	2	3	4	5
20. Mesmo passando de ano, sinto que falhei se não consigo ter uma das mais altas notas da turma.	1	2	3	4	5
21. Acho que as pessoas exigem muito de mim.	1	2	3	4	5
22. Não consigo ser menos que perfeito(a).	1	2	3	4	5

SS-A

De seguida encontra uma série de afirmações que dizem respeito às relações que estabelece com familiares e amigos. Leia cada uma das afirmações e responda verdadeiramente se Concorda Muito, Concorda, Discorda ou Discorda Bastante com o que é dito sobre si, colocando uma cruz no sítio correspondente.

	CONCORDO BASTANTE	**CONCORDO**	**DISCORDO**	**DISCORDO BASTANTE**
1. Sou importante para os meus amigos.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
2. A minha família preocupa-se comigo.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
3. Não sou importante para os outros.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
4. A minha família dá-me muito valor.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
5. As pessoas preocupam-se comigo.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
6. Posso contar com os meus amigos.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
7. A minha família admira-me.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
8. Sou importante para as pessoas.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
9. A minha família preocupa-se muitíssimo comigo.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
10. Os meus amigos preocupam-se pouco sobre se estou bem ou se estou mal.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
11. Há membros da minha família que contam comigo.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE

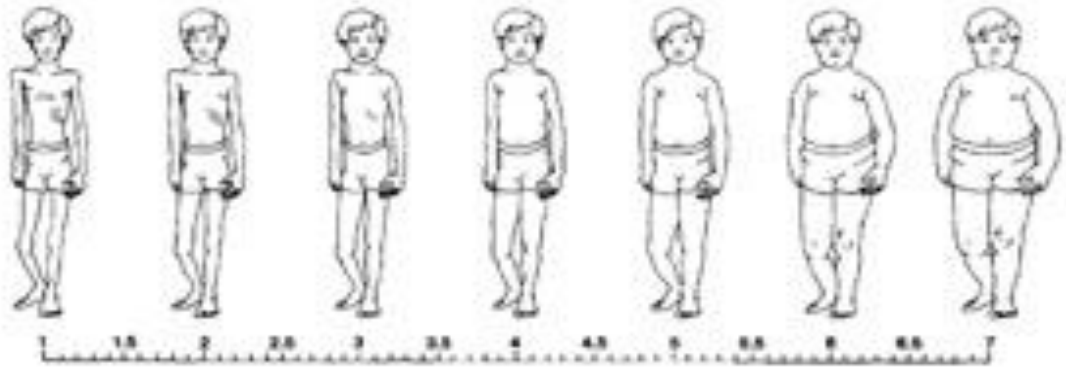
12. As pessoas acham que tenho muito valor.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
13. A minha família não me apoia.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
14. As pessoas admiram-me.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
15. Sinto-me muito unido aos meus amigos.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
16. Os meus amigos estão dependentes de mim.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
17. Acho que as pessoas me valorizam.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
18. Sou importante para a minha família.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
19. Eu e os meus amigos somos importantes uns para os outros.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
20. Acho que as pessoas me aceitam.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
21. Se morresse pouca gente sentiria a minha falta.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
22. Não sinto ligação a alguns membros da minha família.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
23. Os meus amigos e eu temos feito muito uns pelos outros.	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE

COLLINS SCALE- MASCULINO

De seguida encontras algumas imagens de rapazes. O objectivo é que escolhas de entre todas as imagens aquela que tu achas que te representa actualmente.

Olha com atenção para as imagens que aparecem e tenta escolher a imagem do rapaz que mais se aproxima da forma como te vês actualmente.

ATENÇÃO: Escolhe apenas uma imagem.

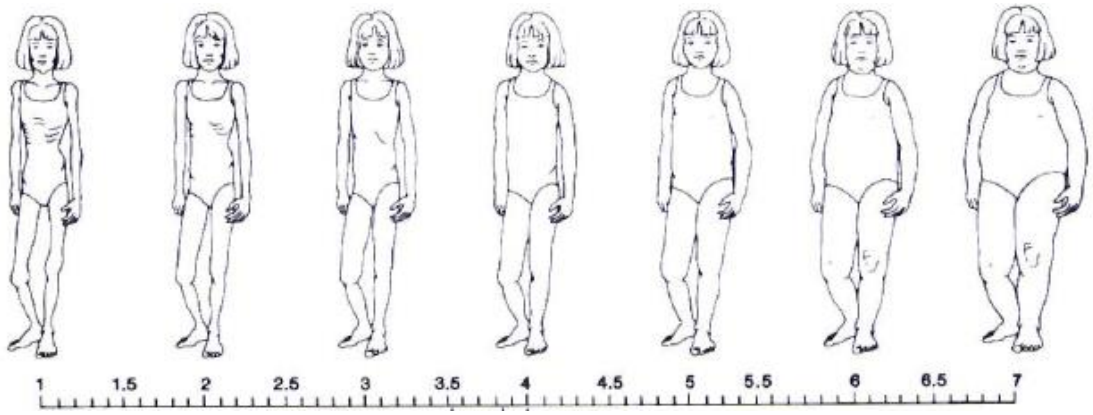


COLLINS SCALE- FEMININO

De seguida encontras algumas imagens de raparigas. O objectivo é que escolhas de entre todas as imagens aquela que tu achas que te representa actualmente.

Olha com atenção para as imagens que aparecem e tenta escolher a imagem da rapariga que mais se aproxima da forma como te vês actualmente.

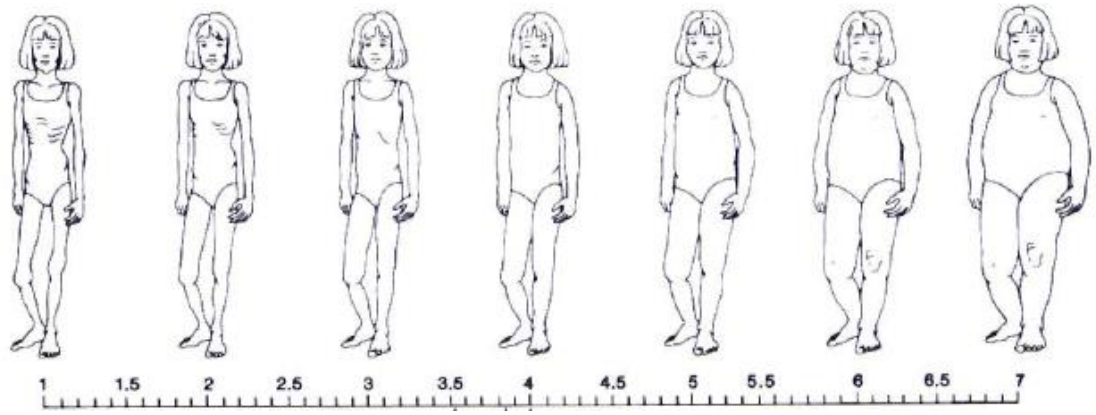
ATENÇÃO: Escolhe apenas uma imagem.

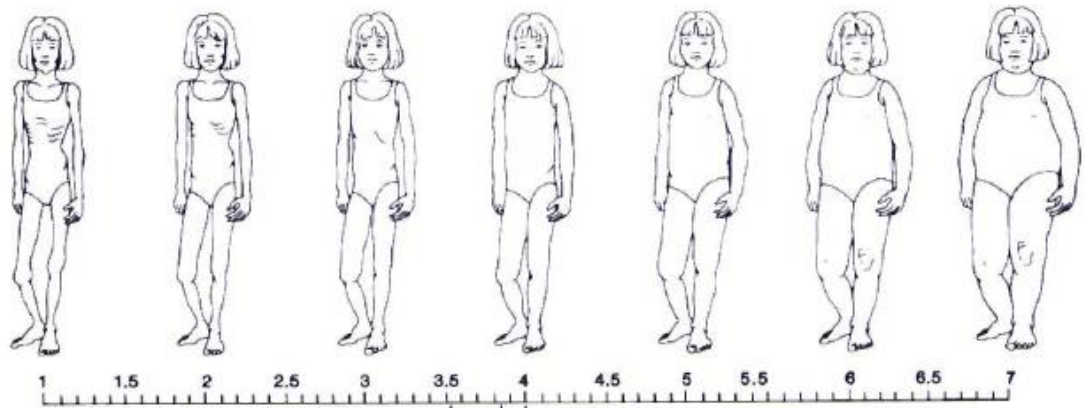


COLLINS SCALE- MÃE

De seguida encontra algumas imagens de raparigas e rapazes. O objectivo é que escolha de entre todas as imagens aquela que considera que representa o(a)seu(sua) filho(a) actualmente

Olhe com atenção para as imagens que aparecem de seguida e tente escolher a imagem que mais se aproxima da forma como presentemente considera que o(a) seu (sua) filho(a) é. ATENÇÃO: Responda apenas numa tabela, conforme se trate de um rapaz ou de uma rapariga.

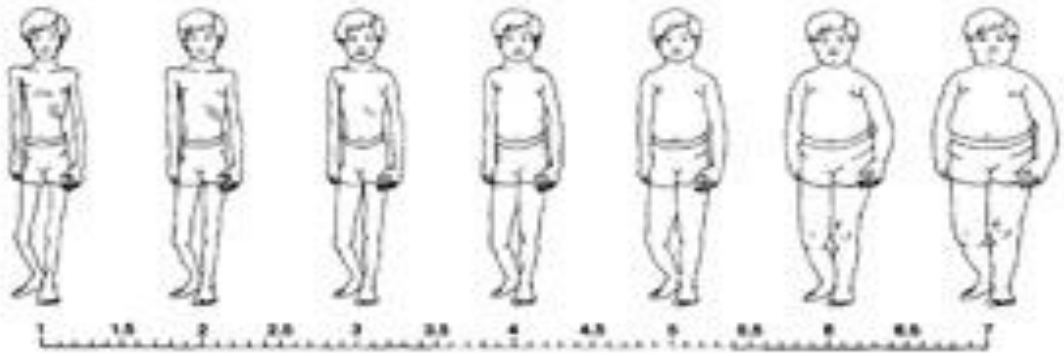


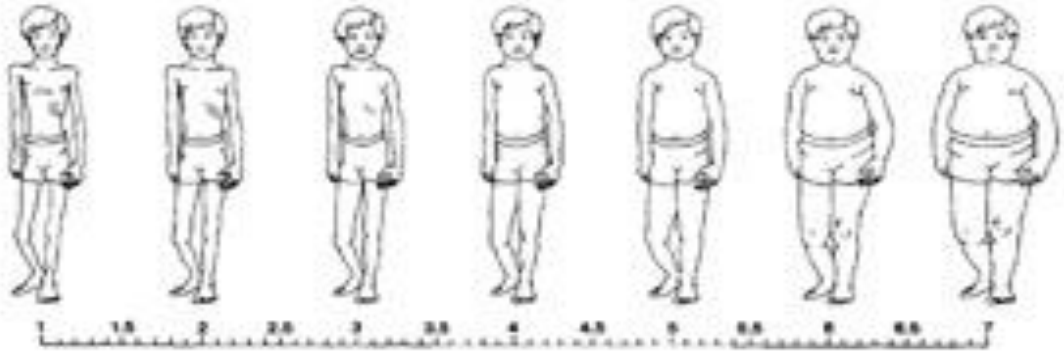


COLLINS SCALE- MÃE

De seguida encontra algumas imagens de raparigas e rapazes. O objectivo é que escolha de entre todas as imagens aquela que considera que representa o(a)seu(sua) filho(a) actualmente

Olhe com atenção para as imagens que aparecem de seguida e tente escolher a imagem que mais se aproxima da forma como presentemente considera que o(a) seu (sua) filho(a) é. ATENÇÃO: Responda apenas numa tabela, conforme se trate de um rapaz ou de uma rapariga.





ANEXO 6- Classificações assinadas por *Wilcoxon.* Classificações negativas, positivas e vínculos entre a imagem percebida e desejada pela progenitora

Anexo 6- Classificações assinadas por *Wilcoxon.* Classificações negativas, positivas e vínculos entre a imagem percebida e desejada pela progenitora

Classificações

imc_catg			N	Postos de média	Soma de Classificações
magreza	CollinsMdesejada - CollinsMReal	Classificações Negativas	13[a]	35,92	467,00
		Classificações Positivas	81[b]	49,36	3998,00
		Vínculos	169[c]		
		Total	263		
normal	CollinsMdesejada - CollinsMReal	Classificações Negativas	34[a]	30,32	1031,00
		Classificações Positivas	26[b]	30,73	799,00
		Vínculos	205[c]		
		Total	265		
pre obesidade	CollinsMdesejada - CollinsMReal	Classificações Negativas	17[a]	11,15	189,50
		Classificações Positivas	3[b]	6,83	20,50
		Vínculos	10[c]		
		Total	30		
obesidade	CollinsMdesejada - CollinsMReal	Classificações Negativas	5[a]	3,00	15,00
		Classificações Positivas	1[b]	6,00	6,00
		Vínculos	0[c]		
		Total	6		

a. CollinsMdesejada < CollinsMReal

b. CollinsMdesejada > CollinsMReal

c. CollinsMdesejada = CollinsMReal

ANEXO 7 Análise Correlacional

Correlations

		Total CIMEC (niño)	Total EDI	Competencia Escolar (SPPC)	Aceptación Social (SPPC)	Competencia Atlética (SPPC)	Apariencia Física (SPPC)	Comportamiento (SPPC)	Autoestima Global (SPPC)	Perfeccionismo Autoorientado (CAPS niño)	Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS niño)	Perfeccionismo total (CAPS niño)
Total CIMEC (niño)	Pearson Correlation	1	,445**	-,045	-,079**	-,113**	-,380**	-,072*	-,269**	,061*	,133**	,108**
	Sig. (2-tailed)		,000	,128	,008	,000	,000	,016	,000	,042	,000	,001
	N	1233	609	1130	1128	1110	1142	1121	1137	1102	1109	1008
Total EDI	Pearson Correlation	,445**	1	-,177**	-,314**	-,164**	-,441**	-,197**	-,432**	,126**	,226**	,206**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000
	N	609	658	625	616	604	624	611	622	599	607	560
Competencia Escolar (SPPC)	Pearson Correlation	-,045	-,177**	1	,210**	,146**	,239**	,302**	,354**	,190**	,073*	,141**
	Sig. (2-tailed)	,128	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,000
	N	1130	625	1310	1244	1219	1264	1230	1250	1131	1152	1038
Aceptación Social (SPPC)	Pearson Correlation	-,079**	-,314**	,210**	1	,284**	,301**	,104**	,397**	,035	-,028	-,002
	Sig. (2-tailed)	,008	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,245	,342	,958
	N	1128	616	1244	1302	1218	1248	1227	1247	1124	1152	1031
Competencia Atlética (SPPC)	Pearson Correlation	-,113**	-,164**	,146**	,284**	1	,331**	,003	,259**	,126**	,075*	,120**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,920	,000	,000	,012	,000
	N	1110	604	1219	1218	1277	1240	1209	1226	1103	1124	1010
Apariencia Física (SPPC)	Pearson Correlation	-,380**	-,441**	,239**	,301**	,331**	1	,197**	,591**	,023	-,051	-,016
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,434	,082	,604
	N	1142	624	1264	1248	1240	1321	1243	1266	1138	1159	1040
Comportamiento (SPPC)	Pearson Correlation	-,072*	-,197**	,302**	,104**	,003	,197**	1	,386**	,084**	-,054	,020
	Sig. (2-tailed)	,016	,000	,000	,000	,920	,000		,000	,005	,069	,514
	N	1121	611	1230	1227	1209	1243	1293	1244	1118	1142	1027
Autoestima Global (SPPC)	Pearson Correlation	-,269**	-,432**	,354**	,397**	,259**	,591**	,386**	1	,029	-,088**	-,042
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,335	,003	,176
	N	1137	622	1250	1247	1226	1266	1244	1312	1133	1158	1041

Perfeccionismo Autoorientado (CAPS niño)	Pearson Correlation	,061*	,126**	,190**	,035	,126**	,023	,084**	,029	1	,629**	,902**
	Sig. (2-tailed)	,042	,002	,000	,245	,000	,434	,005	,335		,000	,000
	N	1102	599	1131	1124	1103	1138	1118	1133	1234	1128	1128
Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS niño)	Pearson Correlation	,133**	,226**	,073*	-,028	,075*	-,051	-,054	-,088**	,629**	1	,902**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,013	,342	,012	,082	,069	,003	,000		,000
	N	1109	607	1152	1152	1124	1159	1142	1158	1128	1256	1128
Perfeccionismo total (CAPS niño)	Pearson Correlation	,108**	,206**	,141**	-,002	,120**	-,016	,020	-,042	,902**	,902**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,958	,000	,604	,514	,176	,000	,000	
	N	1008	560	1038	1031	1010	1040	1027	1041	1128	1128	1128

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Total CIMEC (niño)	Total EDI	Competencia Escolar (SPPC)	Aceptación Social (SPPC)	Competencia Atlética (SPPC)	Apariencia Física (SPPC)	Comportamiento (SPPC)	Autoestima Global (SPPC)	Perfeccionismo Autoorientado (CAPS niño)	Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS niño)	Perfeccionismo total (CAPS niño)
Total CIMEC (niño)	Pearson Correlation	1	,445**	-,045	-,079**	-,113**	-,380**	-,072*	-,269**	,061*	,133**	,108**
	Sig. (2-tailed)		,000	,128	,008	,000	,000	,016	,000	,042	,000	,001
	N	1233	609	1130	1128	1110	1142	1121	1137	1102	1109	1008
Total EDI	Pearson Correlation	,445**	1	-,177**	-,314**	-,164**	-,441**	-,197**	-,432**	,126**	,226**	,206**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000
	N	609	658	625	616	604	624	611	622	599	607	560
Competencia Escolar (SPPC)	Pearson Correlation	-,045	-,177**	1	,210**	,146**	,239**	,302**	,354**	,190**	,073*	,141**
	Sig. (2-tailed)	,128	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,000
	N	1130	625	1310	1244	1219	1264	1230	1250	1131	1152	1038
Aceptación Social (SPPC)	Pearson Correlation	-,079**	-,314**	,210**	1	,284**	,301**	,104**	,397**	,035	-,028	-,002
	Sig. (2-tailed)	,008	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,245	,342	,958
	N	1128	616	1244	1302	1218	1248	1227	1247	1124	1152	1031
Competencia Atlética (SPPC)	Pearson Correlation	-,113**	-,164**	,146**	,284**	1	,331**	,003	,259**	,126**	,075*	,120**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,920	,000	,000	,012	,000
	N	1110	604	1219	1218	1277	1240	1209	1226	1103	1124	1010
Apariencia Física (SPPC)	Pearson Correlation	-,380**	-,441**	,239**	,301**	,331**	1	,197**	,591**	,023	-,051	-,016
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,434	,082	,604
	N	1142	624	1264	1248	1240	1321	1243	1266	1138	1159	1040
Comportamiento (SPPC)	Pearson Correlation	-,072*	-,197**	,302**	,104**	,003	,197**	1	,386**	,084**	-,054	,020
	Sig. (2-tailed)	,016	,000	,000	,000	,920	,000		,000	,005	,069	,514
	N	1121	611	1230	1227	1209	1243	1293	1244	1118	1142	1027
Autoestima Global (SPPC)	Pearson Correlation	-,269**	-,432**	,354**	,397**	,259**	,591**	,386**	1	,029	-,088**	-,042
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,335	,003	,176
	N	1137	622	1250	1247	1226	1266	1244	1312	1133	1158	1041

Perfeccionismo Autoorientado (CAPS niño)	Pearson Correlation	,061*	,126**	,190**	,035	,126**	,023	,084**	,029	1	,629**	,902**
	Sig. (2-tailed)	,042	,002	,000	,245	,000	,434	,005	,335		,000	,000
	N	1102	599	1131	1124	1103	1138	1118	1133	1234	1128	1128
Perfeccionismo Prescrito Socialmente (CAPS niño)	Pearson Correlation	,133**	,226**	,073*	-,028	,075*	-,051	-,054	-,088**	,629**	1	,902**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,013	,342	,012	,082	,069	,003	,000		,000
	N	1109	607	1152	1152	1124	1159	1142	1158	1128	1256	1128
Perfeccionismo total (CAPS niño)	Pearson Correlation	,108**	,206**	,141**	-,002	,120**	-,016	,020	-,042	,902**	,902**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,958	,000	,604	,514	,176	,000	,000	
	N	1008	560	1038	1031	1010	1040	1027	1041	1128	1128	1128

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Preocupación Imagen Corporal (CIMEC niño)	Influencia de los Anuncios (CIMEC niño)	Influencia de Mensajes Verbales (CIMEC niño)	Influencia de Modelos Sociales (CIMEC niño)	Influencia de Situaciones Sociales (CIMEC niño)	Total CIMEC (niño)	Total EDI	Total EAT (niño)
Preocupación Imagen Corporal (CIMEC niño)	Pearson Correlation	1	,752**	,559**	,500**	,534**	,898**	,504**	,408**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1346	1295	1332	1325	1302	1233	640	1207
Influencia de los Anuncios (CIMEC niño)	Pearson Correlation	,752**	1	,621**	,529**	,551**	,906**	,400**	,432**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1295	1339	1326	1318	1303	1233	638	1201
Influencia de Mensajes Verbales (CIMEC niño)	Pearson Correlation	,559**	,621**	1	,471**	,437**	,732**	,269**	,318**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	1332	1326	1381	1355	1333	1233	650	1231
Influencia de Modelos Sociales	Pearson Correlation	,500**	,529**	,471**	1	,510**	,697**	,212**	,282**

(CIMEC niño)	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	1325	1318	1355	1372	1328	1233	644	1225
Influencia de Situaciones Sociales (CIMEC niño)	Pearson Correlation	,534**	,551**	,437**	,510**	1	,688**	,322**	,352**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	1302	1303	1333	1328	1349	1233	644	1214
Total CIMEC (niño)	Pearson Correlation	,898**	,906**	,732**	,697**	,688**	1	,445**	,453**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	1233	1233	1233	1233	1233	1233	609	1119
Total EDI	Pearson Correlation	,504**	,400**	,269**	,212**	,322**	,445**	1	,436**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	640	638	650	644	644	609	658	614
Total EAT (niño)	Pearson Correlation	,408**	,432**	,318**	,282**	,352**	,453**	,436**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	1207	1201	1231	1225	1214	1119	614	1256

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).