

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

AUTOCRITICISMO, ESTIMA CORPORAL E SINTOMAS DE
PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM
ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO, PRATICANTES DE BALLET E
ANDEBOL

Denise Alves Piló

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



Autocriticismo, Estima Corporal e Sintomas de Perturbação do
Comportamento Alimentar em adolescentes do sexo feminino,
praticantes de Ballet e Andebol

DENISE ALVES PILÓ

Dissertação de Mestrado apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Vaz Pires Marques

Coorientadora: Professora Doutora Paula Castilho

Coimbra, julho de 2013

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas que ao longo de todo este processo acreditaram que seria possível a concretização do mesmo. A todas elas deixo o meu profundo agradecimento.

Agradeço a todas as instituições, escolas de dança e clubes desportivos, que me acolheram, que acreditaram na minha investigação e que manifestaram total disponibilidade na sua concretização, bem como aos professores e treinadores que apoiaram este trabalho cuja sua disponibilidade foi fundamental na recolha dos dados junto das jovens, às quais também agradeço pela sua cooperação.

À **Professora Doutora Mariana Marques**, mais do que um obrigado por tudo e tudo... agradeço todo o apoio, disponibilidade, dedicação, confiança que depositou em mim. Por acreditar que era possível, mesmo quando eu mais duvidei.

Agradeço à **Professora Doutora Paula Castilho** pela disponibilidade e por ter aceitado participar nesta investigação.

Aos **meus pais**, ao **Filipe** e ao **meu irmão**, por tudo o que me incentivaram, apoiaram e mimaram... por toda a energia, "empurrões" e paciência... sobretudo por acreditarem que era possível chegar até aqui...

Aos **meus amigos e colegas de mestrado** agradeço a preocupação para que tudo corresse bem e tudo o que me deram sempre que precisei...

Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) constituem um grave problema de saúde pública. Poucos estudos em Portugal ligam esta temática a áreas como o autocriticismo e a estima corporal. Assim, são nossos objetivos principais: explorar, numa amostra de adolescentes do sexo feminino, as diferenças entre praticantes de ballet e praticantes de andebol, nos sintomas de PCA, índice de massa corporal (IMC), dimensões avaliativas da aparência e níveis de autocriticismo; analisar se níveis maiores de autocriticismo e uma visão mais depreciativa em termos de aparência se associam a níveis mais elevados de sintomas de PCA (nas duas modalidades desportivas). Em virtude das associações encontradas, pretendemos realizar análises preditivas, controlando a influência de sintomas de depressão, ansiedade e *stress*.

Metodologia: A amostra é constituída por 105 adolescentes do sexo feminino ($n = 52$; 49,5% do ballet e $n = 53$; 50,5% do andebol) com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos ($M = 14,5$; $DP = 1,80$). As participantes preencheram um protocolo composto por um questionário sociodemográfico, pela Escala de Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS), pelo Teste de Atitudes Alimentares-25 (TAA-25/EAT-25), pela Escala Estima Corporal (BES) e pela Escala Depressão Ansiedade e Stress (DASS-21).

Resultados: Verificaram-se percentagens preocupantes de eventual PCA (ponto de corte de 19) nas praticantes de Ballet (7,7%) e de Andebol (9,4%). Quanto ao IMC, na amostra de praticantes de ballet, encontrou-se uma percentagem relevante de jovens com magreza (34,6%). As praticantes de Ballet e de Andebol apenas se diferenciaram no IMC e na dimensão FSCRS_eu inadequado (valores superiores nas praticantes de Andebol). Verificaram-se, na subamostra Ballet, associações significativas entre a Motivação para a Magreza e as formas de autocriticismo FSCRS_eu inadequado, FSCRS_eu detestado, FSCRS_eu tranquilizador e FSCRS_total e entre os Comportamentos Bulímicos e as formas de autocriticismo FSCRS_eu detestado e FSCRS_total. Na subamostra Andebol constataram-se associações significativas entre a Motivação para a Magreza e a forma de autocriticismo FSCRS_eu inadequado e FSCRS_total. A dimensão FSCRS_eu detestado mostrou predizer, na subamostra Ballet, a Motivação para a Magreza e os Comportamentos Bulímicos. Na subamostra Andebol o BES_Peso foi o preditor significativo da Motivação para a Magreza.

Discussão: É preocupante a percentagem de eventual PCA (em ambas em subamostras) bem como a percentagem de jovens que praticam Ballet com um IMC indicador de magreza, principalmente por serem jovens atletas e estarem mais focadas no seu corpo e forma física, estando mais vulneráveis ao desenvolvimento da patologia. É um contributo fundamental deste trabalho verificar associações (bem como o papel preditivo) nestas duas modalidades desportivas, separadamente, entre as formas de autocriticismo e as dimensões do TAA-25 Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos. Parece essencial o desenvolvimento de ações de sensibilização junto dos professores/treinadores, com o intuito de despertar uma maior atenção para a visão crítica das suas bailarinas/atletas em relação ao seu corpo, que parece influenciar as suas atitudes alimentares. Será importante iniciar estas ações/intervenções precocemente (antes mesmo da adolescência) não esquecendo a inclusão das figuras paternas, com vista a melhorar o seu sucesso, tendo consciência que particularmente no “nicho” desportivo do ballet a imagem/aparência e o peso continuam e continuarão, muito provavelmente, a ser valorizados e reforçados.

Palavras-chave: sintomas de perturbação do comportamento alimentar; autocriticismo; estima corporal; adolescentes; ballet; andebol.

ABSTRACT

Introduction: Eating Disorders are a major public health problem. Few studies in Portugal associate this theme with areas such as self-criticism and body esteem. Thus, our main objectives are: to explore, in a sample of female adolescents, the differences between ballet and handball practitioners as to symptoms of eating disorders, body mass index (BMI) and evaluative dimensions of appearance and self-criticism levels; to analyze whether higher levels of self-criticism and a more derogatory vision in terms of appearance are associated with higher levels of PCA symptoms (in both sports). Having these associations into account, we intend to perform predictive analysis, controlling the influence of symptoms of depression, anxiety and stress.

Methodology: Our sample is composed by 105 female adolescents ($n = 52$; 49.5% from ballet and $n = 53$; 50.5% from handball) with ages between 12 and 18 years ($M = 14.5$; $DP = 1.80$). The participants filled in a protocol composed by a sociodemographic questionnaire, the *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale* (FSCRS), the *Eating Attitudes Test-25* (TAA-25/EAT-25), the *Body Esteem Scale* (BES) and *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21).

Results: There were worrying percentages of eventual PCA (cutoff of 19) in Ballet practitioners (7.7%) and Handball (9.4%). As to the BMI, in the sample of practitioners of ballet we found a significant percentage of young people with malnutrition (34.6%). Ballet and Handball practitioners only differed in BMI and in the inadequate self form (higher values in Handball practitioners). In the Ballet subsample there were significant associations between Motivation for thinness and forms of self-criticism, inadequate self form, hated self form, reassure self form and total self criticism and between Bulimic behaviors and inadequate self form and total self criticism. In the Handball subsample, significant associations were found between Motivation for thinness, the inadequate self form and total self criticism. The hated self form predicted, in the Ballet subsample, Motivation for thinness and Bulimic behaviors. In the subsample Handball BES_Weight was the significant predictor of Motivation for thinness.

Discussion: The percentage of any Eating Disorders (in both subsamples) and the percentage of young people who practice ballet with a IMC indicating thinness is worrying, especially in young athletes who are more focused on their body and physical form, being more vulnerable to develop these disorders/symptoms. A major contribution of this work is to have shown the associations (as well as the predictive role), in these two sports, separately, between self-criticism forms and the TAA-25 dimensions Motivation for thinness and Bulimic behaviors. It seems essential to develop awareness-raising among teachers/trainers, in order to raise greater attention to the critical view of their dancers / athletes in relation to their body, which seems to influence their eating attitudes. It will be important to start these actions/interventions earlier (even before adolescence) not forgetting the inclusion of parents in order to improve their success, particularly in the ballet “niche”, where image/appearance and weight will most likely continue to be valued and reinforced.

Key-words: eating behavior disturbance symptoms; self-criticism; body esteem; adolescents; ballet; handball.

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar: Caraterísticas clínicas, dados epidemiológicos

As Perturbações do Comportamento alimentar (PCA) caracterizam-se por preocupações excessivas com o peso corporal e a aparência física. Porém, não envolvem apenas hábitos alimentares inadequados e o desejo excessivo de emagrecer. Assim, de acordo com Fairburn e Harrison (2003), o conceito de PCA caracteriza-se por: (1) existência de uma perturbação clara e significativa ao nível dos hábitos e atitudes alimentares e dos comportamentos para o controlo do peso; (2) disfunção psicológica e/ou da saúde física clinicamente significativa; e (3) a perturbação não é secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica. Apesar da apresentação clínica destas perturbações variar, estas têm sempre por base o controlo excessivo e valorização do peso, formas corporais e comportamento alimentar na autoavaliação (Caballo, & Simón, 2005; Fairburn, & Harrison, 2003).

Sendo um dos problemas psiquiátricos mais estudados, as PCA constituem um grande desafio no que toca à sua compreensão e ao seu tratamento (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993; Ferreira, 2003). São vistas como um sério problema de saúde pública por terem um grave impacto ao nível psicossocial e físico e por apresentarem a maior taxa de mortalidade dentro dos quadros psicopatológicos (Herzog, Deter, Fiehn, & Petzold, 1997).

Quanto aos critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) estes são apresentados pela Associação Americana de Psiquiatria (*Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition, Text Review, 2000/DMS-IV-TR*) e pela Organização Mundial de Saúde-OMS (na Classificação Internacional das Doenças, 10ª Edição, 1992/ CID-10) (Anexo V). Estes manuais referem ainda a Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE) (Anexo V). Dada a semelhança entre estes quadros no que toca às suas caraterísticas psicopatológicas e gravidade, o Modelo Transdiagnóstico para as PCA tem proposto uma categoria diagnóstica única e singular. Postula, portanto, que as diferentes PCA se definem por vários "ciclos" patológicos, sucedendo que diferentes doentes manifestam apenas percursos diferentes na expressão clínica da doença, em momentos distintos. Assim, todas as PCA partilham a/os mesma/mesmos psicopatologia/processos psicopatológicos específica/os, ocorrendo um movimento frequente entre as mesmas, fazendo sentido encará-las como uma entidade única (Fairburn, 2008; Fairburn, & Cooper, 2011).

Na população geral, a distribuição das PCA não é equivalente por sexo. As adolescentes e jovens adultas do sexo feminino são o grupo mais vulnerável (Hoek, 1993;

Pinto-Gouveia, 2000). Quanto à AN a prevalência em toda a vida varia entre 0,3% e 3,7% (Yager et al., 2000). As prevalências são mais elevadas em populações especiais, como estudantes de moda (3,5%) e bailarinas profissionais (8,6%) (Garner, & Garfinkel, 1980). A relação homem-mulher é de 1:10 ou até 1:20 (Klein, & Walsh, 2004). Fairburn (2008) relatou uma prevalência de 1% para a BN em mulheres jovens (DSM-III e DSM-IV).

Para Pereira e colaboradores (2005), são várias as razões para que a prevalência das PCA no sexo feminino seja superior ao sexo masculino. Existe uma grande dificuldade de diagnóstico das PCA no sexo masculino. Para além dos rapazes/homens apresentarem comportamentos muito diferentes das raparigas, a pressão sociocultural para a imagem e o significado da beleza são diferentes entre os dois sexos.

São poucos os dados epidemiológicos conhecidos em Portugal. O primeiro estudo publicado foi realizado nos Açores por Azevedo e Ferreira (1992). Os autores entrevistaram 580 indivíduos do sexo masculino e 654 do sexo feminino. Concluíram que a prevalência de PCA era muito baixa (0,64%). Carmo e colaboradores (1996), num estudo efetuado na área de Lisboa ($n = 2422$ raparigas) encontraram uma prevalência de 0,4%, para AN e 12,6% para quadros sem outra especificação (SOE). Em 1999, os mesmos autores, num estudo nas áreas de Lisboa e Setúbal, com 2398 alunas do ensino secundário, estimaram a prevalência de 0,37% para a AN e 12,6% para quadros SOE (Machado et al., 2004).

Bento e colaboradores (2011) realizaram o primeiro estudo em Portugal aplicando o Teste de Atitudes Alimentares-25 (TAA-25), instrumento mundialmente utilizado, numa população geral de adolescentes. Confirmaram a presença de atitudes e comportamento alimentares disfuncionais em estudantes do ensino secundário (997 inquiridos, 44,2% do sexo feminino), principalmente no sexo feminino, apesar de a prevalência não ser elevada. Utilizando-se o ponto de corte de 19, 4% da amostra apresentava atitudes e comportamentos alimentares com elevada probabilidade a serem disfuncionais (Pereira et al., 2011). Constatou-se que as raparigas apresentam um valor mais elevado que os rapazes nas pontuações totais do TAA-25 ($M = 5,64$; $DP = 7,26$ vs. $M = 4,14$; $DP = 4,82$) e no fator I, Motivação para a Magreza, ($M = 2,82$; $DP = 4,43$ vs. $M = 1,11$; $DP = 2,29$). Confirmou-se que os comportamentos alimentares alterados são 3,5 vezes mais frequentes no sexo feminino, do que no sexo masculino. O valor do IMC encontrado nesta amostra mostrou-se normal para a idade. Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o IMC, o TAA_total e as dimensões do TAA-25 em ambos os sexos. Porém, verificou-se uma correlação negativa e significativa entre o IMC e o fator III. Segundo estes autores, quanto maior o IMC, menor a Pressão Social para Comer e vice-versa, em ambos os sexos. Quanto à

sua relação com o TAA-25, os grupos de peso normal e excesso de peso apresentaram pontuações mais elevadas no TAA_total em ambos os sexos (Bento et al., 2011).

No estudo de Pereira e colaboradores (2011), com o TAA-25, os sintomas mais prevalentes relacionavam-se, em dois grupos, com o controlo alimentar e evitamento da gordura corporal ($n = 555$ estudantes universitários da Universidade de Coimbra e Aveiro e amostra de mulheres com PCA seguidas no Hospital Universitário de Coimbra). A estrutura fatorial revelou-se distinta do estudo anterior (Bento et al., 2011): a ordem dos dois primeiros fatores foi inversa e a ordem dos seus itens também foi alterada. Quer na média total do TAA-25, quer nas suas dimensões, o grupo de estudantes apresentou valores médios significativamente inferiores aos do grupo de mulheres com PCA (Pereira et al., 2011).

No estudo de Ferreira (2011), com o *Eating Disorder Examination* - 16.OD (EDE - 16.OD), procurando validar a eficácia de pontos de corte na discriminação de sujeitos com PCA e sem patologia, voltou-se a verificar uma clara discrepância (estatisticamente significativa) entre os valores médios obtidos, no total da escala, pelo grupo sem patologia alimentar ($M = 0,38$) em relação a pontuação obtida pelos três quadros clínicos: Anorexia Nervosa ($M = 3,95$); Bulimia Nervosa ($M = 4,61$) e PASOE ($M = 3,77$).

A Perspetiva Evolucionária na Compreensão das PCA

As PCA são encaradas como problemas psicopatológicos que se enquadram nos modelos representativos da sociedade atual, nomeadamente nas sociedades ocidentais, atingindo quase exclusivamente (em 95% dos casos) raparigas adolescentes e mulheres jovens (Södersten, Bergh, & Zandian, 2006). Tal sugere que estas perturbações têm uma etiologia multifatorial, incluindo fatores de natureza diversa, numa combinação de fatores genéticos, familiares (Treasure, & Holland, 1995, cit. in Serpell, & Troop, 2003), de personalidade e psicológicos (Vitousek, & Manke, 1994), ambientais e sociais (Petrie, 2001).

Em todas as épocas e culturas é notório o impacto da aparência física na qualidade de vida e na auto conceptualização, verificando-se um esforço por parte dos indivíduos, e especialmente pelas mulheres, para se aproximarem da imagem que corresponde a um ideal de atratividade (Gilbert, 2002). Embora aquilo que é belo vá sofrendo alterações de época para época e em diferentes contextos culturais, o corpo feminino tem sido, desde sempre, um indicador de recursos sociais e de potencial de reprodução (Abed, 1998; Gatward, 2007). É em função do contexto social e da interação com este que o indivíduo aprende a avaliar a sua aparência física, desenvolvendo-a e reavaliando-a ao longo da sua vida (Gilbert, 2002).

O padrão de beleza feminina valorizado atualmente dificilmente é alcançável pela mulher comum. É neste sentido, que a percepção de discrepância entre o peso e as formas corporais atuais gera insatisfação (Ferreira, 2003; Pinto-Gouveia, 2000). Essa insatisfação com a imagem corporal e o desejo de perder peso, especialmente pela população feminina, sendo estável ao longo da sua vida, pode revelar-se um fator de impacto negativo na qualidade de vida, com sérias implicações tanto ao nível emocional como comportamental (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994; Siegel, 2010; Stice, & Shaw, 2002).

Muitos os estudos têm vindo a verificar as mudanças ocorridas no padrão de beleza. A pressão social para a magreza, a mensagem médica em prol de um padrão alimentar restrito e baixo em calorias, a expansão das indústrias alimentares e de cosmética são fatores que contribuem para uma maior prevalência das PCA (Raich, 2001; Silva, 1993; Strice, 2001). A mensagem médica enfatiza a associação da magreza à saúde e os riscos provocados pelo excesso de peso, omitindo, na maioria das vezes, os perigos das dietas restritas e os riscos da magreza extrema (Pinto-Gouveia, 2000). Os *media* têm sofrido acusações pela difusão de um ideal de beleza irrealista. Ocorre a exposição de imagens e mensagens que associam a beleza feminina a atributos positivos da personalidade, mostrando que mulheres mais atraentes são vistas como mais felizes, com êxito elevado em várias áreas de funcionamento e com um maior número de atributos pessoais desejáveis (Pinto-Gouveia, 2000).

Segundo a perspetiva evolucionária, emitimos e recebemos sinais sociais que nos permitem adaptar à vida em grupo. São as relações precoces entre o bebé e os cuidadores (estilos de vinculação) (Bowlby, cit. in Golse, 2005) que explicam o desenvolvimento de diferentes padrões neuronais (Longe et al., 2010) e diferentes mentalidades sociais (Gilbert (2005, 2010): *procura de cuidados; prestação de cuidados, sexual, formação de alianças e ranking social*. Quando os indivíduos desenvolveram uma vinculação segura, com base nas relações com os cuidadores primários, vivenciam um sentimento de pertença ao grupo social (Irons, & Gilbert, 2005). Quando o estilo de vinculação é pouco seguro (relações de hostilidade e negligência por parte dos pais) (Baldwin, 2005; Blatt, & Zuroff, 1992), os sujeitos experienciam relações de insegurança, sentem que estão em permanente avaliação por parte dos outros e em constante ameaça (Gilbert, 2010). Ao percecionarem o mundo e os outros como ameaça e não confiáveis, apresentam uma maior probabilidade na aceitação de normas e valores sociais, principalmente acerca da aparência física e magreza, adotando comportamentos que pensam ser mais seguros (Gilbert, & Procter, 2006; Stice, 2001).

A comparação social é encarada como um dos meios mais importantes na regulação das interações sociais humanas, pois para além de ajudar o indivíduo a regular o seu

comportamento também permite a avaliação da sua posição dentro do grupo (Allan, & Gilbert, 1995; Gatward, 2007). Neste sentido, o sujeito deve estar ciente dos atributos que o seu grupo social considera como atraentes e como deve adaptar o seu comportamento e apresentação com o intuito de ser aceite, estimado e desejado pelos outros (Gilbert, 2002).

Por outro lado, sempre que uma mulher entende que a sua imagem corporal é significativamente discrepante do ideal de beleza e acreditando que a sua aparência é alvo de uma avaliação crítica por parte dos outros, tende a desenvolver um sentimento de inferioridade e indesejabilidade social (Goss, & Gilbert, 2002; Yamamiya, Cash, Melnyk, Posavac, & Posavac, 2005). Poderá, então, sentir necessidade de competir, para que se possa revelar como um agente social desejável e evitar a inferioridade, a negligência e a rejeição (Bellew, Gilbert, Mills, McEwan, & Gale 2006). O controlo do peso e das formas corporais podem funcionar como estratégias para evitar o sentimento de inferioridade e como forma de competir por uma posição social mais segura dentro do grupo (Bellew et al., 2006; Gatward, 2007). Nestas alturas, são frequentes comportamentos de automonitorização, autoculpabilização e autocriticismo (Gilbert, & Procter, 2006) que surgem como uma internalização das experiências precoces, influenciando a forma como a pessoa se relacionará consigo própria (Amaral, Castilho, & Pinto Gouveia, 2010). Se a automonitorização e o autocriticismo podem assegurar autotranquilização, a mentalidade de *ranking*, associando-se a sentimentos de derrota, inferioridade, subordinação, humilhação e rejeição, aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente as PCA (Bellew et al., 2006; Ferreira, 2011; Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2009).

Sabendo que as competências reguladoras das relações sociais externas podem ser internalizadas na forma de autoavaliações que regulam a relação do *eu* com o *eu*, para Driscoll (1989) o autocriticismo não é um processo único, pois este vai sofrendo variações ao nível das formas e funções. Tendo, por base o Modelo Evolucionário, o autocriticismo tem vindo a ser descrito como uma forma de interação entre diferentes aspetos do *self*, onde uma parte do *eu*, em situações de fracasso assume os seus defeitos, acusando-se e condenando-se e outra parte que se submete (Gilbert, 2005; Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons, 2004). São conhecidas duas formas de autocriticismo, o *eu inadequado*, caracterizado por sentimentos de derrota e inadequação a situações de falha e erro, e o *eu detestado*, pautado por sentimentos de raiva, aversão, ódio, com respostas mais destrutivas, agressivas e com o desejo de se magoar a si mesmo. É também conhecida uma forma de auto tranquilização, focada nos aspetos positivos do *eu*, na capacidade de se tranquilizar, reconfortar e acalmar, mesmo em situações de embaraço e decepção (Gilbert et al., 2004). As funções que regulam os

relacionamentos exteriores são a *auto correção*, que tem como objetivo evitar os erros futuros, levando a um aperfeiçoamento pessoal e o *auto ataque*, caracterizado por uma vontade de perseguir, agredir, magoar, ou mesmo destruir o *eu* (Gilbert, & Irons, 2005).

Tal como afirmado por Ferreira (2011), a mentalidade de *ranking* social desempenha um papel essencial no desenvolvimento de atitudes disfuncionais em relação ao corpo e à alimentação. Afirmar que a comparação social desfavorável e a procura pela magreza são mediadas por níveis elevados de autocriticismo. No seu estudo (amostra da população geral, em ambos os sexos, com idade média do sexo feminino = 19,1) confirmou associações de magnitude moderada entre as formas de autocriticismo *eu-inadequado* e *eu-detestado*, em ambos os sexos, e as subescalas Procura de Magreza e Bulimia (do EDI; Versão portuguesa, Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001), que são próximas das subescalas do TAA-25, Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos. Segundo a autora, o comportamento alimentar disfuncional surge como resultado de uma regulação emocional mal adaptativa (mais crítica e menos amável e compreensiva com o *eu*).

As PCA em contextos específicos (atividades e profissões)

Embora a preocupação e sobrevalorização pela magreza esteja presente em todas as culturas, são conhecidos contextos específicos onde a prevalência destas patologias pode aumentar, especialmente em atividades e profissões onde é valorizada (pelo grupo social) a magreza como, por exemplo, as bailarinas, as modelos, as atrizes e as atividades ligadas ao desporto (Rodin, Striegel-Moore, & Silberstein, 1990).

Numa revisão de 23 estudos, Brownel & Howald concluíram que muitos atletas apresentam controlo patológico do peso, práticas de restrição alimentar, preocupação com a magreza e tendência para emagrecer (Sherman, & Thompson, 2001). Certos desportos, que contemplam um corpo mais tonificado, esbelto e magro aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de PCA/de PCA (Garner, Rosen, & Barry, 1998).

Os estudos com desportistas procuram determinar a prevalência das PCA ou de comportamentos de controlo exagerado do peso. Estes comportamentos incluem várias estratégias inadequadas para perder peso: vômito autoinduzido, uso de laxantes e diuréticos, uso de medicamentos para emagrecer e prática de exercício excessivo (Thrash, & Anderson, 2000). A sobreposição desta sintomatologia (patologia do comportamento alimentar e comportamentos de controlo do peso) nos atletas preenche os critérios para PCASOE ou para sintomatologia subclínica (perda de peso, queixas gastrointestinais, medo excessivo de se tornarem gordos, restrição no consumo de calorias, etc.) (Sundgot-Borgen, 1994).

Smolak e colaboradores (2000) analisaram, numa meta-análise com 34 estudos, sobre as PCA (em desportistas do sexo feminino; entre 1975 e 1999) a relação entre a participação em determinado desporto e a psicopatologia alimentar. Exploraram o carácter protetor e de risco do envolvimento em atividades desportivas no desenvolvimento de psicopatologia alimentar. Verificaram uma maior probabilidade de desenvolvimentos de PCA na população de desportistas, especificamente entre as bailarinas. A insatisfação corporal foi mais elevada nos grupos de comparação (ballet, ginástica, natação, atletismo, remo, ténis e halterofilismo). Os atletas não profissionais tinham maior satisfação corporal e menos probabilidade de desenvolver perturbações alimentares. Os dados parecem indicar que a participação em atividades desportivas pode associar-se a alguns fatores de risco (ênfase na magreza, tal como no ballet) e a fatores de proteção (maior satisfação corporal) para o desenvolvimento de psicopatologia alimentar (Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). O estudo também revelou que entre os diferentes grupos de desportistas (ballet, ginástica, natação, atletismo, remo, ténis e halterofilismo) é o grupo das bailarinas/estudantes de dança que apresenta maior risco para o desenvolvimento de PCA, com este a aumentar quando as jovens estão inseridas na alta competição ou pertencem a uma companhia de dança de elite (Smolak et al., 2000).

Dotti e colaboradores (2002) estudaram as PCA em estudantes de dança clássica (n = 160 estudantes de ballet clássico) usando o EDI (*Eating Disorder Inventory*). Os autores verificaram que, na generalidade, as estudantes ingeriam menos calorias do que as necessárias. O défice de ingestão calórica estava correlacionado com a elevação na subescala do perfeccionismo do EDI. As preocupações com a alimentação, o peso e a imagem corporal estavam relacionadas com os anos (duração) em que as bailarinas praticavam ballet. Quanto mais cedo iniciavam esta modalidade, maior a intensidade da sintomatologia alimentar.

Relativamente a estudos realizados com atletas em Portugal, Silva (2001) realizou um estudo comparativo com 150 atletas do sexo feminino de várias modalidades (ginástica, atletismo, judo, natação, hóquei de campo e andebol) nas zonas de Lisboa, Porto, Leiria e Madeira, utilizando o EDI. O autor verificou valores semelhantes aos obtidos pelas pacientes com PCA na subescala do Medo da Maturidade em todas as modalidades desportivas e na subescala da Desconfiança Interpessoal nas atletas do hóquei de campo, atletismo e andebol. Embora não se verificando significância estatística, foi notória uma maior insatisfação corporal nos grupos considerados de menor risco (judo, natação, hóquei de campo e andebol), contrariando a maioria dos estudos efetuados nesta área (Borgen, & Corbin, 1987; Davis, & Cowles, 1989; Garfinkel & Garner, 1982; Sundgot-Borgen, 1994). Estes apontam uma maior prevalência de comportamentos e atitudes alimentares de risco em atletas de modalidades

onde um corpo magro é sinónimo de melhor *performance* desportiva (e.g. ballet, atletismo) ou em modalidades que sejam divididas por escalões determinados pelo peso (e.g. judo) ou em modalidades que dependem de avaliações externas por juízes (Swoap, & Murphy, 1995).

Um outro estudo realizado por Malheiro e Gouveia (2001) (n = 200 atletas do sexo feminino; 100 atletas eram de competição: 85 envolvidas em modalidade consideradas de baixo risco - 25 futebolistas e 25 andebolistas; 50 em modalidades consideradas de alto risco - 25 ginastas e 25 nadadoras; e 100 estudantes universitárias), em que foram utilizados a SPAS (*Social Physique Anxiety Scale*) e o EDI-2 teve como finalidade perceber se o contexto desportivo aumentava a ansiedade física social e a frequência de atitudes e comportamentos alimentares caraterísticos das PCA. Verificaram que a ansiedade social era potenciadora das PCA, devendo por isso, ser considerada um fator de risco. Os autores indicaram que as atletas são uma população que se encontra em maior risco de vir a desenvolver patologia alimentar, referindo que a ginástica é uma modalidade de alto risco no desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares patológicos (Malheiro, & Gouveia, 2001). O estudo aponta, mais do que para a diferenciação dos comportamentos e atitudes alimentares entre modalidades desportivas, para o facto da pertença a uma modalidade desportiva (o ser-se atleta vs. não ser atleta) ser, no geral, potenciador de alterações a este nível.

Objetivos

É nosso objetivo explorar, numa amostra de raparigas - por ser o sexo mais vulnerável à ocorrência de insatisfação corporal e de sintomas de PCA), da população geral, a existência (ou não) de diferenças estatisticamente significativas entre as praticantes de ballet e de andebol, quanto aos sintomas de PCA (usando o TAA-25), índice de massa corporal, dimensões avaliativas da aparência e níveis de autocriticismo, visto tratarem-se de modalidades desportivas distintas e com características muito particulares. Não deixaremos de calcular, a prevalência de eventual PCA em ambas as modalidades desportivas (ponto de corte definido em estudos nacionais com o TAA-25). Em virtude de eventuais diferenças encontradas, queremos verificar se níveis maiores de autocriticismo e uma visão mais depreciativa em termos de aparência se associam a níveis maiores de sintomas de PCA (nas duas modalidades desportivas). Tencionamos verificar se existem diferenças entre os dois grupos quanto aos sintomas depressivos, ansiosos e no *stress*, particularmente se se verificar a necessidade de controlar estes sintomas em análises mais complexas que pretendemos realizar, como as análises preditivas que permitirão verificar se o autocriticismo e a visão em termos de aparência predizem os sintomas de PCA (em ambas as modalidades desportivas).

METODOLOGIA

Procedimentos

Para a realização de recolha de dados, foi feito um primeiro contacto (informal) com as diretoras de uma escola de dança (onde as jovens praticam apenas ballet) de Leiria e de uma escola de dança na Nazaré (onde existem mais modalidades para além do ballet) e o com vice-presidente de um clube desportivo de Leiria (onde as jovens praticam apenas andebol) e o responsável pelo clube desportivo de andebol da Nazaré (onde as jovens praticam apenas andebol) e, posteriormente, entregue um documento formal que explicava o âmbito do estudo (abrandado no 2º ano do Mestrado em Psicoterapias e Psicologia Clínica) e solicitava a autorização para a administração de um protocolo de questionários (Apêndice A).

O protocolo é composto por um questionário sobre variáveis sociodemográficas, contexto familiar, práticas desportivas/dança e variáveis de saúde (Apêndice C), pela *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond, & Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006) (Anexo I), pela *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale* (FSCRS; Gilbert et al., 2004; Céu, & Castilho, 2013) (Anexo II), pelo Teste de Atitudes Alimentares-25/ *Eating Attitudes Test* (TAA-25/EAT-25; Garner, & Garfinkel, 1979; Pereira et al., 2006) (Anexo III) e pela *Body Esteem Scale* (BES; Mendelson, Mendelson, & White, 2001; Moreira, Frontini, & Canavarro, 2012) (Anexo IV).

Depois de obtida a autorização formal das escolas e clubes desportivos (Apêndice A), as bailarinas e atletas de andebol levaram, juntamente com o protocolo, um pedido de consentimento informado para o encarregado de educação (por serem menores de 18 anos) (Apêndice C) informando-os dos objetivos do estudo e pedindo a autorização para os seus educandos participarem. A recolha de dados ocorreu durante março e abril de 2013.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico (Apêndice C)

Constituído por quatro secções distintas: **Secção I: Variáveis Sociodemográficas:** idade e ano de escolaridade; **Secção II: Contexto Familiar:** (1) *Com quem vives*; (2) *Quantos irmãos tens?*; (3) *Estado civil dos pais*; (4) *Nível de escolaridade do pai e da* (5) *mãe*, (6) *profissão do pai e mãe*; (7) *Situação de trabalho do pai e da* (8) *mãe*; **Secção III: Práticas de Dança/ Desportivas:** secção que fornece dados relativas às práticas de dança para as jovens que praticam ballet e aos hábitos desportivos, para as jovens que praticam andebol - *Há quanto tempo estás nesta escola de dança/estás neste clube?*; (2) *Antes de andares nesta*

escola/neste clube já tinhas andado noutra local? quantos anos?; (3) Nesse local, quantas vezes dançavas/praticavas por semana; (4) Neste ano letivo, quantas vezes por semana danças/práticas?; (5) Danças/práticas andebol, porquê?; Seção IV: Variáveis de Saúde: questionamos o peso e a altura das jovens para calcular o índice de massa corporal/IMC (respostas abertas). O IMC foi calculado seguindo a fórmula $\text{peso}/(\text{altura})^2$ e analisado utilizando as 2000 CDC *Growth Charts for United States* (2002): Magreza (percentil < 5); Peso normal (entre o Percentil 5 e Percentil 85); Excesso de Peso (entre o Percentil 85 e o Percentil 95) e Obesidade (> Percentil 95). Questionamos ainda: (1) *tens algum problema de saúde; Qual?* (2) *Segue algum padrão alimentar prescrito por algum nutricionista (sim/não); há quanto tempo;* (3) *qual o motivo que te levou a procurar o nutricionista.*

DASS-21 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (*Depression, Anxiety and Stress Scale; Lovibond, & Lovibond, 1995; Versão portuguesa de Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006*)

A *Depression, Anxiety and Stress Scale* é uma versão curta de 21 itens da escala elaborada por Lovibond e Lovibond de 42 itens. Estes autores desenvolveram a escala com o intuito de abranger a sintomatologia ansiosa e depressiva na sua totalidade e que demonstrasse boas qualidades psicométricas. O estudo fatorial de Pais-Ribeiro, Konrad e Leal (2004) de uma versão portuguesa da escala revelou mais um fator, designado de stress.

É uma escala composta por três subescalas (depressão, ansiedade e stress), cada uma com sete itens, respondidos numa escala Likert: (0) Não se aplicou a mim; (1) Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; (2) Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; (3) Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo. É possível obter em cada subescala uma pontuação mínima de “0” e máxima de “21”.

A distribuição tridimensional dos itens admite a seguinte forma: *Depressão* (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21); *Ansiedade* (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20); e *Stress* (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) e destinam-se a avaliar os estados emocionais das respetivas dimensões. A cada item corresponde uma frase que remete para sintomas emocionais negativos (Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006). A primeira subescala avalia o estado emocional de depressão, associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa, caracterizada por baixa afetividade positiva, reduzida autoestima e motivação, sintomas de inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, auto depreciação, e.g., (“Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas)”, “Senti-me triste e deprimido”). A segunda subescala avalia o estado

emocional de ansiedade, sintomas de excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade (“Dei-me conta que tinha a boca seca” “Senti tremores [por exemplo, das mãos ou das pernas]”). E, por fim, a última subescala avalia o stress; sintomas como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, fácil perturbação/agitação, irritabilidade/reação exagerada e impaciência (“Senti dificuldades em relaxar”, “Senti que estava agitado”) (Apóstolo et al., 2006).

Pontuações mais elevadas em cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos (Lovibond, & Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006). Para se calcular o posicionamento das pessoas são somados os resultados de cada dimensão. Os resultados são multiplicados por dois, permitindo a conversão do resultado para a escala completa de 42 itens, e comparados com a classificação de cada um dos três estados: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo (Apóstolo et al.; 2006; Lovibond & Lovibond, 1995). Valores mais elevados indicam uma maior gravidade dos sintomas.

No estudo de Apóstolo e colaboradores (2006), com sujeitos que frequentavam a consulta externa de um Hospital Psiquiátrico do distrito de Coimbra, a DASS-21 apresentou elevada consistência interna (alfas de Cronbach variaram entre 0.90 - depressão, 0.86 - ansiedade e 0.88 - stresse e 0.95 para o total das três subescalas). Os autores verificaram que a uma estrutura de dois fatores (Ansiedade - Stress e Depressão) era a mais ajustada. Para os autores, a versão curta de 21 itens distingue-se pela fácil aplicação em ambiente clínico e não clínico, podendo ser utilizada na avaliação dos três estados emocionais em adolescentes e adultos. No presente estudo o alfa de Cronbach da escala Depressão foi de 0,865 (bom), da escala Ansiedade foi de 0,785 (razoável), da escala Stress foi de 0,832 (bom). Já o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,891 (bom) (Pestana e Gageiro, 2008).

FSCRSA - Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização para Adolescentes (*Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*; Gilbert et al., 2004; versão portuguesa de Castilho, & Pinto-Gouveia, 2011; versão portuguesa para adolescentes de Céu, & Castilho, 2013, em preparação)

A Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS) permite avaliar a forma como os indivíduos se autocriticam e autoavaliam face a situações de fracasso e erro (Gilbert et al., 2004; Castilho, & Pinto Gouveia, 2011). A versão original, a versão portuguesa para adultos e para adolescentes não apresentam a mesma estrutura. Assim, a versão para adolescentes (trabalho em preparação e aguarda submissão) (Céu, & Castilho, 2013, em preparação) consiste em 22 itens, divididos por três subescalas: (1) *eu inadequado*,

que avalia sentimentos de inadequação e de inferioridade do *eu* perante o fracasso, obstáculos e erros (e.g., "penso que mereço o meu autocriticismo"); (2) *eu detestado*, que avalia uma resposta mais destrutiva, apoiada em relações baseadas em sentimentos aversivos, num desejo perseguidor e agressivo para com o *eu* (e.g., "fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo"); e (3) *eu tranquilizador*, revelando-nos um comportamento mais positivo e caloroso, de conforto, compaixão pelo *eu* (e.g., "continuo a gostar de quem sou") (Castilho, & Pinto Gouveia, 2011).

Relativamente à distribuição tridimensional dos itens, a subescala *eu inadequado* é composta por nove itens (1,2, 4,6, 7, 14, 17, 20, 22), à subescala *eu detestado* correspondem cinco itens (9,10, 12,15, 18) e à subescala *eu tranquilizador* oito itens (3,5,8,11,13,16,19,21). Cada item é cotado, numa escala tipo Likert, de cinco: (0) *Não sou assim*; (1) *Sou um pouco assim*; (2) *Sou moderadamente assim*; (3) *Sou bastante assim*; e (4) *Sou extremamente assim* (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). No trabalho já referido de análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa para adolescentes (em preparação e aguardando submissão) (Céu, & Castilho, 2013) foram encontrados os seguintes valores de alfa de Cronbach: *Eu inadequado*, $\alpha = 0.899$; *Eu detestado*, $\alpha = 0,806$ e *Eu tranquilizador*, $\alpha = 0,868$ (todas as escalas revelaram muito boa consistência interna) (Pestana e Gageiro, 2008). Já na versão original da FSCRSA e na versão portuguesa se haviam encontrado coeficientes alfas de Cronbach indicadores de boa ou muito boa consistência interna (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). A exploração das características psicométricas por Céu e Castilho (2013, em preparação) permitiu igualmente verificar a boa estabilidade temporal da versão para adolescentes (quer no que toca ao total da escala, quer às suas escalas).

No presente estudo o alfa de Cronbach da subescala *eu inadequado* foi de 0,876 (tratando-se de um valor bom), da subescala *eu detestado* foi de 0,727 (valor razoável), da subescala *eu tranquilizador* foi de 0,811 (valor bom) (Pestana e Gageiro, 2008).

TAA-25/EAT-25 - Teste de Atitudes Alimentares-25 (*Eating Attitudes Test*; Garner, & Garfinkel, 1979; Versão portuguesa de Pereira et al., 2006)

O Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40)/*Eating Attitudes Test*-40 (EAT-40) desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979 visa avaliar atitudes alimentares e sintomas de PCA e foi adaptado e validado para a população portuguesa por Soares e colaboradores (2004). Em 1986, alguns autores desenvolveram uma versão reduzida do TAA-40, o TAA-26, tendo como critério de seleção os itens com saturações fatoriais $< 0,40$ (Pereira et al., 2006, 2008). A versão original e a versão reduzida têm excelentes qualidades psicométricas.

Pereira e colaboradores (2006, 2008) desenvolveram a versão portuguesa reduzida do TAA-40, o TAA-25, selecionando os itens que apresentaram pesos fatoriais $>0,30$. Para Pereira e colaboradores (2011) esta metodologia permitiu alcançar uma estrutura fatorial e escolher os itens mais representativos da cultura e população portuguesa. Foi em 2006 e 2008 que estes autores confirmaram a excelente consistência interna do instrumento e a sua validade discriminante. Posteriormente, em 2011, os mesmos autores voltaram a confirmar a excelente consistência interna da escala e a sua validade discriminante num estudo com estudantes de Medicina e com uma subamostra de raparigas com Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA).

O TAA-25 é um questionário de autorresposta com um formato de resposta do tipo Likert, com seis opções de resposta: “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”. Uma resposta “sempre” é cotada com 3 pontos; “muitíssimas vezes”, com 2 pontos; “muitas vezes”, com 1 ponto; as restantes opções de resposta não tidas em conta (0 pontos). A pontuação do TAA-25 varia entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 75 pontos. A pontuação total é calculada através da soma de todas as respostas e quanto maior for a pontuação total, mais disfuncionais são as atitudes e comportamentos alimentares (Soares, Macedo, Gomes, & Azevedo, 2004).

Nas várias análises fatoriais (Pereira et al., 2006, 2008; Teixeira, 2008) realizadas ao instrumento foram encontrados 3 fatores: *Motivação para a Magreza*, *Comportamentos Bulímicos* e *Pressão Social para Comer*. Os itens que compõem cada fator variam entre estudos mas, usualmente, os itens incluídos no fator *Motivação para a Magreza* envolvem o desejo de emagrecer, a preocupação com o peso corporal, o evitar as comidas calóricas, a prática de exercício e o autocontrolo em relação à alimentação (e.g. “Faço exercício energeticamente, para queimar calorias”; “Sinto que a comida controla a minha vida”); os incluídos no fator *Comportamentos Bulímicos* são as estratégias compensatórias para lidar com a ingestão compulsiva e os sentimentos de culpa e desconforto em relação à comida (e.g. “Vomito depois de comer”; “Tomo laxantes”); os relativos à *Pressão Social para Comer* referem-se ao autocontrolo sobre a comida e a pressão social para aumentar o peso (“Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais”; “As outras pessoas acham que estou demasiado magra”) (Pereira et al., 2006, 2008, 2011).

Usando a metodologia das curvas ROC, o ponto de corte ajustado à prevalência de 19 pontos no TAA-25 fornece os melhores valores de sensibilidade (95,6%) e especificidade em redor dos 95%. Este ponto de corte pode ser utilizado para rastreio de PCA na população portuguesa (Pereira et al., 2011). Neste estudo recorreremos ao ponto de corte de 19 para

definir a presença de eventual PCA e seguimos a estrutura fatorial encontrada por Teixeira (2008), numa amostra de adolescentes portugueses. Compõem o Fator 1/*Motivação para a Magreza*, os itens: 2, 9, 10, 12, 14, 18, 21, 24; o Fator 2/*Comportamentos Bulímicos*, os itens: 1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 23, 25; e o Fator 3/*Pressão Social para Comer* os itens 7, 13 e 20. Foram excluídos os itens 3, 4, 11 e 19 (não cumpriam critério de peso $\geq 0,30$).

No presente estudo o alfa de Cronbach da escala Motivação para a Magreza foi de 0,749 (razoável), da escala Comportamentos Bulímicos foi de 0,682 (fraco), da escala Pressão Social para Comer foi de 0,684 (fraco). Já o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,822 (bom) (Pestana e Gageiro, 2008).

BES - Escala de Estima Corporal (*Body Esteem Scale*; Mendelson, Mendelson, & White, 2001; Versão portuguesa de Moreira, Frontini, & Canavarro, 2012, em preparação)

A BES foca-se na auto avaliação do corpo ou aparência. Foi desenvolvida a partir da aplicação de questionários de autorrelato (Harter, 1985, 1988; Mendelson, & White, 1993-94), entrevistas abertas (Allon, 1979) ou palavras e reações relacionadas com o corpo (Mendelson, White, & Mendelson, 1996-97). A primeira versão, desenvolvida para crianças era composta por 24 itens do tipo dicotómico (sim ou não), relacionados com as avaliações afetivas do próprio corpo. Apresentaram um coeficiente de precisão igual a 0,85 (Mendelson, & White, 1993-94). Posteriormente, foram retirados 4 itens e essa nova versão (20 itens) foi aplicada a uma larga amostra de crianças e adolescentes (8 aos 15 anos) (Mendelson, White, & Mendelson, 1996). A análise fatorial apontou para três fatores: Aparência (sentimentos gerais sobre a aparência), Peso (preocupação com o peso) e Atribuição (perceção da avaliação do outro sobre o próprio corpo e aparência), perfazendo um total de 18 itens. Em 1998 os autores embora não tenham alterado a escala da aparência (12 itens), introduziram três novos itens às escalas Peso e Atribuição, com o objetivo de melhorar a sua fidedignidade.

Por serem necessárias novas alterações, nomeadamente no formato das respostas, as opções de resposta foram alteradas para uma escala de tipo Likert de 5 pontos, “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. Alguns dos itens também foram reescritos, adequando-os para jovens adolescentes e adultos. Depois da escala concluída, os itens foram reorganizados. A distribuição dos itens admite a seguinte forma: *Aparência* (itens 1, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21, 23); *Peso* (itens 3, 4, 8, 10, 16, 18, 19, 22); e *Atribuição* (itens 2, 5, 12, 14, 20). Nesta escala os seguintes itens são invertidos: 4, 7, 9, 11, 13, 17, 18, 19, 21.

Mendelson, White e Mendelson (1996-97) desenvolveram um estudo com uma amostra de 1334 participantes (761 mulheres e 571 homens) que frequentavam colégios e

universidades em Montreal, Québec, Canadá, com idades entre os 12 e os 15 anos, verificaram que esta escala é uma medida válida e confiável que pode ser aplicada a jovens desde os 12 anos até à idade adulta. Este estudo também verificou que existe uma clara relação entre a autoestima global e os sentimentos sobre a aparência, independentemente da satisfação do peso e das avaliações dos outros em relação ao próprio corpo e aparência.

No presente estudo o alfa de Cronbach da escala Aparência foi de 0,907 (muito bom), da escala Peso foi de 0,822 (bom), da escala Atribuição foi de 0,737 (razoável). Quanto ao alfa de Cronbach da escala total este foi de 0,920 (muito bom) (Pestana e Gageiro, 2008).

Por termos uma amostra feminina, nos itens da BES em que aparecia a hipótese de resposta para os dois sexos [e.g., item 2, bonito(a)] (itens 4, 8, 9, 10, 13, 14, 18 e 21) mantivemos apenas a hipótese de resposta para o sexo feminino (e.g. item 2, bonita). Optámos dada mais uma vez, a faixa etária por alterar a palavra “pessoa/s” para rapariga/s. Alterámos o tempo verbal do item 5 (“Eu acho que a minha aparência me ajudaria a arranjar emprego”) para “Eu acho que a minha aparência vai ajudar-me a arranjar emprego”.

Análise estatística

Recorremos a um programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Conduzimos testes paramétricos em virtude da nossa amostra apresentar um n superior a 30, mesmo verificando, através do teste de Kolmogorov-Smirnov a não normalidade da distribuição de algumas das variáveis centrais do nosso estudo (inclusive, dimensões do TAA-25).

Realizaram-se testes t de Student para verificar se existiam diferenças significativas entre as praticantes de Ballet e de Andebol nas variáveis centrais do estudo (FSCRS, TAA-25, BES, IMC e DASS-21). Conduziram-se análises de correlação de Pearson para testar associações entre as variáveis do estudo, separadamente nas praticantes de Ballet e de Andebol. A magnitude das correlações foi analisada seguindo os critérios de Cohen (cit. in Pallant, p. 210, 2011; Cohen; 1992): 0,10 (baixo); 0,30 (moderado); e 0,50 (elevado).

Em função das associações encontradas nas análises anteriores, realizámos regressões múltiplas hierárquicas, focando-nos nas duas dimensões fundamentais do TAA-25, Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos, separadamente por modalidade desportiva. Tivemos em consideração as suposições essenciais: tamanho da amostra, presença de multicolinearidade, homocedasticidade, presença de *outliers*/valores extremos e independência dos resíduos (Pallant, 2007; 2011). Quanto ao tamanho da amostra, atendendo

à fórmula de Tabachnick e Fidell ($N > 50 + 8m$; m = número de variáveis independentes; cit. in Pallant, p. 150, 2011), cumprimos o pressuposto em todas as análises. Para verificar se existia multicolinearidade entre as variáveis independentes, analisámos as intercorrelações entre as variáveis. Sempre que a intercorrelação se mostrou superior a 0,50 entre potenciais variáveis predictoras (dois ou mais preditores contêm muita da mesma informação, na matriz de correlações) excluámos uma das variáveis (Leech, Barrett, & Morgan, 2005). Analisámos a independência dos resíduos (teste de Durbin-Watson: valor deverá aproximar-se de 2, para se considerar que não existe autocorrelação entre os resíduos) (Pallant, 2007, 2011). Verificámos se estavam presentes *outliers*/valores extremos, analisando se se verificavam casos com Zresidual superiores a 2,5 ou menores do que -2,5 (Pallant, 2007, 2011).

Amostra

A amostra é constituída por raparigas com idade entre os 12 e 18 anos ($M = 14,5$; $DP = 1,80$) que praticam ballet e andebol em escolas de dança e clubes desportivos de Leiria e Nazaré ($n = 105$; baller: $n = 52$; 49,5%; andebol: $n = 53$; 50,5%). Quanto à escolaridade, na subamostra ballet, a maioria frequenta o 3º ciclo ($n = 32$; 61,5%). Na subamostra do andebol a maioria frequenta o Ensino Secundário ($n = 31$; 58,5%). Quanto ao número de irmãos nas duas subamostras a maioria tem 1 irmão ($n = 31$; 59,6% e $n = 36$; 67,9%). (Tabela 1).

Tabela 1

Variáveis Sociodemográficas

Ano de Escolaridade	Ballet		Andebol	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
2º ciclo	4	7,7	-	-
3º ciclo	32	61,5	22	41,5
Ensino Secundário	16	30,8	31	58,5
Total	52	100	53	100
Número de Irmãos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	9	17,3	5	9,4
1	31	59,6	36	67,9
2	7	13,5	8	15,1
3 – 6	5	9,6	4	7,6
Total	52	100	53	100

Relativamente ao agregado familiar (Tabela 2), em ambas as subamostras (ballet e andebol), a maioria das jovens pertence a uma família nuclear (respetivamente, $n = 43$; 82,7%; $n = 46$; 86,8%), onde os pais são casados/vivem em comunhão de facto (75,0% do ballet ($n = 39$) e 79,2% do andebol; $n = 42$).

Tabela 2
Variáveis Relativas à Caracterização Familiar

		Ballet		Andebol	
Agregado Familiar		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Família Nuclear		43	82,7	46	86,8
Família Alargada		9	17,3	7	13,2
Total		52	100	53	100
Estado Civil dos Pais		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Casados/ vivem em comunhão de facto		39	75,0	42	79,2
Separados/ divorciados/ viúvos		11	21,2	10	18,9
Nunca viveram juntos		2	3,8	1	1,9
Total		52	100	53	100

Na Tabela 3 apresentamos os níveis de escolaridade do pai e da mãe (categorizados). Quanto à escolaridade do pai, na subamostra ballet, verifica-se maior percentagem no *Curso Superior* ($n = 26$; 50,0%). Na subamostra do andebol a maior percentagem verifica-se no *Ensino Secundário* ($n = 17$; 32,1%). Quanto à escolaridade da mãe, na subamostra do ballet, o *Curso Superior* ($n = 31$; 59,6%) apresenta uma maior percentagem. Na subamostra do andebol é no *Ensino Secundário* ($n = 18$; 34,0%) que se verifica maior percentagem.

Tabela 3
Níveis de Escolaridade do Pai e da Mãe Categorizadas

		Ballet		Andebol	
Escolaridade do Pai categorial		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1º ciclo		-	-	3	5,7
2º ciclo		11	21,2	11	20,8
3º ciclo		4	7,7	13	24,5
Ensino Secundário		11	21,2	17	32,1
Curso Superior		26	50,0	7	13,2
Total		-	-	51	96,2
Não Responde		-	-	2	3,8
Total		52	100	53	100
Escolaridade da Mãe categorial		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1º ciclo		-	-	4	7,5
2º ciclo		2	3,8	5	9,4
3º ciclo		5	9,6	10	18,9
Ensino Secundário		14	26,9	18	34,0
Curso Superior		31	59,6	12	22,6
Total		-	-	49	92,5
Não Responde		-	-	4	7,5
Total		52	100	53	100

Na Tabela 4 apresentamos a situação profissional (categorizada) do pai e da mãe. Quanto à situação profissional do pai, em ambas as subamostras a categoria com maior percentagem é *A trabalhar* (respetivamente, $n = 50$; 96,2%; $n = 47$; 88,7%). Quanto à situação profissional da mãe, em ambas as subamostras a categoria com maior percentagem é *A trabalhar* (respetivamente, $n = 47$; 90,4%; $n = 42$; 79,2%).

Tabela 4
Situação Profissional do Pai e da Mãe Categorizadas

		Ballet		Andebol	
Situação Profissional do Pai		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A trabalhar		50	96,2	47	88,7
Desempregado		2	3,8	4	7,5
De baixa		-	-	-	-
Total		-	-	51	96,2
Não Responde		-	-	2	3,8
Total		52	100	53	100
Situação Profissional da Mãe		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A trabalhar		47	90,4	42	79,2
Desempregado		5	9,6	6	11,3
De baixa		-	-	1	1,9
Total		-	-	49	92,5
Não Responde		-	-	4	7,5
Total		52	100	53	100

Na Tabela 5, apresentamos as variáveis relativas à dança e à prática desportiva. Em ambas as subamostras, a maioria das jovens frequenta a escola de dança/clube no período de tempo de 1 a 5 anos (respetivamente, $n = 35$; 67,3%; $n = 42$; 79,2%). Nos dois grupos, o tempo de permanência com maior percentagem varia entre 1 a 4 anos (respetivamente, $n = 22$; 40,4%; $n = 11$; 20,8%). Na subamostra ballet as jovens dançam "2 a 3 vezes por semana" ($n = 44$; 84,6%) e na subamostra do andebol, a maioria das jovens pratica "4 ou mais vezes por semana" ($n = 32$; 60,4%).

Tabela 5
Variáveis Relativas à Dança e à Prática Desportiva

		Ballet		Andebol	
Há quanto tempo estás nesta escola de dança/clube?		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
1 a 5 anos		35	67,3	42	79,2
6 a 13 anos		17	32,7	11	20,8
Total		52	100	53	100
Neste ano letivo, quantas vezes por semana danças/ praticas?		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
1 vez por semana		3	5,8	-	-
2 a 3 vezes por semana		44	84,6	21	39,6
4 ou mais vezes por semana		5	9,6	32	60,4
Total		52	100	53	100

Na Tabela 6 apresentamos o IMC categorizado segundo as 2000 CDC *Growth Charts* (2002): calculado atendendo à idade e separadamente por sexo. Consideramos 4 categorias: Magreza (percentil < 5); Peso normal (entre o Percentil 5 e Percentil 85); Excesso de Peso (entre o Percentil 85 e o Percentil 95) e Obesidade (> Percentil 95). Nas duas subamostras a maioria das jovens possui um IMC normal (peso normal) ($n = 34$; 65,4% e $n = 44$; 83,0%).

Tabela 6
IMC (2000 CDC Growth Charts)

IMC Percentis	Ballet		Andebol	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Magreza	18	34,6	3	5,7
Normal	34	65,4	44	83,0
Excesso de Peso	-	-	4	7,5
Obesidade	-	-	-	-
Não Respondeu	-	-	2	3,8
Total	52	100	53	100

Nas duas amostras a maioria nega a existência de problemas de saúde (ballet: $n = 34$; 65,4%; andebol: $n = 45$; 84,9%). As que enunciaram problemas de saúde (ballet: $n = 17$; 32,7%; andebol: $n = 8$; 15,1%) identificaram problemas respiratórios (asma, sinusite, rinite e lesão plexo bronquial direita) (Tabela 7). Nas duas subamostras existem percentagens baixas de seguimento de um padrão alimentar prescrito (respetivamente, $n = 6$; 11,5% e $n = 2$; 3,8%). Na Tabela 8 apresentamos as médias e desvios padrões de IMC (duas subamostras). Apresentamos o TAA-25 dicotomizado pelo ponto de corte de 19: a maioria das adolescentes está abaixo do ponto de corte a 19 (ballet: 92,3% e andebol: 90,6%) (Tabela 9).

Tabela 7
Variáveis Relativas às Questões de Saúde

Problemas de Saúde	Ballet		Andebol	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	17	32,7	8	15,1
Não	34	65,4	45	84,9
Total	51	98,1	-	-
Não Responde	1	1,9	-	-
Total	52	100	53	100
Problemas de Saúde - Qual?	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Problemas Respiratórios	12	23,1	4	7,5
Problemas Cardiovasculares	1	1,9	1	1,9
Outros Problemas	4	7,7	3	5,7
Total	17	100	8	100
Padrão Alimentar	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	6	11,5	2	3,8
Não	46	88,5	51	96,2
Total	52	100	53	100
Motivo pelo qual procurou um nutricionista	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
(..) descontente com corpo	3	5,8	1	1,9
(...) descontente com corpo + (...) pais aconselharam	-	-	1	1,9
Prescrição Médica	-	-	-	-
Outro motivo	2	3,8	-	-
Prescrição Médica + (..) pais aconselharam	1	1,9	-	-
Total	6	100	2	100
Outro motivo pelo qual procurou o nutricionista	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dor de estômago+ alimentação pobre em hidratos de carbono	1	1,9	-	-
Ganhar hábitos alimentares mais saudáveis	1	1,9	-	-
Total	2	100	0	100

Tabela 8
Média e Desvios Padrão do IMC para o Ballet e Andebol

	Ballet		Andebol	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IMC	19,3	2,65	22,08	2,83
Não Responde	-	-	2	-
Total	52	100	51	100

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão.

Tabela 9
TAA-25 Dicotomizado segundo o ponto de corte 19

TAA-25 Dicotómico	Ballet		Andebol	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Menos que 19	48	92,3	48	90,6
Igual ou mais que 19	4	7,7	5	9,4
Total	52	100	53	100

Notas: TAA = Escala de atitudes alimentares.

RESULTADOS

Nas Tabelas 10, 11, 12 e 13 apresentamos as médias e desvios padrões das dimensões do DASS-21, do FSCRS e FSCRS_total, do BES, do TAA-25 e TAA-25_Total e do IMC para as subamostras ballet e andebol. São apresentados os respetivos testes *t* de Student: existem diferenças significativas entre as praticantes de Ballet e de Andebol quanto ao *eu inadequado* (pontuação superior - praticantes de Andebol) e IMC (maior nas praticantes de Andebol).

Tabela 10
Média e Desvios Padrão das Dimensões do DASS-21 e FSCRS para o Ballet e Andebol

	Ballet			Andebol			t de Student	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variação	<i>M</i>	<i>DP</i>	Variação	<i>t</i>	<i>p</i>
DASS-21								
DASS Depressão	4,2	4,94	0-20	4,4	4,13	0-20	-0,294	0,770 (NS)
DASS Ansiedade	4,2	4,13	0-15	3,1	3,57	0-16	0,831	0,408 (NS)
DASS Stress	5,9	4,20	0-18	6,2	4,48	0-18	-0,246	0,806 (NS)
FSCRS								
Eu Inadequado	11,2	7,98	0-29	14,4	8,50	0-30	-1,979	0.050
Eu Detestado	4,1	18,38	0-16	3,6	3,18	0-14	0,714	0,477 (NS)
Eu Tranquilizador	18,3	7,19	0-32	19,0	6,02	6-28	-0,533	0,595 (NS)
FSCRS Total (soma de Eu inadequado e Eu detestado)	15,3	11,30	0-40	18,0	10,64	1-40	-1,246	0,216 (NS)
Total	52	100		53	100			

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão. DASS = Escala de depressão, ansiedade e stress; FSCRS = Escala das formas do autocriticismo e autotranquilização. *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância; NS = não significativo.

Tabela 11**Média e Desvios Padrão das Dimensões do BES para o Ballet e Andebol**

BES	Ballet				Andebol				t de Student	
	M	DP	Variação	Variação teórica	M	DP	Variação	Variação teórica	t	p
BES Aparência	31,0	9,56	13-48	10-50	30,4	9,26	12-48	10-50	0,396	0,693 (NS)
BES Peso	24,6	7,31	8-40	8-40	24,1	7,18	10-40	8-40	0,355	0,723 (NS)
BES Atribuição	15,9	4,21	5-25	5-25	15,2	3,57	7-22	5-25	0,962	0,338 (NS)
BES total	71,6	17,58	36-110	23-115	69,5	17,72	33-109	23-115	0,606	0,546 (NS)
Total	52	100			53	100				

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão. BES = Escala Estima Corporal. t = t de Student; p = nível de significância; NS = não significativo.

Tabela 12**Média e Desvios Padrão das Dimensões do TAA-25 para o Ballet e Andebol**

TAA - 25 Dimensões	Ballet			Andebol			t de Student	
	M	DP	Variação	M	DP	Variação	t	p
TAA Motivação para a Magreza	3,63	4,44	0-16	3,9	3,78	0-13	-0,290	0,773 (NS)
TAA Comportamentos Bulímicos	2,08	2,97	0-11	1,8	3,32	0-15	0,463	0,645 (NS)
TAA Pressão Social para Comer	1,08	1,99	0-8	0,9	1,96	0-8	0,347	0,729 (NS)
TAA-25 Total	6,79	7,48	0-29	6,6	7,26	0-28	0,128	0,898 (NS)
Total	52	100		53	100			

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão. TAA = Escala de atitudes alimentares. t = t de Student; p = nível de significância; NS = não significativo

Tabela 13**Média e Desvios Padrão do IMC, por Grupos (Ballet e Andebol)**

	Ballet			Andebol			t de Student	
	M	DP	Variação	M	DP	Variação	t	p
IMC	19,3	2,65	14,6 - 25,5	22,1	2,83	15,6 - 29,3	-5,085	≤0.001
Total	52	100		51	100			

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão. t = t de Student; p = nível de significância. BES = Escala Estima Corporal.

Correlações entre as variáveis centrais do estudo

Na Tabela 14 apresentam-se correlações entre as dimensões centrais na subamostra do Ballet. Verificam-se associações estatisticamente significativas e positivas, de magnitude elevada com o FSCRS_eu inadequado, FSCRS_eu detestado e FSCRS_total e as dimensões do DASS-21. Enquanto o FSCRS_eu tranquilizador relaciona-se negativamente e com força moderada com as dimensões do DASS-21. Estabelecem-se relações negativas de magnitude moderada a grande entre o BES_Aparência e o BES_Peso, o FSCRS_eu inadequado, FSCRS_eu detestado e FSCRS_total. Já o FSCRS_eu tranquilizador relaciona-se positivamente e significativamente, com magnitude moderada a grande, com o BES_Peso e

Aparência (respetivamente). O BES_Atribuição relaciona-se de forma positiva e significativa (magnitude moderada) com o eu-tranquilizador.

A dimensão TAA_Motivação para a magreza apresenta correlações estatisticamente significativas e positivas, de magnitude elevada com o FSCRS_eu inadequado, FSCRS_eu detestado e FSCRS_total. Com o FSCRS_eu tranquilizador estabelece uma relação negativa de magnitude moderada. São verificadas correlações significativas positivas, de magnitude moderada, entre o TAA_Comportamentos Bulímicos e o TAA_Pressão Social para comer com o FSCRS_eu detestado e FSCRS_total. À exceção do FSCRS_eu tranquilizador, que apresenta uma correlação negativa significativa, de magnitude moderada, o TAA_total relaciona-se significativamente de forma positiva, de magnitude elevada, com as restantes dimensões do FSCRS.

Tabela 14
Correlações de Pearson entre as Variáveis Centrais na Subamostra Ballet

	FSCRS			
	Eu Inadequado	Eu Detestado	Eu Tranquilizador	FSCRS total
DASS-21				
Depressão	0,793**	0,652**	-0,417**	0,711**
Ansiedade	0,634**	0,639**	-0,317*	0,679**
Stress	0,705**	0,590**	-0,304*	0,711**
BES				
Aparência	-0,761**	-0,549**	0,567**	- 0,736**
Peso	-0,665**	-0,440**	0,475**	-0,629**
Atribuição	NS	NS	0,401**	NS
TAA-25				
MM	0,530**	0,574**	-0,371**	0,582**
CB	NS	0,392**	NS	0,294*
PSC	NS	0,378**	NS	0,322*
TAA_total	0,470**	0,597**	-0,283*	0,548**

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. DASS = Escala de depressão, ansiedade e stress; BES = Escala Estima Corporal; TAA = Escala de atitudes alimentares. NS = Não Significativo.

Na Tabela 15 apresentam-se as correlações entre as dimensões do TAA-25, as dimensões do BES (Peso e Atribuição) e da DASS-21 na subamostra do ballet. Verificam-se associações estatisticamente significativas e positivas, de magnitude moderada entre a dimensão do TAA_Motivação para a magreza e as dimensões do DASS-21. Verifica-se o mesmo entre o TAA_total e as dimensões do DASS-21, mas estas de magnitude moderada. É também apresentada uma relação estatisticamente positiva, mas de baixa magnitude, entre o TAA_Pressão Social para Comer e o DASS_Depressão. Encontraram-se associações estatisticamente significativas (negativas e de magnitude moderada) entre o TAA_Motivação para a Magreza e TAA_total e as dimensões BES_Aparência e BES_Peso.

Tabela 15
Correlações de Pearson entre as Variáveis na Subamostra Ballet

	TAA-25			
	TAA MM	TAA CB	TAA PSC	TAA_total
BES				
Aparência	-0,490**	NS	NS	-0,392**
Peso	-0,431**	NS	NS	-0,352*
Atribuição	NS	NS	NS	NS
DASS-21				
Depressão	0,400**	NS	0,298*	0,391**
Ansiedade	0,407**	NS	NS	0,387**
Stress	0,437**	NS	NS	0,415**

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. BES = Escala Estima Corporal; DASS = Escala de depressão, ansiedade e stress. NS = Não Significativo.

A Tabela 16 apresenta as correlações entre as dimensões na subamostra do Andebol. Existem associações estatisticamente significativas e positivas (magnitude elevada) entre a DASS_Depressão e as dimensões do FSCRS. Só o FSCRS_eu tranquilizador apresenta uma correlação significativa de sentido negativo (magnitude moderada). Verificam-se relações positivas (magnitude moderada) entre a DASS_Ansiedade e as dimensões do FSCRS (exceção = FSCR_eu tranquilizador). Verificam-se correlações positivas (magnitude elevada) com o DASS_Stress e as dimensões do FSCRS (exceção do FSCRS_eu tranquilizador). Todas as dimensões da BES associam-se de forma negativa (magnitude moderada a grande) com o FSCRS_eu inadequado. O mesmo acontece com o FSCRS_total. As três dimensões apresentam relações positivas (magnitude moderada) com o FSCRS_eu tranquilizador. A BES_Aparência apresenta uma relação significativa (negativa; magnitude moderada) com o FSCRS_eu detestado. A Motivação para a magreza apresenta correlações significativas e positivas (magnitude moderada) com o FSCRS_eu inadequado e FSCRS_total. A Pressão social para comer correlaciona-se (positiva; magnitude moderada) com o *eu detestado*.

Tabela 16
Correlações de Pearson entre as Variáveis Centrais na Subamostra Andebol

	FSCRS			
	Eu Inadequado	Eu Detestado	Eu Tranquilizador	FSCRS total
DASS-21				
Depressão	0,732**	0,579**	-0,355**	0,755**
Ansiedade	0,321**	0,416**	NS	0,380**
Stress	0,569**	0,460**	NS	0,590**
BES				
Aparência	-0,685**	-0,367**	0,419**	-0,656**
Peso	-0,402**	NS	0,405**	-0,389**
Atribuição	-0,413**	NS	0,397**	-0,386**
TAA-25				
MM	0,287*	NS	NS	0,277*
CB	NS	NS	NS	NS
PSC	NS	0,277*	NS	NS
TAA_total	NS	NS	NS	NS

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. DASS = Escala de depressão, ansiedade e stress; BES = Escala Estima Corporal; TAA = Escala de atitudes alimentares. NS = Não Significativo.

Na Tabela 17 apresentamos as correlações entre as dimensões do TAA-25 com as dimensões do BES (Peso e Atribuição) e da DASS-21 para a subamostra do Andebol. Verificam-se associações estatisticamente significativas de sentido negativo, de magnitude moderada entre a dimensão do TAA_Motivação para a Magreza e BES_Aparência e BES_Peso. O TAA-total revela uma associação estatisticamente significativa (negativa e de magnitude moderada) com a dimensão BES_Peso. Verificam-se relações estatisticamente positivas, de magnitude moderada, entre o DASS_Ansiedade e o DASS_Stress. Entre as outras dimensões não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

Tabela 17
Correlações de Pearson entre as Variáveis na subamostra Andebol

	TAA-25			
	TAA MM	TAA CB	TAA PSC	TAA-total
BES				
Aparência	-0,353*	NS	NS	NS
Peso	-0,466**	NS	NS	-0,317*
Atribuição	NS	NS	NS	NS
DASS-21				
Depressão	NS	NS	NS	NS
Ansiedade	0,311*	NS	NS	NS
Stress	0,292*	NS	NS	NS

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. BES = Escala Estima Corporal; DASS = Escala de depressão, ansiedade e stress. NS = Não Significativo.

Regressões múltiplas hierárquicas

Em função das associações encontradas, realizámos análises de regressão múltiplas hierárquicas, focando-nos nas duas dimensões fundamentais do TAA-25, Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos, separadamente por modalidade desportiva.

Ballet - Motivação para a Magreza

Quanto à Motivação para a Magreza nas praticantes de ballet (Tabela 18), introduzimos num 1º bloco a Depressão, Ansiedade e Stress, num 2º bloco a Bes_Aparência e Bes_Peso e num 3º bloco a FSCRS_eu detestado, FSCRS_eu inadequado, FSCRS_eu tranquilizador e FSCRS_total a predizer a VD Motivação para a Magreza. Quanto ao tamanho da amostra, o n necessário seria de 122 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, & Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011). Optámos por realizar esta análise. Verificámos multicolinearidade (intercorrelações $>0,500$; Leech et al., 2005) entre as VIs DASS_Depressão, DASS_Stress, FSCRS_eu inadequado, FSCRS_total, BES_Aparência e BES_Peso. Em virtude das intercorrelações, excluímos as variáveis DASS_Depressão, DASS_Ansiedade, DASS-Stress, FSCRS_eu inadequado, FSCRS_total e BES_Aparência.

Verificou-se a presença de um valor extremo. Excluimo-lo e realizamos de novo a análise (1º bloco: BES_Peso; 2º bloco: FSCRS_eu detestado e FSCRS_eu tranquilizador). As variáveis do 1º bloco explicaram 24,8% da variância da Motivação para a Magreza. Depois de introduzirmos no 2º bloco a FSCRS_eu detestado e FSCRS_eu tranquilizador, a variância explicada pelo modelo foi de 43,4%, $F(3, 47) = 12,023$, $p \leq 0,001$. As variáveis explicaram uma percentagem adicional da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,186$, mudança do $F(2, 47) = 7,713$, $p = 0,001$. O FSCRS_eu detestado ($\beta = 0,453$; $p = 0,001$) ofereceu uma contribuição significativa para a VD.

Tabela 18
Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo a Motivação para a Magreza através das VIs (Bes_Peso, FSCRS_eu detestado; FSCRS_eu tranquilizador)

Preditor	Motivação para a Magreza	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,248***	
BES_Peso		-0,240
Passo 2	0,434**	
FSCRS_eu detestado		0,453**
FSCRS_eu tranquilizador		-0,117
Total R^2	0,682***	
F(modelo final)	12,023**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. NS = não significativo. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Ballet - Comportamentos Bulímicos

Relativamente aos Comportamentos Bulímicos nas praticantes de ballet (Tabela 19), introduzimos num único bloco as variáveis FSCRS_eu detestado e FSCRS_total a predizer a VD Comportamentos Bulímicos. Quanto ao tamanho da amostra, o N necessário seria de 76 sujeitos. Não cumprimos este pressuposto (Tabachnick, & Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011). Optámos por realizar a análise. Verificámos multicolinearidade entre as FSCRS_eu detestado e FSCRS_total. Excluimos a variável FSCRS_total. A FSCRS_eu detestado explicou 15,4% da variância dos Comportamentos Bulímicos, $F(1, 50) = 9,087$, $p = 0,004$ e ofereceu uma contribuição única significativa para a VD ($\beta = 0,392$; $p = 0,004$).

Tabela 19
Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo os Comportamentos Bulímicos (VI FSCRS_eu detestado)

Preditor	Comportamentos Bulímicos	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,154**	
FSCRS_eu detestado		0,392**
Total R^2	0,154***	
F(modelo final)	9,087**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Andebol - Motivação para a Magreza

Relativamente à Motivação para Magreza nas praticantes de andebol introduzimos num 1º bloco a DASS_Ansiedade e DASS_Stress, num 2º bloco as variáveis BES_Peso e BES_Aparência e num último bloco as variáveis FSCRS_eu inadequado e FSCRS_total. Quanto ao tamanho da amostra, o N necessário seria de 98 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto (Tabachnick, & Fidell, cit. in Pallant, p. 150, 2011). Optámos por realizar a análise. Verificámos multicolinearidade entre a FSCRS_eu inadequado e FSCRS_total, entre a DASS_Ansiedade (multicolinearidade com a variável FSCRS_total) e DASS_Stress e ainda entre BES_Peso e BES_Aparência (intercorrelacionou-se com um valor superior a 0,500 com o FSCRS_eu inadequado). Excluímos a DASS_Ansiedade, DASS_Stress, FSCRS_total e BES_Aparência. Não se verificou a presença de valores extremos. Testámos o modelo com a BES_Peso e o FSCRS_eu inadequado. As variáveis explicaram 22,9% da variância da Motivação para a Magreza, $F(2, 50) = 7,408$, $p = 0,002$. Apenas a BES_Peso ofereceu uma contribuição única significativa para a variável dependente ($\beta = -0,418$; $p = 0,003$).

Tabela 20
Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo a Motivação para a Magreza a partir das VIs Bes_Peso e FSCRS_eu inadequado

Preditor	Motivação para a Magreza	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,229**	
BES_Peso		-0,418**
FSCRS_eu inadequado		0,119 (NS)
Total R^2	0,229**	
F(modelo final)	7,408**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação. β = Beta. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

DISCUSSÃO

Antes de discutirmos os resultados centrais do trabalho, importa referir algumas características descritivas das subamostras, ballet e andebol, que parecem relevantes analisar atendendo à temática do trabalho. Relativamente ao número de vezes que as atletas praticam desporto por semana, as praticantes de andebol apresentam frequências maiores nas hipóteses de resposta referentes a um maior número de vezes (3, 4, 5 ou mais vezes) de prática semanal. Este facto pode ser relevante na discussão da variável IMC, atendendo a que não só as atitudes alimentares explicam o IMC, mas também outras variáveis, como a prática de desporto. Esta ao condicionar a quantidade de massa muscular, acaba por ter uma influência no cálculo do IMC. As praticantes de andebol podem ver o seu grau de massa muscular aumentado em função da frequência maior de treinos. Portanto, quanto ao IMC categorizado

de acordo com as *2000 CDC Growth Charts* (2002), na subamostra do ballet, a maioria das jovens possui um IMC normal (65,4%), ainda que uma percentagem significativa (34,6%) revele magreza (nenhuma jovem revelou excesso de peso ou obesidade). Na amostra de praticantes de andebol, apesar da maioria das jovens possuir valores de IMC normal (83,0%), alguns praticantes (7,5%) apresentavam excesso de peso. Comparativamente com Silva (2012) verifica-se que as prevalências aqui encontradas vão ao encontro dos seus resultados: as jovens do sexo feminino apresentam valores de IMC dentro dos valores normais (85,9%).

A literatura refere que as bailarinas são o grupo de desportistas que mais cuidados têm com o padrão alimentar e com maior descontentamento com as formas corporais (Smolak et al., 2000). Neste trabalho verificamos as praticantes de ballet têm valores mais elevados (11,5%) (vs. 3,8%) no seguimento de um padrão alimentar prescrito por um nutricionista, manifestando como motivo mais frequente "estava descontente com o meu corpo" (5,8%).

Verifica-se que nas duas subamostras, a maioria das jovens apresenta uma pontuação total no TAA-25 inferior a 19 (Pereira e colaboradores, 2011) (ballet: 92,3%; andebol: 90,6%). Apesar do grupo do andebol apresentar uma percentagem mais elevada de pontuação ≥ 19 no TAA-25, uma percentagem de 7,7% (ballet) e de 9,4% (andebol) apresentam pontuação que parece indicar possível PCA, resultados semelhantes aos de Carvalho (2012) e Silva (2012) que, em amostras do sexo feminino, obtiveram percentagens mais elevadas (respetivamente, 8,7%; 7,1%) de eventual PCA do que Bento et al. (2011) (4%: amostra total do estudo). Bilali et al. (2010, cit. in Bento, 2011) referem que nos países ocidentais a prevalência de atitudes alimentares disfuncionais encontra-se entre os 7,5% e os 30%. Parece existir algum risco de desenvolvimento de PCA nas nossas subamostras.

Quanto aos resultados nas dimensões do DASS-21, comparativamente com o estudo de Conceição (2012) ($n = 284$ adolescentes da população geral; de ambos os sexos), com o mesmo instrumento, verificamos valores médios superiores em todas as dimensões nas praticantes de ballet e de andebol (embora não existam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos). Assim, as desportistas revelam valores mais elevados que as jovens da população geral, verificando-se uma discrepância maior na dimensão Ansiedade (população geral – $M/2,0$; ballet – $M/4,23$; andebol – $M/3,57$). É possível hipotetizar que os níveis mais elevados de Ansiedade nas desportistas se possam dever ao acréscimo de pressão para *performances* de qualidade (no âmbito desportivo), para além do desempenho escolar e das pressões típicas desta etapa do desenvolvimento.

Em relação às dimensões do FSCRS, os valores médios obtidos na nossa amostra vão ao encontro dos resultados obtidos por Castilho (2011) para a população geral (apesar deste

trabalho ter sido realizado com adultos), onde a dimensão *eu tranquilizador* adquiriu o valor médio mais elevado, por comparação com as formas *eu detestado* e *eu inadequado*. Estas duas formas, atendendo à variação teórica possível apresentam, na nossa amostra, valores relativamente baixos. Tal parece indicar que os atletas são tendencialmente movidos por estratégias adaptativas face às dificuldades (Gilbert, 2005, 2010; Gilbert, & Procter, 2006), focadas na capacidade de se acalmar tranquilizar e reconfortar. É relevante constatar uma diferença estatisticamente significativa quanto ao *eu inadequado* entre as duas modalidades desportivas (ballet: 11,23; andebol: 14,42). Por comparação com adultos da população geral (Castilho, 2011) o valor médio nesta dimensão é praticamente sobreponível nas jovens praticantes de ballet ($M = 11,07$). As jovens que praticam andebol parecem adotar mais esta forma de autocriticismo face a situações de erro (Gilbert et al., 2004).

Não tendo conhecimento de estudos que apresentem valores médios nas dimensões da escala BES, atendendo à variação teórica possível para cada dimensão e para a escala total, para além de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas modalidades (ainda que as praticantes de ballet pareçam mais “satisfeitas” com a sua aparência e peso), os valores médios em ambas as modalidades não são muito elevados.

Nas dimensões do TAA-25 e pontuação total não verificámos diferenças significativas entre as subamostras. Porém, os resultados em todas as dimensões do TAA-25 e do TAA_total (em ambas as modalidades) mostram-se superiores aos resultados de Bento e colaboradores (2011) numa amostra de adolescentes (sexo feminino) (Motivação para a Magreza: 2,82; Comportamentos Bulímicos: 0,90; Pressão Social para Comer: 0,40; TAA_total: 5,64). Estes resultados são preocupantes voltando a mostrar que as atletas podem estar mais vulneráveis a desenvolver sintomas de PCA (Garner, Rosen, & Barry, 1998).

Quanto ao IMC foram encontradas diferenças significativas entre as subamostras, com o grupo de andebol a apresentar o resultado mais elevado. Por comparação com os trabalhos realizados por Silva (2012) e Carvalho (2012), numa amostra de adolescentes da população geral (sexo feminino) o IMC do grupo de praticantes de andebol é superior (mais uma vez este dado pode estar relacionado com a prática desportiva que justifica o aumento da massa muscular), enquanto que o IMC do grupo de praticantes de ballet é inferior. Este dado pode revelar uma preocupação maior por parte destas jovens com o peso/imagem corporal, o que vai de encontro à literatura (Dotti et al., 2002; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000).

Quanto às correlações encontradas entre as várias dimensões, nas duas subamostras verificaram-se associações positivas entre as dimensões do FSCRS (e a FSCRS total) e as dimensões do DASS-21. Vários estudos comprovam em adultos e adolescentes a associação

entre as diferentes formas do autocriticismo (*eu detestado*; *eu inadequado*) e diferente psicopatologia (Amaral et al., 2010; Castilho et al., 2010; Ferreira, 2011; Gilbert, 2009; Gilbert et al., 2006; Gilbert et al., 2004; Matos, Pinto Gouveia, & Duarte, 2012; Pinto Gouveia, & Xavier, 2010). A dimensão *eu tranquilizador* revelou associações negativas com as dimensões da DASS-21, nas duas modalidades (à exceção da dimensão Ansiedade e Stress nas praticantes de andebol). Este dado, é encontrado em vários trabalhos (ainda que em amostras de adultos) que exploram a associação entre as formas de autocriticismo e diferentes manifestações sintomatológicas/psicopatológicas (Castilho, 2011; Ferreira, 2011).

Não tendo conhecimento de estudos para poder realizar comparações, verificou-se, nas duas subamostras, associações negativas significativas entre BES_Peso e BES_Aparência e as dimensões FSCRS_*eu inadequado* e FSCRS_*eu detestado* e FSCRS_total (e positivas com a dimensão *eu tranquilizador*) (à exceção de, na amostra de andebol, entre o FSCRS_*eu detestado* e o BES_Peso). Como na BES, quanto mais elevada a sua pontuação, maior a satisfação com a aparência e corpo, o sentido das associações confirma a associação entre formas corrosivas de autocriticismo e menor satisfação com o corpo e aparência. Uma maior satisfação corporal (BES_Peso e BES_Aparência) associa-se a valores menores de Motivação para a Magreza e de TAA-25_total (ambas as subamostras). Não podendo afirmar causalidade, estes resultados parecem sugerir o recurso ao autocriticismo como forma de evitar sentimentos de inferioridade e como forma de competir por uma posição social mais segura/favorável dentro do grupo (Bellew et al, 2006; Gatward, 2007).

É importante realçar as associações entre o *eu inadequado* e o *eu detestado* (bem como o FSCRS total) na subamostra ballet com a Motivação para a Magreza e do *eu detestado* (e o FSCRS total) e os Comportamentos Bulímicos. Estes resultados são um dos maiores contributos do nosso trabalho, por se tratarem de resultados nunca explorados no nosso país (a associação nas duas modalidades desportivas). No estudo de Ferreira (2011) a autora já demonstrara, ainda que numa amostra da população geral (em ambos os sexos; média etária no grupo feminino de 19,1) e não em grupos particulares de adolescentes atletas/desportistas, a associação significativa entre as duas formas de autocriticismo (*eu detestado* e *eu inadequado*) e as dimensões Procura de Magreza e Bulimia (EDI).

As análises preditivas confirmam a importância do FSCRS_*eu detestado* como preditor das atitudes alimentares disfuncionais nas bailarinas, o que confirma o afirmado por Ferreira (2011) numa amostra da população geral (idade média = 21,44), onde as formas de autocriticismo *eu-inadequado* e *eu-detestado* predizem a Procura de Magreza e Bulimia, como resultado de uma regulação emocional mal adaptativa (mais crítica e menos amável e

compreensiva com o *eu*). Nas praticantes de Andebol se o FSCRS_*eu* inadequado e total mostraram associar-se à Motivação para a Magreza, nas análises preditivas, apenas o BES_Peso foi preditor da dimensão. Quanto maior a satisfação com o peso, nestas atletas (em que o IMC mostrou ser maior do que na subamostra ballet e onde algumas jovens revelaram excesso de peso) menor a probabilidade das raparigas revelarem sintomas “anoréticos”.

Em função dos resultados, parece pertinente realizar programas de sensibilização junto dos professores/treinadores de forma a despertar a sensibilidade para este tema. É importante que estejam atentos à visão crítica das bailarinas/atletas em relação ao seu corpo e hábitos alimentares, mesmo que a sua *performance* seja a prioridade para o seu sucesso. Independentemente do desejo de seguirem a atividade até à idade adulta, estes comportamentos podem continuar, servido de modelo para as atletas mais novas e podendo ter consequências nocivas. Os sintomas de PCA/as PCA são um problema de saúde pública, apresentam grave impacto psicossocial e físico e a maior taxa de mortalidade dentro dos problemas psicopatológicos (Herzog, Deter, Fiehn & Petzold, 1997). Será fundamental a inclusão das figuras paternas nas intervenções, que deve ocorrer o mais precocemente possível, na vida das jovens atletas/desportistas. Não deve ser esquecida a relação *eu-outro*, ao reconhecer-se a importância das relações de segurança entre pais e filhos, enquanto fonte de uma visão segura de si próprio e de uma menor probabilidade de aceitar “cegamente” os padrões culturais ou de certos “nichos” desportivos e que aumentam a probabilidade de atitudes disfuncionais associadas ao desenvolvimento das PCA.

Importa referir como limitação do estudo o facto do cálculo do IMC basear-se no autorrelato das adolescentes, podendo existir subestimação da altura e do peso auto relatados. Adicionalmente, o facto de ser um estudo transversal impossibilita o estabelecimento de relações causais absolutas entre as variáveis. Destacamos a existência de poucos estudos sobre este tema, especialmente em Portugal. Parece fundamental a realização de estudos que o abordem para alcançar uma melhor compreensão sobre os comportamentos alimentares disfuncionais, a importância atribuída ao peso e formas corporais, bem como a visão autocrítica que as adolescentes têm sobre elas. Importa referir a dificuldade na recolha dos dados, nomeadamente no que toca às praticantes de ballet. Constatou-se alguma resistência “institucional” na recolha dos dados. Tal pode dever-se a questões de desejabilidade social e ao receio que as jovens manifestassem preocupações com a imagem corporal/aparência e atitudes alimentares disfuncionais que podem ter sido transmitidas no âmbito da prática desportiva. É de enfatizar a percentagem significativa destas jovens com IMC de “magreza”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abed, R. T. (1998). The sexual competition hypothesis for eating disorders. *The British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 525-547.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293-299.
- Amaral, V., Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52(2), 271-292.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461-484.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 24, 1092-1098.
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K., & Gale, C. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders*, 14, 313-322.
- Bento, C., Saraiva, J. M., Pereira, A. T., Pinto Azevedo, M. H., & Macedo e Santos, A. J. (2011). Atitudes e comportamentos alimentares em uma população adolescente portuguesa. *Pediatria (São Paulo)*, 33(1), 21-8.
- Blatt, S., & Zurof, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition. Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562.
- Braun, D. V., Sunday, S. R., Huang, A., & Halmi, K. A. (1999). Sexual orientation and eating psicopathology: The role of masculinity and feminility. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 415-424.
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultutal norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8, 322-334.
- Caballo, V.; & Simón, M. (2005). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais*. São Paulo: Livraria Santos.
- Carlat, D. J., & Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 831-843.

- Carvalho, C. (2012). *Estilos educativos parentais, hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Autocriticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Castilho, P., Pinto Gouveia, J., & Amaral, V. (2010). Recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância e psicopatologia: O efeito mediador do auto-criticismo. *Psychologica*, 52(2), 475-498.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dotti, A., Fioravanti, M., Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating behavior of ballet dancers. *Eating Weight Disorders*, 7, 60-67.
- Driscoll, R. (1989). Self-condemnation: A comprehensive framework for assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 104-111.
- Dunker, K. L., & Philippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista Nutrição*, 16, 51-60.
- Epling, W., & Pierce, W. (Eds) (1966). *Activity anorexia: Theory, research and treatment*. Mahway: Lawrence Erlbaum.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 373-378.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Ferreira, C. (2003). *Anorexia nervosa - A expressão visível do invisível: Contributos para a avaliação de atitudes e comportamentos em relação ao peso e à imagem corporal*.

- Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, C. (2011). *O Peso da magreza: O corpo como um instrumento de ranking social*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fleitlich, B. W. (1997) Transtornos alimentares na adolescência: O papel dos pediatras. *Pediatria Moderna*, 33, 56-62.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D. M., Rosen, L., & Barry, D. (1998). Eating Disorders in athletes (839-857). Em Child and adolescent psychiatric clinics of psychodynamic therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Gatward, N. (2007). Anorexia nervosa: An evolutionary puzzle. *European Eating Disorders Review*, 15, 1-12.
- Gilbert, P. (1989). Human nature and suffering. London: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3-54). New York: Brunner Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behavior and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 123-136.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Golse, B. (Ed.). (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi.

- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. Em P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219-255). New York: Brunner Routledge.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. P., (1994). Prediction of eating problems: An 8 adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30(6), 823–834.
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1-16.
- Halliwel, E., & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 104–122.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver: University of Denver Press.
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver: University of Denver Press.
- Heinberg, L. H., & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 325–338.
- Herzog, W., Deter, H. C., Fiehn, W., & Petzold, E. (1997). Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: A prospective 12-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 27(2), 269-279.
- Hoek, H. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatry Clinic North American*, 19, 681-700.
- Jones, D.C. (2001). Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 45(9-10), 645-664.
- Kearney-Cooke, A., & Steichen-Asch, P. (1990). Men, body image, and eating disorders. Em A. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders* (p.47). New York: Brunner/Mazel.
- Kinzl J. F., Traweger, C., Treafalt, E., Mangwerh, B., & Bielbl, W. (1999). Binge eating disorder in males: A population based investigation. *Eating Weight Disorders*, 4(4), 169-174.
- Kirk, Ginger, Singh, Kunsum, Getz, & Hildy (2001). Risk of eating disorders among female college athletes and non athletes. *Journal of College Counseling*, 4(2), 132-140.

- Klein, D. A., & Walsh, T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behaviour*, 81(2), 359-74.
- Krones, P. G., Stice, E., Batres, C., & Orjada, K. (2005). In vivo social comparison to a thin-ideal peers promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 134–142.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics use and interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: Psychology Foundation.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. (2001). The portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9(1), 43-52.
- Machado, P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A., Gouveia, J. P., Oliveira & Cost B6 - Portugal (2004). Perturbações alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos serviços. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 1(1), 1-8.
- Malheiro, A. S.; Gouveia, M. J. (2001). Ansiedade física social e comportamentos alimentares de risco m contexto desportivo. *Análise Psicológica*, 1(14), 143-155.
- Matos, M., Pinto Gouveia, J., & Duarte, C. (2012). Above and beyond emotional valence: The unique contribution of central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory*, 20(5), 461-477.
- Mendelson, B. K., & White, D. R. (1993-1994). Manual for the Body-Esteem Scale for Children. *Research Bulletin*, 12(2), 1-10.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996). Self-esteem and body esteem: Effects of gender, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 321-347.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996-97). Self-esteem and body-esteem: Effects of sex, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 321–346.
- O'Brien, K., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons. Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image*, 6(3), 201-206.

- Olivardia R., Pope H. G., Mangweth B., & Hudson J. L. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1279-1285.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 15)*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 18)*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Park, L. E., Crocker, J., & Mickelson, K. D. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(10), 1243-1254.
- Pereira A. T., Maia, B. R. Cabral, A., Soares, M. J., Bos, S., Macedo, A. & Azevedo, M. H. (2005). Distúrbios do comportamento alimentar no sexo masculino. *Psiquiatria Clínica*, 26(2),83-96.
- Pereira A. T., Maia, B. R., Bos, S., Soares, M. J., Marques, M., Macedo A., & Azevedo M. H. (2008) The portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *Euro Eating Disorders Review*, 16(4), 319-325.
- Pereira, A.T., Soares, M.J., Maia, B.R., Bos, S., Cabral, A., Macedo A., Paz Ferreira, C. & Azevedo, M.H. (2006). A versão portuguesa reduzida do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 27,(1), 51-61.
- Pereira, A. T., Soares, M. J., Marques, M., Maia, S., Bos, J., Valente; Nogueira, V., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2011). Teste de Atitudes Alimentares-25: Validade para o rastreio das perturbações do comportamentos alimentar. *Psiquiatria Clínica*, 32(2), 89-104.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Petrie, T. A. (2001). Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. *Sex Roles: A Journal of Research*, 1, 124-130.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto Gouveia, J., & Xavier, A. (2010). O (in)sucesso na competição desportiva: A influência da aceitação e do autocriticismo. *Psychologica*, 52(2), 361-386.
- Raich, R. M. (2001). *Anorexia e bulimia*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. H. & Silberstein, L. R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: Risk and protective factors for bulimia nervosa. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and*

- protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge Press.
- Serpell, L., & Troop, N. (2003). Psychological factors. In J. Treasure, Schmidt, U., & Furth, E. V. *Handbook of eating disorders* (pp. 151-169). London: John Wiley & Sons.
- Sherman, R. T., & Thompson, R. A. (2001). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Siegel, I. (2010). Does body weight dissatisfaction change with age? A cross-sectional analysis of american women. *The New School Psychology Bulletin*, 7(1), 42-50.
- Silva, C. (2001). Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 1(14), 131-141.
- Silva, M. I. (2012). *Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Silva, P. (1993). Sexual problems in women with eating disorders. In J. M. Usher & C. Baker (eds.): *Psychological perspectives on sexual problems*. London: Routledge.
- Smolak, L., Murnen, S., & Ruble, A. (2000). Female athletes and eating problems: Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371-380.
- Soares, M.J., Macedo, A.F., Gomes, A.A., & Azevedo, M.H. (2004). A Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 18, 11-24.
- Södersten, P., Bergh, C., & Zandian, M. (2006). Understanding eating disorders. *Hormones and Behavior*, 50(4), 572-578.
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self image. *Body Image*, 3, 211-227.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine, Science, Sports, Exercise*, 26, 414-419.

- Swoap, R., & Murphy, S. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. Em S. Murphy (Ed.). *Sport Psychology Interventions* (pp. 307-326). Champaign: Human Kinetics.
- Szumkler, G., Eisler, I., Gillies, C., & Hayward M. (1985). The implications of anorexia nervosa in a ballet school. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 117-181.
- Teixeira, M. C. B. (2008). *Estudo de atitudes e comportamentos alimentares numa população adolescente*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra.
- Thompson, J. K. (1996). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. Em J. K. Thompson (Ed.). *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thrash, L.E. Anderson, J.J.B. (2000). The female athlete triad: Nutrition, menstrual disturbances and low bone mass. *Nutrition Today*, 35, 168-174.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 13, 137-147.
- Yager, J., Andersen, A., Devlin, M., Egger, H., Herzog, D., & Mitchell, J. (2000). Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders. Em *American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: Compendium 2000*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yamamiya, Y., Cash, T. F., Melnyk, S. E., Posavac, H. D., & Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image*, 2(1), 74-80.

ANEXOS

Anexo I - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21; *Depression, Anxiety and Stress Scale*; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa de Apóstolo et al., 2006)

Por favor leia as seguintes afirmações e assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- | | |
|----------|--|
| 0 | Não se aplicou a mim. |
| 1 | Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo. |
| 2 | Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo. |
| 3 | Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo. |

Nos últimos dias:

1.	Tive dificuldade em me calmar/descomprimir.....	0	1	2	3
2.	Dei-me conta que tinha a boca seca	0	1	2	3
3.	Não consegui ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4.	Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....	0	1	2	3
5.	Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6.	Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações	0	1	2	3
7.	Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas)	0	1	2	3
8.	Senti-me muito nervoso.....	0	1	2	3
9.	Preocupe-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo	0	1	2	3
10.	Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas)	0	1	2	3
11.	Senti que estava agitado	0	1	2	3
12.	Senti dificuldades em relaxar.....	0	1	2	3
13.	Senti-me triste e deprimido	0	1	2	3
14.	Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer .	0	1	2	3
15.	Estive perto de entrar em pânico	0	1	2	3
16.	Não me consegui entusiasmar com nada	0	1	2	3
17.	Senti que não valia muito como pessoa	0	1	2	3
18.	Senti que andava muito irritável.....	0	1	2	3
19.	Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)	0	1	2	3
20.	Tive medo sem uma boa razão para isso	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....	0	1	2	3

Anexo II - Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*; Gilbert et al., 2004; Versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, , 2011; Versão portuguesa para adolescentes de Céu & Castilho, 2013)

Instruções: Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. No entanto, as pessoas podem, também, tentar auto-tranquilizarem-se, ou auto-encorajarem-se.

Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Lê cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinale com um círculo aquele melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a ti (é verdadeiro no seu caso). Para isso utiliza a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

	0	1	2	3	4
1. Desaponto-me facilmente comigo mesma.					
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.					
3. Sou capaz de lembrar a mim mesma das minhas coisas positivas.					
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesma.					
5. Perdoo-me facilmente.					
6. Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa.					
7. Sinto-me derrotada quando me critico.					
8. Continuo a gostar de quem sou.					
9. Fico tão zangada comigo mesma que quero magoar-me ou ferir-me.					
10. Tenho um sentimento de nojo por mim mesma.					
11. Continuo a sentir que posso ser amada e que ainda sou aceitável.					
12. Deixo de me importar comigo mesma.					
13. É-me fácil gostar de mim mesma.					
14. Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos.					
15. Chamo nomes a mim própria.					
16. Sou carinhosa e cuido de mim mesma.					
17. Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequada.					
18. Penso que mereço criticar-me.					
19. Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesma.					
20. Há uma parte de mim que se quer ver livre do que não gosto em mim.					
21. Encorajo-me em relação ao futuro.					
22. Não gosto de ser como sou.					

Anexo III - Teste de Atitudes Alimentares-25 (TAA-25/EAT-25; *Eating Attitudes Test*; Garner e Garfinkel, 1979; Versão portuguesa de Pereira et al., 2006)

Por favor, para cada uma das afirmações seguintes faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si, considerando:

	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
Todos os resultados serão rigorosamente confidenciais. A maior parte das questões estão diretamente relacionadas com a comida ou o comer, embora outro tipo de questões tenham sido incluídas. Por favor, responda cuidadosamente a cada pergunta. Obrigado						
1. Fico nervosa/o antes de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
2. Ter peso a mais, aterroriza-me	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
3. Preocupe-me com comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão, batatas, arroz, etc.).	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
8. Vômito depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
9. Sinto-me muitíssimo culpada/o depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
10. Ando preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
11. Faço exercício energicamente para queimar calorias.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
15. Tomo laxantes.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
16. Evito comidas que tenham açúcar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
17. Como comida de dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
18. Sinto que a comida controla a minha vida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
19. Controlo-me em relação à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
24. Gosto de sentir o estômago vazio.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca

Anexo IV - Escala de Estima Corporal (BES; Body Esteem Scale; Mendelson, & White, 2001; Versão portuguesa de Moreira, Frontini, & Canavarro, 2012)

Por favor, indica com que frequência concordas com cada uma das seguintes afirmações, **colocando uma cruz (X) no número escolhido**.

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	Gosto da minha aparência nas fotografias	1	2	3	4	5
2	As outras pessoas acham-me bonita	1	2	3	4	5
3	Tenho orgulho no meu corpo	1	2	3	4	5
4	Estou preocupada em tentar mudar o meu peso	1	2	3	4	5
5	Eu acho que a minha aparência vai ajudar-me a arranjar emprego	1	2	3	4	5
6	Eu gosto do que vejo quando me olho ao espelho	1	2	3	4	5
7	Se eu pudesse, mudava muitas coisas na minha aparência	1	2	3	4	5
8	Estou satisfeita com o meu peso	1	2	3	4	5
9	Quem me dera ser mais bonita	1	2	3	4	5
10	Eu gosto mesmo do meu peso	1	2	3	4	5
11	Quem me dera ter a aparência de outra rapariga	1	2	3	4	5
12	As pessoas da minha idade gostam da minha aparência	1	2	3	4	5
13	A minha aparência chateia-me	1	2	3	4	5
14	Sou tão bonita como a maioria das raparigas	1	2	3	4	5
15	Estou satisfeita com a minha aparência	1	2	3	4	5
16	Acho que tenho o peso certo para a minha altura	1	2	3	4	5
17	Tenho vergonha da minha aparência	1	2	3	4	5
18	Pesar-me deprime-me	1	2	3	4	5
19	O meu peso deixa-me infeliz	1	2	3	4	5
20	A minha aparência ajuda-me a ter namorado	1	2	3	4	5
21	Preocupo-me com a minha aparência	1	2	3	4	5
22	Eu acho que tenho um bom corpo	1	2	3	4	5
23	Sou tão bonita quanto gostaria de ser	1	2	3	4	5

Anexo V - Critérios de Diagnósticos de Anorexia Nervosa (A.N.), Bulimia Nervosa (B.N.) e Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE), segundo a ICD-10 e o DSM-IV

ICD-10

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50 Transtornos da alimentação

F50.0 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma ideia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

Exclui: perda de apetite (R63.0); psicogénica (F50.8)

F50.2 Bulimia nervosa

A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se frequentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes.

Exclui: Bulimia SOE; Hiperorexia nervosa

F50.3 Bulimia nervosa atípica

Transtornos que apresentam algumas características da bulimia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, pode haver acessos repetidos de hiperfagia e de uso exagerado de laxativos sem uma alteração significativa de peso ou então a preocupação típica e exagerada com a forma e peso corporais pode estar ausente.

F50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos

Hiperfagia devida a eventos estressantes, tais como lutos, acidentes, partos etc.

Hiperfagia psicogénica

Exclui: obesidade (E66.-)

F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos

Vômitos repetidos que podem ocorrer nos transtornos dissociativos (F44.-) e hipocondríacos (F45.2) e que não são exclusivamente imputáveis a uma das afeções classificadas fora do Capítulo V. Pode-se também empregar este código em suplemento a O21.- (hiperemese na gravidez) quando fatores emocionais predominam entre as causas das náuseas e vômitos recorrentes no curso da gravidez.

Vômitos psicogénicos

Exclui: náuseas (R11); vômitos SOE (R11)

F50.8 Outros transtornos da alimentação

Perda do apetite psicogénica

Pica do adulto

Exclui: pica do lactente e da criança (F98.3)

F50.9 Transtorno de alimentação não especificado

DSM-IV

Critérios Diagnósticos para F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormonas, por ex., estrogénio.)

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Critérios Diagnósticos para F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspetos:

- (1) Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares
- (2) Um sentimento de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo)

B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

F50.9 - 307.50 Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação

A categoria Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico.

Exemplos:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares.
2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.
3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.
4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito autoinduzido após o consumo de dois biscoitos).
5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.

NOTA: Apesar de terem sido feitas algumas alterações no capítulo das Perturbações Alimentares na nova edição do DSM (DSM-V), estas não foram contempladas no presente estudo por essa edição não ter sido publicada no nosso país.

APÊNDICES

Apêndice A - Documento formal solicitando autorização para administrar o protocolo (escola de dança e clube desportivo)

Exmo.(a) Sr.(a).

Diretora da Escola de Dança / Vice Presidente do Conselho Desportivo

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2008 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Pretendo realizar um estudo de investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre, cujo principal objetivo é analisar a associação entre algumas variáveis psicológicas (como o autocriticismo), a imagem corporal e atitudes alimentares em adolescentes do sexo feminino.

É neste âmbito que venho solicitar a vossa Ex^a a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto das jovens que praticam andebol. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando V. Ex.^a considerar oportuno.

Grata pela atenção e disponibilidade dispensadas, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Apêndice B - Documento formal solicitando autorização dos pais

Consentimento Informado para menores de 18 anos:

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes de autorizar a sua filha a participar neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objectivo estudar a associação entre algumas variáveis psicológicas (como o auto criticismo) e algumas variáveis alimentares (comportamentos alimentares, imagem corporal) em adolescentes do sexo feminino. Para concretizarmos este objectivo, necessitamos que a sua filha preencha cinco questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico também de resposta breve.

A participação da sua filha é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima apresentada e aceito que a minha filha participe neste estudo.

Leiria, _____ de _____ de 2013

Apêndice C - Questionário Sociodemográfico (Ballet e Andebol)

Questionário Sociodemográfico

Código

--

Secção I

Idade: _____

Ano de Escolaridade

- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano);
- ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

Secção II

Com quem vives (assinala todas as opções que se adequem)

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão(s) ☐ Outros. Quais? _____

Quantos irmãos tens: _____

Escolaridade do pai

- ☐ Sem escolaridade;
- ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe);
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano);
- ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)
- ☐ Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Profissão do pai: _____

Escolaridade da mãe

- ☐ Sem escolaridade;
- ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe);
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano);
- ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

☐ Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Profissão da mãe: _____

Situação de trabalho do pai:

☐ A trabalhar ☐ Desempregado/a ☐ De baixa

Situação de trabalho da mãe:

☐ A trabalhar ☐ Desempregado/a ☐ De baixa

Qual o estado civil dos teus pais:

☐ Casados/vivem em comunhão de facto

☐ Separados/divorciados/viúvos

☐ Nunca viveram juntos

Secção III

Há quanto tempo estás nesta escola de dança / neste clube? _____

Antes de andares nesta escola /neste clube já tinhas andado noutro local?

☐ Sim ☐ Não

Quantos anos? _____

Nesse local, quantas vezes dançavas/ praticavas andebol, por semana?

☐ 1 vez por semana

☐ 2 vezes por semana

☐ 3 vezes por semana

☐ 4 vezes por semana

☐ 5 vezes por semana

☐ mais de 5 vezes por semana

Neste ano letivo, quantas vezes por semana danças/ praticas andebol?

☐ 1 vez por semana

☐ 2 vezes por semana

☐ 3 vezes por semana

☐ 4 vezes por semana

☐ 5 vezes por semana

☐ mais de 5 vezes por semana

Danças/ praticas andebol, porquê? (escolhe a que mais se aplica a ti):

- ☐ Porque gostas
- ☐ Por incentivo dos teus pais
- ☐ Por prescrição médica

Secção IV

Quanto é que pesas? _____ kg

Quanto é que medes? _____ cm

Tens algum problema de saúde (e.g., diabetes, asma.)?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Segues algum padrão alimentar prescrito por algum nutricionista?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, há quanto tempo: _____

Qual o motivo que te levou a procurar o nutricionista?

- ☐ Estava descontente com o meu corpo
- ☐ Os meus pais aconselharam-me
- ☐ Prescrição médica
- ☐ Outra? _____

