



Imagem Corporal Masculina, Impulso para a Muscularidade,
Estados de Humor e Mecanismos de Autorregulação Emocional
em praticantes de exercício físico

Maria Luísa Lameiras Rebelo

Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar do ISMT
Co-orientadora: Professora Doutora Mariana Marques, Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, janeiro de 2018

"Nunca tenha certeza de nada, porque a sabedoria começa com a dúvida."

(Sigmung Freud)

Dedicatória

Aos meus pais,
à minha filha Mariana,
à minha irmã,
e à minha amiga do coração, Ana Bela!

Agradecimentos

No final desta etapa tão importante da minha vida, quero expressar o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que passaram pela minha vida e deixaram um pouco de si.

Em primeiro lugar, agradeço àqueles que têm estado sempre presentes e que acreditaram tanto em mim. Em especial, à minha mãe pelo seu amor incondicional, pelo seu apoio afetivo e emocional, pelo suporte financeiro e por acreditar em mim desde sempre. À minha filha Mariana, que tanto amo, pelos beijos carinhosos e pelos abraços apertados, por ser a minha força motriz, por ser a “luz” que ilumina a minha vida. Ao meu pai, que embora já não esteja presente fisicamente, funciona em mim como uma referência, dando-me alento, sabendo eu que estaria orgulhoso. À minha irmã que adoro, pelo carinho e pela força que me tem oferecido. À minha “segunda mãe” Ana Bela, por toda a dedicação, amor, paciência, carinho e amizade, a mim e aos meus, ao longo da vida. Ao meu companheiro Cláudio, por caminhar ao meu lado, pelo apoio, afeição e determinação, estando ao meu lado nas horas difíceis. Aos meus sogros, pela ajuda concedida, por cuidarem da minha filha com todo o zelo e dedicação, nas horas necessárias para a realização desta dissertação e de todo o mestrado.

O mais profundo e autêntico agradecimento. Obrigada por acreditarem, sempre, nas minhas capacidades e me ampararem em momentos de algum desânimo e desalento.

Um especial agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Sónia Simões pelos conhecimentos transmitidos, apoio, disponibilidade, confiança e motivação.

Agradeço também à Professora Doutora Mariana Marques, pelos preciosos conhecimentos na área do comportamento alimentar e impulso para a muscularidade, os quais se constituíram indubitáveis linhas orientadoras de todo o trabalho.

Muito obrigada por todas as palavras de incentivo que se constituíram uma motivação extra para a concretização deste projeto.

Agradeço à Direção do Ginásio Wellnesscenter Health Life da Marinha Grande, pela sua disponibilidade e por facilitarem a recolha de dados.

Agradeço ainda a todos os meus restantes familiares, amigos e colegas que tornaram este trajeto mais fácil, pelo companheirismo, muitas vezes ouvindo os meus lamentos e preocupações ou tranquilizando-me em relação a este percurso. Pela confiança que depositaram em mim e por todo o carinho que me deram ao longo deste tempo! Muito obrigada, do fundo do coração, sem vocês nada disto seria possível!

Resumo

Introdução: A preocupação excessiva com a imagem corporal nos homens pode desencadear diversas perturbações, como a Dismorfia Muscular. Poucos estudos exploram a associação entre a imagem corporal masculina e variáveis como o impulso para a muscularidade, estados de humor e mecanismos de autorregulação emocional. São, então, objetivos deste estudo: estudar a imagem corporal masculina e os mecanismos de autorregulação emocional em praticantes de exercício físico, nomeadamente, explorar associações e diferenças entre o impulso para a muscularidade, a aceitação da imagem corporal, a comparação social da aparência física, o autocriticismo e os estados de humor; explorar as diferenças em função da satisfação com a imagem corporal, dos cuidados especiais com a alimentação, da existência de problemas alimentares na infância e adolescência e da idade dos sujeitos.

Metodologia: 56 homens praticantes de exercício físico com idades entre os 20 e os 63 anos ($M=37,02$; $DP=9,31$) preencheram um questionário sociodemográfico, a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização, a Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal, a Escala de Comparação Social da Aparência Física, a Escala de Impulso para a Muscularidade e o Perfil dos Estados de Humor.

Resultados: À medida que aumentou o eu inadequado do autocriticismo aumentou o nível de perturbação de humor, assim como a inflexibilidade psicológica em relação à imagem corporal, enquanto o aumento do eu-tranquilizador associou-se positivamente ao vigor-atividade. A flexibilidade da imagem corporal diminuiu com o aumento das atitudes focadas na muscularidade. A comparação com colegas associou-se positivamente ao eu tranquilizador e ao vigor-atividade. Os homens que não estão satisfeitos com a imagem corporal revelaram maior perturbação do humor comparativamente aos que estão satisfeitos. Quem não tem cuidados especiais com a alimentação evidenciou mais perturbação do humor e mais impulso para a muscularidade. Já quem mostrou mais cuidados com a alimentação e mais problemas com o peso em criança/adolescente apresentou maior inflexibilidade com a imagem corporal.

Discussão: É necessário investir em pesquisas futuras sobre o tema, que conduzam a um aprofundamento de conhecimentos sobre as variáveis associadas, a uma maior compreensão desta realidade e à intervenção terapêutica. Assim, é fundamental delinear medidas preventivas, de avaliação e de intervenção psicológica, junto de populações vulneráveis, nomeadamente em contextos desportivos.

Palavras-chave: imagem corporal masculina, estados do humor, impulso para a muscularidade, mecanismos de autorregulação emocional.

Abstract

Introduction: Excessive preoccupation with body image in men can trigger a variety of disorders, such as Muscular Dysmorphia. Few studies explore the association between male body image and variables such as drive for muscularity, mood states and mechanisms of emotional self-regulation. The objectives of this study are: to study male body image and mechanisms of emotional self-regulation in physical exercise practitioners, specifically to explore associations and differences between drive for muscularity, body image acceptance, social comparison of physical appearance, self-criticism and states of humor; to explore differences in function of the satisfaction with body image, the special diets, the existence of eating disorders in childhood or adolescence and the age of the subjects.

Methodology: 56 men who practiced physical exercise between the ages of 20 and 63 ($M = 37.02$, $SD = 9.31$) filled in a Sociodemographic Questionnaire, the *Forms of Self Criticizing and Reassuring Scale*, the *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire*, the Social Comparison through Physical Appearance Scale, the *Drive for Muscularity Scale* and the Profile of Mood States.

Results: As the inadequate self of self-criticism increased, the level of mood disturbance increased, as did the psychological inflexibility with respect to body image, while the increase of the self-reassurer was positively associated with vigor-activity. The flexibility of body image decreased with increasing attitudes focused on muscularity. A comparison with colleagues was positively associated with self-reassuring and with vigor-activity. Men who are not satisfied with a body image have shown more mood disturbance compared to those who are satisfied. Those who do not have special attention with diet have shown more mood disturbance and more drive for muscularity. Already, who have shown more care with a diet and more problems with the weight in child / adolescent presented greater inflexibility with the body image

Discussion: It is necessary to invest in future research on the subject, leading to a deepening of knowledge about the associated variables, a greater understanding of this reality and therapeutic intervention. It is essential to outline preventive measures, assessment and psychological intervention, with vulnerable populations, especially in sports contexts.

Keywords: male body image, states of humor, drive for muscularity, mechanisms of emotional self-regulation.

1. Introdução

Atualmente a sociedade atribui uma enorme importância à imagem, particularmente à imagem corporal, exercendo uma pressão muito grande no que diz respeito à imagem tanto das mulheres como dos homens (Damasceno, Lima, Vianna e Novaes, 2005). Ultimamente a investigação relativamente à imagem corporal cresceu consideravelmente (Frank, Claumann, Pinto, Cordeiro, Felden e Pelegrini, 2016). Esta temática está associada ao desenvolvimento e à manutenção de várias Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA's), como a Dismorfia Muscular, bem como ao baixo autoconceito (Camargo, Costa, Uzunian e Viebig, 2008; Marques et al., 2016), a uma desvalorização da estima pessoal e a estados depressivos do humor (Olivardia, Pope, Borowiecki e Cohane, 2004; Fernandes, Viana, Liz e Andrade, 2017) e também à utilização inapropriada de esteroides anabólicos (Kanayama, Barry, Hudson e Pope, 2006).

As PCA's associam-se à obsessão pelo corpo, pelo peso e pelas suas formas (McCabe e Ricciardelli, 2004; Pickett, Lewis e Cash, 2005; Piló, 2011). Neste sentido, durante algum tempo, persistiu a ideia de que as perturbações relacionadas com o corpo era uma realidade unicamente das mulheres, orientando as pesquisas sobre este tema para amostras femininas (McCreary, 2007). Contudo e apesar do seu enfoque ter sido sobretudo a população feminina, a investigação também se tem debruçado sobre o tema da imagem corporal nos homens, que tem vindo a aumentar (Hobza e Rochlen, 2009; Balbino, 2015). No que diz respeito à comparação entre homens e mulheres, a literatura comprova que há diferenças entre sexos no que respeita à sua imagem corporal. Usualmente, as mulheres preferem ser magras e os homens preferem um corpo mais robusto, musculado e forte, com baixos índices de gordura (Damasceno, Lima, Vianna e Novaes, 2005; McCreary e Sasse, 2000). Com efeito, a incapacidade de alcançar um tipo físico ideal poderá levar, não só à insatisfação com a imagem corporal, mas também tornar os indivíduos mais vulneráveis ao aparecimento de problemas relacionados com a perceção alterada dessa imagem (Frederick et al., 2007).

Stice e Shaw (2002) definem a insatisfação com a imagem corporal como uma “*avaliação negativa*” da aparência física. Esta apreciação negativa do corpo origina sofrimento e consequências negativas do foro psicológico (Warren, Gleaves, Benito, Fernandez e Ruiz, 2005).

No sentido de atingir a satisfação com aparência, existem comportamentos disfuncionais adotados como o exercício excessivo, dietas rigorosas e a utilização de substâncias (diuréticos, laxantes ou esteroides) e outros fatores psicológicos, que tornam os sujeitos mais propensos ao desenvolvimento da patologia alimentar (Silva e Gomes, 2012).

Num estudo de revisão narrativa, Azevedo, Ferreira, Da Silva, Caminha e Freitas (2012), citando Olivardia (2001) referem que “*a preocupação excessiva com a imagem corporal pode desencadear perturbações psicológicas provocando sentimentos de baixa auto estima, de insegurança e de inferioridade*”, sendo que estes fatores poderão estar na origem da Dismorfia Muscular, o autor refere ainda que “*A dismorfia muscular pode aumentar o risco de uso dos esteroides anabolizantes e o uso indiscriminado de suplementos alimentares*” (Azevedo et al., 2012, p.53). Os autores concluíram também que a Dismorfia Muscular pode causar, além de sofrimento, danos severos na vida dos indivíduos, sobretudo ao nível da saúde e em aspetos sociais e culturais (Azevedo et al., 2012). Neste sentido, a insatisfação com o corpo no sexo masculino surge fortemente associada à sintomatologia das perturbações alimentares (Dakanalis, Znetti, Riva, Colmegna, Volpato, Madeddu e Clerici, 2015).

Segundo Pope, Gruber, Mangwenth, Bureau, deCol, Jouvent e Houdson, (2000), muitos homens sofrem de perturbações relacionadas com a imagem corporal, nomeadamente de Dismorfia Muscular, Anorexia Reversa (Pope, Katz e Hudson, 1993) ou Vigorexia (Camargo, Costa, Uzunnian e Viebig, 2008). Esta perturbação manifesta-se por uma obsessão doentia com os músculos e com os corpos (Pope, Gruber, Choi, Olivardia e Phillips, 1997). Esta perturbação é então caracterizada por uma obsessão doentia em relação a defeitos ilusórios da aparência. Os indivíduos que sofrem desta perturbação, apesar terem uma aparência normal ou até muito musculada, julgam-se fracos e com músculos insuficientes, sentindo vergonha, como resultado da discrepância entre a sua musculatura real e os seus ideais estéticos. Seguem dietas rigorosas e planos de exercícios intensivos que lhes ocupa muito tempo, com o objetivo de diminuir a sua massa gorda e aumentar cada vez mais a sua massa muscular. Por sentirem vergonha em relação à sua aparência, desprezam atividades de lazer (sociais e ocupacionais). Por causa do levantamento excessivo de pesos e da indevida utilização de esteroides anabolizantes, o seu bem-estar e a sua saúde são também frequentemente comprometidas (Pope et al., 2000).

Segundo Assunção (2002), esta perturbação afeta maioritariamente os homens. Embora haja escassez de estudos, sabe-se atualmente que ocorre maioritariamente em indivíduos que pratiquem exercício físico e que se associa a consequências negativas para a saúde (Mota e Aguiar, 2011).

A insatisfação com a imagem corporal origina esta tendência para a utilização abusiva de esteroides anabolizantes e, por consequência, potencia o desenvolvimento da dependência dos mesmos (Pope e Brower, 2000). Na etiologia desta doença aparecem múltiplos fatores, sendo os ambientais aqueles que mais se destacam, ou seja, a influência dos meios de comunicação social aliada à pressão para corresponder aos ideais de estética, poderão ter um papel preponderante no desenvolvimento e agravamento deste tipo de patologias (Assunção, 2002).

Algumas variáveis poderão estar relacionadas com o aparecimento destas patologias e de atitude e comportamentos prejudiciais para a saúde. Costa e Alvarenga (2015), realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar a presença de insatisfação com a imagem corporal e de atitudes negativas em frequentadores de ginásio. Foi demonstrado, que muitos dos indivíduos se sentiam insatisfeitos com os seus corpos. Verificam-se assim, várias atitudes disfuncionais adotadas por parte dos praticantes, nomeadamente a insistência na prática de exercício físico inclusive perante situações de sofrimento causado por danos musculares e alterações no seu humor, mostrando aborrecimento e irritabilidade face a impossibilidade de treinar. Constatou-se que à medida que aumentava a prática de exercícios, mais se intensificava frequência destas atitudes disfuncionais. Concluiu-se que o exercício em excesso pode potenciar o aparecimento de sintomatologia alimentar e do foro psicológico, funcionando como um fator de manutenção dessas patologias.

Paul Schilder (citado por Scatolin, 2012) no início do século XX definiu imagem corporal como “*a figuração de nosso corpo formada em nossa mente; ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós*” (Schilder, 1935, p. 11). Segundo o autor, para a construção e compreensão da imagem corporal, torna-se essencial a relação que existe entre as emoções, ações e percepções. A imagem corporal é uma construção que se vai edificando ao longo da vida. Faz-se através de uma contínua diferenciação e integração, ao mesmo tempo que está profundamente relacionada com a percepção da imagem corporal dos outros (Scatolin, 2012). Este constructo pode ser compreendido como a apreciação de aspetos corporais, como o peso, medidas, formas ou qualquer

característica do corpo que remeta para a aparência física (Thompson, 1990). Abrange as percepções do indivíduo sobre si mesmo e sobre a relação que este mantém com os outros (Fróis, Moreira e Stengel, 2011).

A sociedade e os meios de comunicação social exercem pressão sobre como deve ser a estrutura corporal tanto no sexo feminino como no sexo masculino (Porto e Lins, 2009). Alguns estudos comprovaram que a insatisfação com a imagem corporal masculina poderá ser uma das principais causas para o desenvolvimento de patologias como a Dismorfia Muscular (Rosen, Reiter e Orosan, 1995; Heráclio, Rosana e Lima, 2017)

Nos homens, a preocupação excessiva com a imagem corporal pode desencadear Perturbações do Comportamento Alimentar, nomeadamente a Dismorfia Muscular/Vigorexia/Anorexia Reversa. Segundo Pope, Phillips e Olivardia (2000) e, como já referido, esta perturbação da imagem corporal, que surge normalmente nos homens, tem sido pouco estudada.

Uma dimensão importante nesta perturbação é o impulso para a muscularidade. De acordo com McCreary e Sasse (2000), o impulso para a muscularidade (“*drive for muscularity*”), mais frequente no sexo masculino, refere-se a uma força interna do sujeito, que se revela através de ações realizadas pelos indivíduos com o objetivo de aumentar o volume e massa muscular. Subjacente a este o impulso, está normalmente uma enorme preocupação com a aparência física dos sujeitos, associada a baixos níveis de autoestima e estados de humor depressivos, podendo provocar problemas físicos e psicológicos no sujeito.

O impulso para a muscularidade está associado aos comportamentos de risco para PCAs, à baixa autoestima e ao grau de comprometimento psicológico com o exercício físico. Num estudo realizado por Carvalho, Oliveira, Neves, Meireles, Lopes e Ferreira (2016), foi comprovado que em especial essa última variável foi a que demonstrou maior influência sobre o construto impulso para a muscularidade. Chittester e Hausenblas (2009) provaram que existem variáveis relacionadas com a insatisfação com o peso e com a imagem corporal na origem da Dismorfia Muscular. Os autores referem que o impulso para a muscularidade está associado a comportamentos de dependência perante exercício físico, correlacionando-se com práticas destrutivas como a utilização indiscriminada de suplementos alimentares e de drogas anabólicas.

Revela-se de extrema importância o estudo da associação entre imagem corporal e mecanismos de autorregulação emocional, entre eles, o autocrítico. Este é considerado, por vários autores, como “*uma forma de autocondenação e avaliação negativa de vários aspectos do self,*” tais como “*características físicas, aparência, pensamentos e emoções*” (Gilbert, 2000, 2007, citado por Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). O autocrítico é, portanto, uma relação que o sujeito estabelece consigo próprio, em que se autoavalia de forma negativa, proferindo críticas a si mesmo e posicionando-se com dureza e intolerância, quando é confrontado com as suas próprias falhas, erros ou frustrações (Gilbert, 2000, 2007; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004). O autocrítico assume diferentes formas e funções a que se associam várias emoções negativas (Gilbert et al., 2004). Assim, Gilbert et al. (2004) apontam que existem três formas de autocrítico: autoataque (eu-inadequado), autodesprezo (eu-detestado) e autotranquilização (eu-tranquilizador). O eu-inadequado assume-se como um sentimento de inadequação, quando o indivíduo se confronta com as suas falhas e insucessos, achando este que merece ser julgado e criticado. O autoataque de correção e melhoria tem como função tentar impedir que o eu repita os mesmos erros e se aplique mais nas coisas. Os indivíduos autocríticos que se corrigem creem que a crítica é para se melhorarem a si próprios. O eu-detestado relaciona-se a sentimentos extremamente negativos (ódio, cólera, repúdio, desdém e repulsa) em relação ao próprio sujeito, acompanhados pela intenção de se agredir, ferir, atacar e injuriar. No autodesprezo, a função do autoataque reside no forçar o eu a submeter-se à dominância e ao poder hostil, tendo uma função abusadora do eu. Os indivíduos autocríticos detestam-se e perseguem-se, originando ativação emocional negativa (raiva, repugnância e nojo ou aversão). Em compensação, o eu-tranquilizador assume-se com uma atitude gentil, compreensiva e compassiva com o próprio sujeito, sendo que diante as situações de derrota, erro ou insucesso, este adota uma postura de esperança, coragem e de alento. A autotranquilização é um estilo de *coping* e de autorregulação focado em atributos e memórias do eu, estimulando a autotranquilização e a autosssegurança. Esta autocompaixão provoca a ativação de outro sistema de regulação de afeto baseado na afiliação e vinculação. Neste caso, é suprimida a agressão e a angústia, existindo a empatia, simpatia, investimento, atenção e cuidado pelo eu, bem como a avaliação e satisfação das suas necessidades. Segundo Gilbert e Irons (2005) o autocrítico poderá resultar da interiorização de críticas exteriores ao longo do desenvolvimento,

uma vez que sinais internos negativos como a autocrítica e o relacionamento com os outros, afetam a forma como nos autoavaliamos. Vários autores defendem que as pessoas demasiado autocríticas tendem a sentir-se controladas e muitas vezes derrotadas pelo seu próprio autocrítico e, se este existir de uma forma exacerbada, sobretudo desde idades precoces, é um fator preditor de problemas psicológicos futuros (Zuroff, Moskowitz e Cote, 1999).

Como referido por Castilho e Pinto-Gouveia (2011), vários autores, demonstraram que o autocrítico exerce um papel preponderante no surgimento de algumas psicopatologias. Diversos estudos foram realizados para compreender a influência do autocrítico no sofrimento emocional (Gilbert e Irons, 2005) e no desenvolvimento de diversas psicopatologias (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald e Zuroff, 1982; Freitas, 2011), mais especificamente, da depressão (Blatt e Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Busher, 2012), da perturbação de ansiedade social (Figueiredo, 2016) e das perturbações do comportamento alimentar (Piló, 2013; Steiger, Goldstein, Mongrain e Van der Feen, 1990). A este propósito, Freitas (2011) comprovou que o autocrítico e a vergonha externa podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos. Também Amaral, Castilho e Gouveia (2010) mostraram que este se correlaciona com sintomas depressivos, com sentimentos de desvalorização pessoal. E, similarmente, Zuroff, Moskowitz e Cote (1999) mostraram que o autocrítico se associa positivamente com a vergonha e com a dificuldade em o indivíduo se relacionar com os outros.

Embora o autocrítico moderado possa exercer uma função adaptativa, particularmente se for utilizado em termos da autocorreção (Driscoll, 1989), este tipo de resposta ao fracasso parece levar a sentimentos de inferioridade (Gilbert et al., 2004). Assim, muitos trabalhos têm, então, identificado o autocrítico como um processo de regulação emocional mal adaptativo associado ao desenvolvimento de psicopatologia (Blatt e Zuroff, 1992; Dunkley, Zuroff, e Blankstein, 2003). Segundo estes autores, o aspeto principal do autocrítico passa pela incapacidade para se defender das próprias críticas e exigências. Tal como indica Gilbert e Irons (2005), os sentimentos de insucesso ou medo da avaliação dos outros e que dão origem ao afeto negativo, estão associados à rejeição, desvalorização e abandono, sendo comuns entre mulheres diagnosticadas com PCAs. Em Portugal, existem poucos estudos a ligar a temática da imagem corporal masculina ao autocrítico.

Ferreira (2011) concluiu que as Perturbações do Comportamento Alimentar se correlacionam positivamente com a mentalidade de *ranking* social. Essa mentalidade, onde está subjacente um autocriticismo, e em que existe uma necessidade de comparação e de competição em relação aos outros, potencia a insatisfação em relação à imagem corporal, bem como a adoção de comportamentos irracionais relativamente ao peso, às formas corporais e à comida. Numa pesquisa preliminar, apurou-se que a necessidade de competir, de ser bem-sucedido e as atitudes competitivas em relação ao seu grupo social, pode ter um papel relevante no desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar (Bellew et al., 2006).

As Perturbações do Comportamento Alimentar têm assim origem em mecanismos de regulação emocional mal adaptativos, em indivíduos que normalmente possuem um enorme autocriticismo e pouca autocompaixão. Estes sujeitos fazem comparações desfavoráveis em relação aos outros, ao mesmo tempo que tentam através de comportamentos competitivos, evitar sentir-se inferiores e ser aceites pelos outros (Ferreira, 2011).

A aceitação psicológica relaciona-se com flexibilidade psicológica, constituindo-se como uma capacidade para entrar em contacto consciente com o momento presente, acatando os próprios pensamentos, sentimentos e as emoções à medida que eles surgem. Pode considerar-se como uma estratégia de regulação emocional adaptativa, em que o sujeito não tenta evitar as experiências e as situações, mas tolera-as e aceita-as conforme estas vão surgindo (Follette, Palm e Rasmussen-Hall, 2004). Segundo vários autores, este conceito é definido pelo modo como o indivíduo reage conscientemente perante os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais, aceitando essas mesmas experiências e sensações e assumindo uma posição de não apreciação (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig e Wilson, 2004; Luoma, Hayes e Walser, R., 2007). Os indivíduos que normalmente tentam evitar os acontecimentos, pensamentos, emoções e sensações, tentam ser mais inflexíveis consigo próprios, bem como a avaliar-se mais negativamente. Opostamente, as pessoas que assumem uma atitude de aceitação perante aquilo que lhes vai acontecendo, são mais flexíveis psicologicamente (Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006).

A investigação da relação entre esta estratégia de regulação emocional adaptativa e o comportamento alimentar perturbado é ainda muito limitada (Ferreira, 2011). A autora pretendeu colmatar algumas das lacunas evidenciadas pela revisão da

literatura e colaborar para o esclarecimento da importância da atitude de compaixão autodirigida no âmbito da psicopatologia alimentar. Explorou a potencial relação entre esta atitude e aspetos centrais da PCA, como a vergonha externa, a insatisfação corporal e a adesão a atitudes e comportamentos alimentares perturbados, em mulheres com e sem psicopatologia alimentar. As mulheres que se mostraram capazes de aceitar o seu peso e a imagem corporal, mesmo quando esta se distinguia daquela que idealmente lhes agradaria, tendiam a aderir menos a comportamentos alimentares perturbados (restritivos ou de ingestão compulsiva). As que manifestam uma atitude crítica perante as suas falhas ou inadequações, que se sobreidentificam com os seus pensamentos e estados emocionais e que se envolvem em sentimentos de isolamento, apresentam maiores níveis de sofrimento, tornando-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de um comportamento alimentar perturbado.

O estudo de Ferreira (2011) juntamente com outros estudos (Ferreira, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011c) têm comprovado o papel dos processos de comparação social no que toca à vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia alimentar (Ferreira, 2011).

O autor pioneiro a definir comparação social foi Festinger (1954), tendo desenvolvido a Teoria da Comparação Social. Esta teoria centrou-se no princípio fundamental de que indivíduos tendem a avaliar-se a si próprios mediante a comparação com os outros. Quando o sujeito se confronta com dúvidas e questiona acerca de si próprio, recorre a informações sobre os outros, com o objetivo de se autoconhecer de se autoavaliar melhor. Assim sendo, a comparação social pode ser compreendida como um fenómeno complexo, que engloba múltiplos aspetos e que está constantemente presente na vida do ser humano. Este processo tem um efeito preponderante nos indivíduos: no pensamento acerca de si próprios, nos seus comportamentos e motivações, nos seus sentimentos e emoções (Corcoran, Crusius e Mussweiler, 2011).

Existem dois tipos de comparação: as comparações “*ascendentes*” e as “*descendentes*”. O primeiro tipo de comparação, é aquela que pode ajudar o sujeito a prosperar, sendo que se compara com outras pessoas cujas características entende como serem superiores a si próprio (Buunk e Gibbons, 2007). O segundo tipo de comparação, pode exercer a função de enaltecer ou de ajudar o sujeito a sentir-se melhor, pois é aquela em que o indivíduo se compara com objetos ou pessoas, percecionando-as como tendo menos atributos ou características inferiores a si (Wills, 1981).

Um estudo realizado por Carvalho, Freitas e Ferreira (2016) demonstrou que apesar de ser prevalente no sexo feminino, existem correlações positivas entre a comparação social, a insatisfação com as formas corporais e a perturbação do comportamento alimentar. Outros autores, referiram o efeito que os vários tipos de comparação podem ter nos sujeitos, nomeadamente ao nível dos estados afetivos do humor. As duas formas comparação social (ascendente e descendente) podem influenciar os indivíduos de diversas maneiras. Contudo existem indícios que demonstram que a comparação social ascendente se correlaciona sobretudo com o afeto negativo (Gibbons e Gerrad, 1989).

Como mencionado, Ferreira (2011) estudou a associação entre a aceitação da imagem corporal e as variáveis de *ranking* social e psicopatologia, numa amostra feminina com e sem perturbação alimentar. Tanto na amostra não-clínica como na amostra clínica, a aceitação da imagem corporal associou-se de forma significativa a todas as variáveis de *ranking* social. Observou-se uma relação positiva e significativa entre a flexibilidade psicológica em relação a imagem corporal e comparações sociais favoráveis, quer quando se utilizou uma medida global de hierarquia e ajustamento ao grupo, quer quando foi usada uma medida de *ranking* social baseada na aparência física através da comparação com pares e com modelos. A autora também estudou a associação entre mentalidade de *ranking* social, processos de regulação emocional (adaptativas e mal adaptativas) e os indicadores de psicopatologia alimentar. Uma comparação social através da aparência física favorável associou-se negativamente à vergonha externa e à necessidade de competir para evitar a inferioridade. Por seu lado, uma comparação social desfavorável, uma maior vergonha externa e uma maior necessidade de competir para evitar a inferioridade associaram-se fortemente a um maior autocriticismo e a uma menor capacidade de ser compassivo com o próprio. As mesmas variáveis de *ranking* social apresentaram uma correlação com a insatisfação corporal e procura de magreza. Por fim, o autocriticismo correlacionou-se positivamente com a insatisfação corporal e procura da magreza, e a autocompaixão associou-se negativamente com estas dimensões de patologia alimentar.

A imagem corporal envolve sentimentos, sensações e crenças. Assim, a dimensão atitudinal da imagem corporal engloba afeto e cognição (Martins, Nunes e Noronha, 2008). De acordo com diversos autores, o Afeto Negativo e o Afeto Positivo compõem a estrutura afetiva do ser humano (Watson, Clark e Tellegen, 1988). Estas

duas dimensões afetivas que se opõem, relacionam-se diretamente com o Bem Estar Subjetivo e com os níveis de satisfação com a vida dos sujeitos (Watson e Clark, 1994). Sendo estados de afetividade, o Afeto Negativo manifesta-se através sentimentos e emoções negativas (e.g., angústia, ansiedade, receio, culpa) (Watson, Clark e Tellegen, 1988; Watson e Pennbaker, 1989); o Afeto Positivo relaciona-se com sentimentos e emoções positivas (e.g., ânimo, satisfação, felicidade, segurança) (De Neve e Oswald, 2012; Tellegen, Watson e Clark, 1999). Neste sentido, comprovou-se que adolescentes com menor satisfação com a imagem corporal experimentaram os afetos de nervosismo, incômodo, falta de esperança, sentimento de que tudo é uma obrigação, autodesprezo e sentimento de inutilidade. Da mesma forma, apresentaram menor clareza e reparação emocional (Stechman et al., 2013).

O exercício físico pode ter um impacto positivo na saúde física e psicológica dos indivíduos. Existem no entanto pesquisas que demonstram que essa atividade, quando é exercida de forma desmesurada, pode ter efeitos nocivos para o praticante. Algumas das consequências negativas que podem surgir são: a obsessão e compulsividade e os comportamentos de dependência, acompanhados com sintomas de privação (Hausenblas e Downs, 2002; Módolo, 2011). Neste sentido, concluiu-se que o tipo de modalidade e o seu envolvimento social e competitivo parecem ser os grandes determinantes para a dependência do exercício (Módolo, Mello, Gimenez, Tufik, Karen e Antunes, 2009). Foi realizado um estudo com o objetivo de apurar o impacto que a prática de exercício físico pode ter nos estados do humor de atletas dependentes de exercício, em função do tipo de exercício executado. Concluiu-se que existem diferenças significativas na experimentação dos estados de humor em praticantes dependentes, constatando que essas variações ocorriam consoante a intensidade e duração do treino (Módolo, 2011). Também Werneck (2011), cujo objetivo foi verificar a relação entre o nível de atividade física relatado por adolescentes e o estado de humor, concluiu que os participantes que relataram um maior nível de atividade física habitual apresentaram melhores estados de humor, independentemente do sexo. Este estudo também indicou uma possível relação entre a quantidade de exercício praticado e o estado de humor, reforçando a importância de explorar, futuramente, relações de causa e efeito.

Em síntese, da revisão da literatura realizada, segundo temos conhecimento, não existem estudos na população portuguesa, que explorem as associações entre imagem corporal masculina e as variáveis impulso para a muscularidade, estados de humor,

autocriticismo, aceitação da imagem corporal e comparação social. Num contexto social em que se valoriza o corpo masculino definido e musculado, importa estudar estes fatores que podem relacionar-se com o aparecimento da Dismorfia muscular, que afeta sobretudo os homens e acarreta graves consequências físicas, psicológicas e emocionais. Desta forma, o objetivo principal deste estudo é estudar a imagem corporal masculina, o impulso para a muscularidade, os estados de humor e os mecanismos de autorregulação emocional (autocriticismo, aceitação da imagem corporal e comparação social) em praticantes de exercício físico. Como objetivos específicos apresentamos: 1) estudar associações entre estados de humor, autocriticismo, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social da aparência física; 2) estudar diferenças nos estados de humor, autocriticismo, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social da aparência física, em função da satisfação com a imagem corporal, dos cuidados especiais com a alimentação, da existência de problemas alimentares na infância e adolescência e da idade.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Através de um formulário do *Google Forms* contendo o protocolo de investigação, recorreu-se a redes sociais, nomeadamente o *Facebook*, para divulgar o estudo e apelar à participação. Assim, parte da amostra foi recolhida através do preenchimento *online* pelos praticantes de exercício físico, que puderam fazer uma leitura da descrição do estudo, seus objetivos, garantia da confidencialidade dos dados recolhidos e instruções de preenchimento. Os participantes *online* autorizavam a sua participação antes de poderem aceder ao protocolo. O estudo foi publicado e divulgado *online* na rede social Facebook em março 2016 e os dados recolhidos em dezembro de 2016. Outra parte da amostra foi recolhida num ginásio da cidade da Marinha Grande, depois de obtida autorização da Direção do ginásio para a recolha. Foi solicitado que os homens/rapazes frequentadores deste ginásio respondessem ao protocolo da investigação de forma voluntária, assinando o consentimento informado. O protocolo foi disponibilizado em papel e preenchido entre os meses de setembro e dezembro de 2016.

O protocolo de investigação foi composto por um consentimento informado, um questionário sociodemográfico, de saúde e relativo à prática de exercício físico, a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS), a Escala de Aceitação e

Ação da Imagem Corporal (BI-AAQ), a Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF), a Escala de Impulso para a Muscularidade (EIM) e o Perfil dos Estados de Humor - *Profile of Mood States* (POMS).

2.2.Instrumentos

2.2.1.Questionário sociodemográfico, de saúde e sobre prática de exercício físico

Este questionário ficou composto pelas seguintes questões: idade; habilitações literárias; profissão; peso e altura (para cálculo de IMC); prática de exercício físico (sim/não); em relação à prática de exercício físico, quais a(s) atividade(s) que pratica, qual a carga horária e o número de vezes por semana que a(s) pratica; prática de exercício físico no contexto profissional (sim/não) e, em relação a essa prática as mesmas questões (quais, carga horária e número de vezes por semana); história de excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal, em criança/adolescente (sim/não e qual); satisfação com a imagem corporal (sim/não); existência de cuidados especiais com a alimentação (sim/não) e quais (e.g. fazer dietas para diminuir o peso); quais os objetivos para a prática de exercício físico (e.g. perder peso; saúde).

2.2.2.Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self Criticizing and Reassuring Scale*; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004; Versão portuguesa de Castilho e Pinto-Gouveia, 2011)

O objetivo desta escala é avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e/ou atacam e auto tranquilizam quando percebem que “*as coisas falham ou correm mal*” (Gilbert et al., 2004). A escala é composta por 22 itens e procura que os participantes respondam a várias hipóteses de situações numa escala Likert de 5 pontos (de 0 “*não sou assim*” até 4 “*sou extremamente assim*”). Esta medida é constituída por três fatores: o *eu inadequado*, que avalia a sensação de inadequação do eu perante fracassos e retrocessos (itens: 1, 6, 17, 18); o *eu tranquilizador* que avalia a capacidade do eu se reconfortar e de ter auto compaixão (itens: 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21); e o *eu detestado* avalia um sentimento de repugnância/ódio por si mesmo, bem como uma resposta destrutiva para com o eu, perante os fracassos (itens: 4, 7, 9, 10, 12, 15, 22) (Gilbert et al., 2004). Na versão original desta escala, os valores de consistência interna obtidos foram de: $\alpha = 0,90$ para a subescala *eu inadequado* e $\alpha = 0,86$ tanto para a subescala *eu tranquilizador* como para a subescala *eu detestado* (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). A

consistência interna da versão portuguesa da FSCRS (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011) foi avaliada através do cálculo de alfa de Cronbach para cada uma das subescalas que as compõem. Os resultados revelaram uma boa consistência interna para as subescalas *eu inadequado* ($\alpha = 0,89$) e para a subescala *eu tranquilizador*: ($\alpha = 0,87$). Quanto à subescala *eu detestado*: ($\alpha = 0,62$), a consistência interna revelou-se fraca.

Neste estudo, a escala apresentou boa consistência interna, com alfas de Cronbach elevados para as subescalas *eu inadequado* ($\alpha = 0,87$) e *eu tranquilizador* ($\alpha = 0,82$). Quanto à subescala *eu detestado*, a consistência interna revelou-se inadmissível ($\alpha = 0,58$) (Pestana e Gageiro, 2008), por isso optou-se pela não utilização desta subescala no presente estudo.

2.2.3. Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal (BI-AAQ; *The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire*; Sandoz, Wilson, Merwin e Kellum, 2013; Versão Portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011a).

A BI-AAQ foi desenvolvida pelos autores com o objetivo de medir a flexibilidade da imagem corporal, sendo que esta se define como a capacidade de experienciar a corrente de perceções, sensações, emoções, pensamentos e crenças associadas ao corpo do sujeito de um modo completo e intencional, enquanto se perseguem valores de vida/ações comprometidas noutros domínios de vida (Sandoz, Wilson, Merwin e Kellum, 2013). A escala avalia um potencial processo de mudança em tratamentos baseados na aceitação da imagem negativa do corpo e sintomas psicopatológicos do comportamento alimentar (Ferreira et al., 2011). É um instrumento composto por 12 itens (redigidos de forma invertida), que traduzem a inflexibilidade psicológica e a necessidade de controlo em relação à aparência física (e.g., “A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo”; “Tenho de mudar os meus pensamentos e os meus sentimentos acerca do meu peso e forma corporal antes de tomar decisões importantes na minha vida”), onde se pretende que o participante aponte o quanto cada afirmação é verdadeira para si, utilizando para tal uma escala tipo Likert de 7 pontos, onde 1 corresponde a “Nunca verdadeiro” e 7 a “Sempre verdadeiro” (Ferreira et al., 2011).

A BI-AAQ pode ser considerada um instrumento de avaliação psicológica com boas características psicométricas e com utilidade para a avaliação deste novo constructo de aceitação e ação no domínio da imagem corporal, tendo sido confirmada a

sua capacidade discriminativa na população clínica (com PCA) em relação a população geral (Ferreira, Pinto- Gouveia e Duarte, 2011).

O alfa de Cronbach do total da versão portuguesa da escala com 12 itens é de 0,95, tratando-se, portanto, de uma escala com elevada consistência interna. As correlações entre os itens e o total da escala são boas, sendo que os resultados apontam assim para a qualidade e adequabilidade dos itens de medida da escala (Ferreira et al., 2011). No presente estudo, a BI-AAQ apresentou uma consistência interna muito boa, avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach da totalidade dos itens (valor de 0,96) (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.4. Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF; Ferreira, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011b)

A ECSAF é um instrumento de avaliação breve e útil, desenvolvida como uma medida de *ranking* social percebido, avaliando o modo como o sujeito se compara com os outros/se percebe enquanto agente social (e.g., inferior/superior; desvalorizado/valorizado; rejeitado/aceite), tendo a aparência física como referência. A construção da versão portuguesa desta escala baseou-se na escala original para a comparação social (Allan e Gilbert, 1995). Esta escala foi construída com o objetivo de obter uma medida de avaliação da relação direta entre a comparação da aparência física e a atribuição de estatuto no grupo social, face a dois grupos de comparação: proximal (i.e., pares) e distal (i.e., modelos ou outras celebridades que representam um padrão de atratividade física socialmente valorizado). Possui duas subescalas, uma que remete para a comparação física com amigos, colegas ou pessoas conhecidas e outra referente à comparação com modelos, atores ou celebridades. Cada subescala possui 12 itens (e.g., Inferior – Superior; Não atraente - Mais atraente; Indesejável - Mais desejável). O sujeito é convidado a responder assinalando um número, numa escala de Likert de 1 a 10 pontos, que traduza a forma como se sente quando se compara fisicamente com os outros, correspondendo cada extremo a construtos opostos (Ferreira et al., 2011).

As características psicométricas da ECSAF foram analisadas através de um estudo numa amostra ampla de mulheres da população geral. No estudo português original, o valor de consistência interna encontrados para ambas as partes, Parte A: comparação com pares e respetivas subescalas, e Parte B: comparação com modelos, foram elevados, indicando uma boa fidedignidade. A consistência interna da ECSAF

comparação com pares foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, e da correlação item-total. Os resultados indicam uma consistência interna muito boa para escala global ($\alpha = 0,94$). Em relação às subescalas, a consistência interna foi muito boa (valores elevados de alfa de Cronbach): *comparação com pares* ($\alpha = 0,94$) e *comparação com modelos* ($\alpha = 0,96$) (Ferreira et al., 2011).

No presente estudo a consistência interna da ECSAF relativamente à escala global é considerada muito boa, com valores do alfa de Cronbach de 0,95. Quanto às subescalas, a consistência interna obtida também foi muito boa, tendo-se obtido valores elevados de alfa de Cronbach em ambas as subescalas: *Comparação com pares* ($\alpha = 0,91$) e *comparação com modelos* ($\alpha = 0,92$) (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.5. Escala de impulso para a muscularidade (EIM; *Drive for Muscularity Scale/DMS*; McCreary, 2007; Versão portuguesa de Marques, Chicau, Pereira, Castilho, Moreira, Correia, Almeida, Gonçalves, Jorge e Coutinho, 2014)

A EIM /DMS é uma escala que avalia em que medida um conjunto de comportamentos e atitudes descrevem os inquiridos, e a frequência com que se sentem e agem de certa forma. Pode ser administrada a homens e mulheres e contém 15 itens cotados inversamente numa escala de Likert de 1 (sempre) a 6 (nunca). No final, são somadas todas as respostas para calcular a pontuação total (McCreary, 2007).

McCreary (2007) mencionou a falta de variância do item 10 (relativo ao uso de esteroides anabolizantes), referindo que este poderia comprometer a fidelidade da escala e por esse motivo eliminou-o. No entanto, alertou os autores interessados em validar o instrumento que o item pode ter variabilidade suficiente, apresentando uma correlação item-total corrigida aceitável, permitindo mantê-lo. Numa análise fatorial, McCreary e colaboradores (2004) encontraram uma estrutura unifatorial mas, também, dois fatores de segunda ordem: Atitudes face à imagem corporal focadas na muscularidade (itens 1,7,9,11,13,14,15) e Comportamentos focados na muscularidade (itens 2,3,4,5,6,8 e 12).

A DMS tem uma fidelidade aceitável (versão de 15 ou 14 itens, eliminando o item 10), com respondentes do sexo masculino (alfas de Cronbach entre 0,85 e 0,91). As correlações item-total corrigidas variaram entre 0,37 e 0,65. A DMS possui validade de constructo, concorrente, convergente e discriminante (McCreary, 2007). Na sua versão portuguesa, encontrou-se um alfa de Cronbach bom (0,87) (Marques et al., 2014).

No presente estudo, a EIM apresentou uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach da totalidade dos itens foi de $\alpha = 0,93$). (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.6. Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States/POMS; McNair, Lorr e Droppleman, 1971; Versão Portuguesa de Azevedo, Silva e Dias, 1991)

O POMS é um inventário de autorelato, de fácil utilização, que avalia estados transitórios e flutuantes de humor, nos indivíduos, muito utilizado na área da psicologia para avaliar os estados emocionais e os estados de humor (e a sua variação). Portanto, a sua versão original foi construída com o objetivo de avaliar variações dos estados de humor em populações psiquiátricas. Contudo, a sua utilização estendeu-se a populações não clínicas. Um dos contextos mais frequentes da sua utilização é o desportivo, sendo utilizado para medir variações emocionais associadas ao exercício e bem-estar psicológico, à imposição de cargas de treino em atletas ou aos momentos pré e pós-competitivos (Viana, Almeida e Santos, 2001).

O POMS é composto por uma lista de 65 adjetivos que descrevem sentimentos e emoções que as pessoas habitualmente experienciam. É solicitado ao sujeito que responda a cada item numa escala de 5 pontos de intensidade. A cada adjetivo corresponde uma escala tipo Likert com as seguintes opções: 0=de maneira nenhuma; 1=um pouco; 2=moderadamente, 3=muito; 4=muitíssimo. É solicitado aos indivíduos que leiam a lista de palavras e que assinalem a resposta que melhor descreve o modo como se têm sentido durante a última semana, incluindo hoje. Este instrumento mede seis dimensões de humor: Tensão-Ansiedade (T - 9 itens: 2, 10, 16, 20, 22, 26, 27, 34, 41); Depressão-Rejeição (D - 15 itens: 5, 9, 14, 18, 21, 23, 32, 35, 36, 44, 45, 48, 58, 61, 62); Cólera-Hostilidade (H - 12 itens: 3, 12, 17, 24, 31, 33, 39, 42, 47, 52, 53, 57); Vigor-Atividade (V -8 itens: 7, 15, 19, 38, 51, 56, 60, 63); Fadiga-Inércia (F - 7 itens: 4, 11, 29, 40, 46, 49, 65); Confusão-Desorientação (C - 7 itens: 8, 28, 37, 50, 54, 59, 64).

A nota total de cada subescala obtém-se pelos somatórios das cotações obtidas em cada um dos adjetivos que fazem parte da mesma. Todos os itens são cotados no mesmo sentido, exceto o 22 («Descontraído») e o 54 («Eficiente») que recebem pesos negativos nos cálculos das notas totais das subescalas. A subescala Vigor-Atividade traduz o Afeto Positivo. As restantes subescalas traduzem Afeto Negativo. Assim, o POMS pode constituir uma medida do afeto negativo e positivo. É possível calcular, também, a pontuação da Perturbação Total de Humor, que é uma estimativa do estado afetivo do humor, determinada com a fórmula: $T + D + H + (-V) + F + C$ (Azevedo et al., 1991). As pontuações mais elevadas do POMS traduzem mais Afeto Negativo.

Inicialmente, a versão experimental portuguesa incluía 103 adjetivos (Azevedo et al., 1991). Contudo, após ter sido administrada a quatro grupos de populações ($n = 353$ de ambos os sexos; idades = 15 - 69 anos, $M = 30,3$; $DP = 11,1$), os adjetivos que revelaram coeficientes de correlação mais elevados com o total de cada subescala foram selecionados para formar a escala total de 65 itens. As correlações de cada subescala com a nota total foram elevadas (próximos de $\alpha = 0,90$), excecpto para a subescala “Vigor- Atividade” ($\alpha = -0,399$).

No presente estudo, a consistência interna foi calculada através do alfa de Cronbach da totalidade dos itens, apresentando consistência interna muito boa (valor total de $\alpha = 0,94$). A consistência interna também se revelou muito boa para a subescala Cólera-Hostilidade ($\alpha = 0,91$). No caso das subescalas Depressão-Rejeição ($\alpha = 0,90$) e Fadiga-Inércia ($\alpha = 0,86$), a consistência interna apresentou-se boa. No caso das subescalas Tensão-Ansiedade ($\alpha = 0,79$) e Vigor-Atividade ($\alpha = 0,77$), esta mostrou-se apenas razoável. Por fim, a subescala Confusão-Desorientação obteve uma consistência interna inadmissível ($\alpha = 0,59$) (Pestana e Gageiro, 2008).

2.3.Amostra

A amostra deste estudo ficou composta por 56 indivíduos do sexo masculino. A amostra foi recolhida presencialmente num ginásio da Marinha Grande, tendo 15 sujeitos (27,8%) preenchido o protocolo em papel e 41 sujeitos (73,2%) preenchido o mesmo protocolo *online*. Esta pode ser considerada uma amostragem aleatória simples, não probabilística. Os sujeitos apresentaram idades compreendidas entre os 20 e os 63 anos ($M = 37,02$; $DP = 9,31$), mediam entre 1,48 e 2 metros de altura e pesavam entre 79 e 110 kg. A maior parte dos sujeitos da amostra tinha o ensino secundário ($n = 26$; 46,4%), seguindo-se a licenciatura ($n = 21$; 37,5%), mestrado ($n = 8$; 14,2%) e o 6º ano ($n = 1$; 1,8%). Quanto à satisfação com a imagem corporal a maior parte disse-se satisfeito com a imagem ($n = 29$; 51,8%), seguindo-se os que referiram não gostar de algumas partes do corpo ($n = 18$; 32,1%) e os que gostariam de perder peso ($n = 9$; 16,1%). No que respeita ter ou não excesso de peso ou peso abaixo do normal em criança ou adolescente, mais de metade dos indivíduos respondeu que não tinha problemas com o peso ($n = 36$; 64,3%), enquanto os restantes afirmaram ter tido ($n = 20$; 35,7%). Dos sujeitos que reponderam afirmativamente a esta questão, a maioria referiu ter tido excesso de peso ($n = 14$; 60%), sucedendo-se os que tinham magreza excessiva ($n = 4$; 20%) e os que eram obesos ($n = 2$; 10%). Quanto aos cuidados com a

alimentação, a maior parte dos indivíduos respondeu possuir cuidados especiais ($n = 32$; 57,1%). Entre estes, a mesma percentagem referiu fazer dietas para perder ($n = 10$; 34,5%) e manter o peso ($n = 10$; 34,5%), seguindo-se os que tomam suplementos alimentares ($n = 7$; 24,1%) e os que fazem dietas para aumentar o peso ($n = 2$; 6,9%).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

		<i>n</i>	%
Idade		<i>M(DP)</i>	Varição
		37,02 (9,31)	20-63
	Total	56	100
Peso Atual		<i>M(DP)</i>	Varição-
		79 (12)	56-110
	Total	56	100
Altura Atual		<i>M(DP)</i>	Varição-
		1,79 (51,96)	1,48-2,00
	Total	56	100
Habilitações Literárias			
	6º ano	1	1,8
	12ºano	26	46,4
	Licenciatura	21	37,5
	Mestrado/Doutoramento	8	14,2
	Total	56	100
Satisfação com a sua imagem corporal			
	Sim	29	51,8
	Não, gostaria de aumentar de peso	0	0,0
	Não, gostaria de perder peso.	9	16,1
	Não gosto de partes do corpo	18	32,1
	Total	56	100
Excesso de peso ou peso abaixo do normal em criança/adolescente	Sim	20	35,7
	Não	36	64,3
Qual?			
	Obesidade	2	10
	Excesso de Peso	14	60
	Magreza	4	20
	Total	56	100
Cuidado especial com a alimentação	Sim	32	57,1
	Não	24	42,9
Se sim:			
	Perder peso	10	34,5
	Manter o peso	10	34,5
	Aumentar o peso	2	6,9
	Suplementos energéticos	7	24,1
	Total	56	100

Nota: n = número de sujeitos da amostra; M = Média; DP = Desvio Padrão; % = percentagem; *Min.* = Mínimo; *Máx.* = Máximo

2.4. Análise estatística

Para realizar as análises estatísticas utilizou-se o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows. Procedeu-se à análise dos valores de alfa de Cronbach, interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): inferior a 0,6 inadmissível; entre 0,6 e 0,7 fraca; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; superior a 0,9 muito boa. Analisou-se a normalidade da distribuição da amostra, através do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov, concluindo-se a amostra apresenta uma distribuição normal ($p > 0,05$). Em relação aos valores da assimetria e curtose, nenhuma variável apresentou valores com indicadores de violação grave das regras da normalidade. Refira-se, que para esta amostra, os valores da assimetria variaram entre -1,61 e 2,4 e da curtose entre -3,83 e 4,24.

Calcularam-se os valores de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) obtidos nas escalas e subescalas dos questionários utilizados neste estudo. No estudo das associações entre as variáveis que são apresentadas neste estudo e em todas as dimensões, foi utilizado o teste das correlações de Pearson. Para a análise da magnitude destas correlações utilizámos os critérios de Cohen (citado por Pallant, 2007, p.132): correlações fracas (0,10); moderadas (0,30) e elevadas (0,50). Foi utilizado o teste *t* de Student nas amostras independentes para calcular diferenças entre os grupos em relação às seguintes variáveis: satisfação com a imagem corporal, cuidado especial com a alimentação e problemas com o peso em criança/adolescente. Para explorar estas diferenças, considerando a variável idade, foi utilizado o teste *One-Way* ANOVA.

3. Resultados

3.1. Correlações entre as variáveis centrais do estudo

Na Tabela 2 observamos as associações entre os estados de humor (POMS), o autocrítico (FSCRS), o impulso para a muscularidade (EIM) e a comparação social e aparência física (ECSF). Destaca-se que o autocrítico total evidenciou associações estatisticamente significativas com quase todas as dimensões do Perfil dos Estados de Humor (POMS), exceto com as dimensões Vigor-Atividade (V) e Fadiga- Inércia (F). Assinalamos correlações positivas de magnitude moderada entre as dimensões que se destacam a negrito, nomeadamente entre o autocrítico total e estados de humor total e dimensões (T) Tensão-Ansiedade, (D) Depressão – Rejeição, (H) Cólera-Hostilidade e

(C) Confusão-Desorientação. Assim, sempre que o autocriticismo mostrou aumentar, alguns estados do humor tenderam a aumentar também.

A dimensão *eu-inadequado* do autocriticismo (FSCRS) correlacionou-se positivamente com quase todas as dimensões do POMS. Destaca-se a correlação de magnitude elevada com a Depressão-Rejeição, seguindo-se as de magnitude moderada com o POMS Total e dimensões Tensão-Ansiedade, Cólera-Hostilidade e Confusão-Desorientação. Quanto mais os sujeitos revelaram sentir inadequação, mais experimentaram estados emocionais de infelicidade, ansiedade, irritação e confusão. Em relação ao *eu-tranquilizador* do autocriticismo, apenas se correlacionou positivamente com a dimensão Vigor-Atividade do POMS, numa magnitude moderada. Indivíduos com capacidade de se confortar perante os fracassos, experimentaram mais estados emocionais de alegria e ânimo.

Quanto à Escala de Comparação Social e Aparência Física (ECSAF), apenas a dimensão Comparação com colegas se correlacionou de forma positiva com a dimensão Vigor-Atividade do POMS, com uma magnitude fraca. Quanto mais os indivíduos se comparam fisicamente com colegas ou amigos, mais estados emocionais de ânimo experimentam. Por fim, a aceitação da imagem corporal (BIAAQ) não revelou associações significativas com nenhuma dimensão do POMS.

Tabela 2

Correlação entre estados do humor e autocriticismo, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social

	POMS Total	T	D	H	V	F	C
FSCRS Total	0,389**	0,336*	0,373**	0,380**	0,048	0,174	0,395**
Eu Inadequado	0,373**	0,335**	0,525**	0,490**	-0,234	0,242	0,370**
Eu Tranquilizador	-0,031	-0,109	0,219	-0,236	0,445**	-0,163	-0,002
EIM	-0,203	-0,239	-0,054	-0,169	-0,220	-0,091	-0,065
AFM	-0,266*	-0,344**	-0,145	-0,242	-0,058	-0,243	-0,197
CFM	-0,114	-0,077	-0,005	-0,098	-0,344**	0,078	0,075
BIAAQ	0,145	0,260	0,224	0,148	-0,108	0,116	0,207
ECSAF	0,040	-0,081	-0,062	-0,032	0,237	-0,051	0,008
CC	0,045	-0,039	-0,127	-0,054	0,293*	-0,063	-0,001
CM	0,034	-0,117	-0,006	-0,036	0,159	-0,028	0,038

Notas: *p* = nível de significância (**p* < 0,05; ***p* < 0,01); POMS = Perfil de Estados de Humor; T = Tensão-Ansiedade; D = Depressão-Rejeição; V = Vigor-Atividade; F = Fadiga-Inércia; H = Cólera-Hostilidade; C = Confusão-Desorientação; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização; EIM = Escala de Impulso para a Muscularidade; AFM = Atitudes focadas na Muscularidade; CFM = Comportamentos focados na Muscularidade BIAAQ = Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal; ECSAF = Escala de Comparação Social e Aparência Física; CC = Comparação com colegas; CM = Comparação com Modelos.

Na Tabela 3, assinalamos a correlação positiva entre as dimensões que se destacam a negrito, nomeadamente uma associação positiva entre o autocriticismo total (FSCRS) com a aceitação em relação à imagem corporal (BIAAQ) e entre a dimensão *eu*

inadequado da FSCRS com a BIAQQ. À medida que os sentimentos de inadequação mostraram aumentar nestes indivíduos, mais inflexíveis mostraram ser em relação à imagem corporal. Destacamos, também, uma correlação positiva entre o *eu tranquilizador* do autocrítico com a comparação social e aparência física (ECSAF total) e com a sua dimensão Comparação com colegas. Quanto mais os sujeitos se compararam com amigos e colegas, mais compassivos foram em relação a si próprios.

O impulso para a muscularidade total (EIM total) correlacionou-se positivamente, com magnitude elevada, com ambas as suas dimensões, Atitudes focadas na muscularidade (AFM) e Comportamentos focados na muscularidade (CFM). Este impulso apresentou correlações negativas de magnitude fraca com a aceitação da imagem corporal (BIAAQ) e moderada com a dimensão AFM. Quanto maiores os níveis deste impulso e quanto maiores as atitudes focadas na muscularidade, menor a flexibilidade psicológica com a imagem corporal destes indivíduos.

Quanto à ECSAF total, esta correlacionou-se positivamente com magnitude elevada, com as suas dimensões Comparação colegas e Comparação com Modelos.

Tabela 3

Correlação entre autocrítico, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social e aparência física

	EIM	AFM	CFM.	BIAAQ	ECSAF	CC	CM
FSCRS	-0,148	-0,177	-0,116	0,521**	0,011	0,046	-0,045
Eu Inadequado	-0,075	-0,191	0,031	0,489**	-0,219	-0,225	-0,208
Eu Tranquilizador	-0,072	0,043	-0,216	0,057	0,264*	0,373**	0,162
EIM	-	-	-	-	-	-	-
AFM	0,897**	-	-	-	-	-	-
CFM	0,864**	0,590**	-	-	-	-	-
BIAAQ	-0,299*	-0,373**	-0,195	-	-	-	-
ECSAF	0,066	0,168	-0,117	-0,038	-	-	-
CC	0,043	0,142	-0,096	-0,009	0,930**	-	-
CM	0,110	0,188	-0,092	-0,104	0,937**	0,767**	-

Notas: *p* = nível de significância (**p* < 0,05; ***p* < 0,01); *t* = Teste *t* de Student; FSCRS = Escala das Formas do *Autocrítico* e de Autotranquilização; EIM = Escala de Impulso para a Muscularidade; AFM = Atitudes focadas na Muscularidade; CFM = Comportamentos focados na Muscularidade; BIAAQ = Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal; ECSAF = Escala de Comparação Social e Aparência Física; CC = Comparação com colegas; CM = Comparação com Modelos

3.2. Análise da variância

Analísamos as diferenças nas principais variáveis do estudo (estados do humor, *autocrítico*, impulso para a muscularidade, aceitação relativamente à imagem corporal e comparação social e aparência física) em função da satisfação com a imagem corporal, utilizando o Teste *t* de Student para amostras independentes (Tabela 4).

Foram identificadas duas diferenças estatisticamente significativas nos estados do humor em função da satisfação com a imagem corporal (*t* = -0,574; *p* = 0,044), com os homens que responderam não estar satisfeitos com a imagem corporal (*M* = 75,70; *DP* =

30,07) a possuírem níveis maiores de Perturbação de Humor do que os que responderam estar satisfeitos ($M=71,66$; $DP=21,71$). Outra diferença estatisticamente significativa foi identificada na Confusão-desorientação do Perfil dos Estados de Humor ($t = -0,079$; $p = 0,019$). Os indivíduos insatisfeitos com a sua imagem ($M = 7,19$ $DP = 4,07$), mostraram sentir mais confusão e desorientação comparativamente aos homens que se sentem que se consideram satisfeitos com a sua imagem corporal ($M = 6,45$; $DP = 2,66$).

Tabela 4

Análise de variância dos estados de humor, autocrítico, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social e aparência física em função da Satisfação com a imagem corporal

	Sim		Não		p	t
	M	DP	M	DP		
TOTAL POMS	71,66	21,71	75,70	30,07	0,044*	-0,574
Tensão- Ansiedade (T)	9,72	4,38	10,15	5,72	0,101	-0,312
Depressão-Rejeição (D)	7,34	7,29	9,00	8,99	0,450	-0,759
Cólera- Hostilidade (H)	7,72	6,97	7,89	7,69	0,364	-0,084
Vigor- Atividade (V)	17,52	6,27	17,07	5,26	0,413	0,285
Fadiga- Inércia (F)	5,72	4,54	7,04	5,59	0,107	-0,967
Confusão- Desorientação (C)	6,45	2,66	7,19	4,07	0,019*	-0,79
TOTAL FSCRS	31,83	9,34	35,33	8,81	0,657	-1,442
Eu Inadequado	10,38	7,37	15,00	8,20	0,530	-2,219
Eu Tranquilizador	20,07	5,23	18,59	5,19	0,406	1,058
TOTAL EIM	71,55	15,41	68,59	14,21	0,341	0,745
AFM	32,52	7,99	29,22	7,53	0,873	1,584
CFM	39,03	8,79	39,37	8,20	0,380	-0,147
TOTAL BIAAQ	25,28	16,83	31,48	17,81	0,801	-1,340
TOTAL ECSAF	133,79	27,66	122	25,54	0,412	1,654
Comparação colegas	72,45	15,12	66,81	12,02	0,282	1,535
Comparação modelos	61,34	14,16	55,19	14,98	0,628	1,582

*Nota: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = Teste t de Student; p = nível de significância (*p < 0,05); POMS = Perfil de Estados de Humor; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização; EIM = Escala de Impulso para a Muscularidade; AFM = Atitudes focadas na Muscularidade; CFM = Comportamentos focados na Muscularidade BIAAQ = Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal; ECSAF = Escala de Comparação Social e Aparência Física*

Quanto às diferenças em função do Cuidado especial com alimentação (Tabela 5), foram identificadas diferenças com significância estatística na dimensão Confusão-desorientação do POMS ($t = -2,311$; $p = 0,038$), com os sujeitos que referiram não ter cuidados especiais com a alimentação ($M = 8,04$; $DP = 4,03$) a sentirem-se mais baralhados, confusos e desorientados (maior afeto negativo) do que os que referiram ter estes cuidados ($M = 5,88$; $DP = 2,55$). Também no impulso para a muscularidade foi encontrada uma diferença, em função desta variável ($t = -2,170$; $p = 0,035$). Os homens

que mencionaram não ter cuidados com a alimentação ($M = 74,63$; $DP = 10,15$) mostraram maior impulso para muscularidade relativamente aos que referiram ter cuidados com a sua alimentação ($M = 66,75$; $DP = 16,85$). No BIAAQ também foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($t = 2,954$; $p = 0,011$), com os sujeitos que responderam ter cuidados com a alimentação ($M = 33,34$; $DP = 20,77$) a possuírem maior inflexibilidade com a sua imagem corporal, comparativamente aos que responderam não ter cuidados especiais ($M = 21,50$; $DP = 7,87$).

Tabela 5

Análise de variância dos estados de humor, autocrítico, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação social e aparência física em função do Cuidado especial com alimentação

	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>p</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
TOTAL POMS	67,56	20,89	81,67	29,98	0,110	-2,075
Tensão- Ansiedade (T)	9,19	4,31	10,92	5,81	0,235	-1,279
Depressão-Rejeição (D)	5,910	5,861	11,13	9,76	0,059	-2,489
Cólera- Hostilidade (H)	6,22	5,9	9,92	8,43	0,086	-1,931
Vigor- Atividade (V)	17,81	5,33	16,63	6,34	0,399	0,760
Fadiga- Inércia (F)	4,94	4,29	8,25	5,5	0,054	-2,535
Confusão- Desorientação (C)	5,88	2,55	8,04	4,03	0,038*	-2,311
TOTAL FSCRS	34,69	9,58	31,96	8,56	0,939	1,103
Eu Inadequado	12,56	8,78	12,67	7,17	0,477	-0,047
Eu Tranquilizador	20,28	4,93	18,13	5,46	0,708	1,548
TOTAL EIM	66,75	16,85	74,63	10,15	0,035*	-2,170
AFM	29,72	8,80	32,54	6,29	0,055	-1,335
CFM	37,03	9,58	42,08	5,59	0,059	-2,301
TOTAL BIAAQ	33,34	20,77	21,5	7,87	0,011*	2,954
TOTAL ECSAF	129,22	31,14	126,63	21,04	0,143	0,352
Comparação colegas	70,66	15,87	68,5	10,89	0,109	0,571
Comparação modelos	58,56	16,91	58,13	11,64	0,268	0,268

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *t* = Teste *t* de Student; *p* = nível de significância (* $p < 0,05$); POMS = Perfil de Estados de Humor; FSCRS = Escala das Formas do *Autocrítico* e de Autotranquilização; EIM = Escala de Impulso para a Muscularidade; AFM = Atitudes focadas na Muscularidade; CFM = Comportamentos focados na muscularidade; BIAAQ = Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal; ECSAF = Escala de Comparação Social e Aparência Física

Relativamente às diferenças nas variáveis centrais em função da variável problemas com o peso em criança/adolescente (Tabela 6), apenas se destacam duas diferenças com significância estatística no POMS total ($t = -0,182$; $p = 0,032$), com os sujeitos que expressaram não ter tido problemas com o peso em criança/adolescente ($M = 74,03$; $DP = 29,36$), a possuírem maiores níveis de perturbação do humor comparativamente com os que expressaram ter tido problemas com o peso ($M = 72,85$; $DP = 18,84$). A outra

diferença identificada foi na BIAAQ ($t = 1,411$; $p = 0,027$): os sujeitos que tiveram problemas com o peso em tenra idade ($M = 33,05$; $DP = 20,76$) apresentaram mais inflexibilidade no que respeita à imagem corporal, em comparação àqueles que expressaram não ter tido problemas com o seu peso ($M = 25,61$; $DP = 14,95$).

Tabela 6

Análise de variância dos estados de Humor, autocrítico, impulso para a muscularidade, aceitação da imagem corporal e comparação Social e aparência física em função da variável problemas de peso em criança/adolescente

	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>p</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
TOTAL POMS	72,85	18,84	74,03	29,36	0,032*	-0,182
<i>Tensão- Ansiedade (T)</i>	9,85	5,01	9,97	5,11	0,815	-0,086
<i>Depressão-Rejeição (D)</i>	7,05	7,31	8,75	8,57	0,772	-0,747
<i>Cólera- Hostilidade (H)</i>	6,90	5,73	8,31	8,02	0,172	-0,690
<i>Vigor- Atividade (V)</i>	18,85	5,42	16,44	5,83	0,862	1,515
<i>Fadiga- Inércia (F)</i>	5,55	3,92	6,81	5,61	0,062	-0,886
<i>Confusão- Desorientação (C)</i>	6,65	2,99	6,89	3,65	0,422	-0,249
TOTAL FSCRS	33,55	7,35	33,50	10,15	0,161	0,019
<i>Eu Inadequado</i>	12,50	8,83	12,67	7,72	0,446	-0,073
<i>Eu Tranquilizador</i>	19,55	6,08	19,25	4,77	0,146	0,204
TOTAL EIM	67,95	18,01	71,33	12,77	0,422	-0,818
<i>AFM</i>	29,70	8,13	31,61	7,77	0,670	-0,867
<i>CFM</i>	38,25	10,70	39,72	7,00	0,287	-0,622
TOTAL BIAAQ	33,05	20,76	25,61	14,95	0,027*	1,411
TOTAL ECSAF	131,85	32,09	126,03	24,10	0,139	0,768
Comparação colegas	73,25	15,68	67,78	12,59	0,282	1,426
Comparação modelos	58,25	17,73	58,25	13,09	0,106	0,000

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *t* = Teste *t* de Student ; *p* = nível de significância (* $p < 0,05$); POMS = Perfil de Estados de Humor; FSCRS = Escala das Formas do *Autocrítico* e de *Autotranquilização*; EIM = Escala de Impulso para a Muscularidade; AFM = Atitudes focadas na Muscularidade; CFM = Comportamentos focados na muscularidade; BIAAQ = Escala de Aceitação e Ação da Imagem Corporal; ECSAF = Escala de Comparação Social e Aparência Física; CC = Comparação com Colegas; CM = Comparação com Modelos

Para estudar as diferenças nos instrumentos em função da variável idade dos praticantes de exercício físico, aplicou-se o Teste *Oneway* ANOVA (foram criados três grupos: 20-34 anos; 35-49 anos; 50-64 anos). Contudo, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas variáveis em estudo (Tabela 7; Apêndice 1).

Discussão

No presente estudo, observamos que existem resultados com significância estatística na maioria dos construtos estudados.

Tal como Gilbert e colaboradores (2004) defenderam, o autocrítico atua como um sinal interno de hostilidade. Este sinal leva o sujeito a sentir-se atormentado pelas suas próprias críticas e ataques, o que provoca um sentimento de derrota e submissão, contribuindo para a resposta psicopatológica. O mesmo autor sugeriu que o medo da avaliação dos outros ou os sentimentos de fracasso dão origem ao afeto negativo. Relativamente aos estados de humor, destacamos as associações significativas positivas entre quase todas as suas dimensões (exceto em Vigor-Atividade e Fadiga-Inércia) e o autocrítico. Desta forma, quando aumentou o autocrítico (total e eu inadequado), aumentaram os níveis de perturbação do humor. A dimensão eu-inadequado do autocrítico correlacionou-se positivamente com as dimensões do POMS Depressão-Rejeição, Tensão-Ansiedade, Cólera-Hostilidade e Confusão-Desorientação, ou seja mais estados emocionais negativos. Assim, quanto mais os sujeitos expressaram sentir inadequação, mais experimentaram, também, estados emocionais de infelicidade, ansiedade, irritação e confusão. Estes resultados corroboram a literatura, na medida em que vários autores referem que o autocrítico pode levar a um desajustamento emocional e a diversas perturbações psicopatológicas e a sofrimento emocional (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald e Zuroff, 1982; Blatt e Zuroff, 1992; Gilbert e Irons, 2005; Walter, Bulick, Thornton, Barbarich e Masters, 2004; Zuroff, Moskowitz e Cote, 1999). Estes resultados fazem todo sentido, na medida em que, sendo a resposta autocrítica ao fracasso um mecanismo de regulação emocional mal adaptativo, é expectável que os indivíduos com elevados níveis de autocrítico não consigam lidar com as suas próprias críticas e ataques e, por isso, desenvolvam sintomas psicopatológicos ou experimentem estados emocionais negativos.

Em compensação, a dimensão *eu-tranquilizador* do autocrítico (que se foca na autocompaixão, na autocompreensão perante os insucessos e fracassos e nos aspetos positivos do eu), sendo descrita como um estilo de *coping* e de autorregulação focado em aspetos e positivos do sujeito memórias do eu, ativando a autotranquilização e a autossegurança (Gilbert et al., 2004) correlacionou-se, de forma positiva, com a dimensão Vigor-Atividade do POMS. Ou seja, os indivíduos com capacidade de se reconfortarem perante os seus fracassos, experimentaram mais estados emocionais de alegria e de ânimo.

Respeitante à associação entre os estados de humor e a comparação social e aparência física, apenas se verificou correlação significativa da comparação com

colegas (ECSAF) com a dimensão Vigor-Atividade. Quanto mais os indivíduos mostraram comparar-se fisicamente com colegas ou amigos, mais estados emocionais de ânimo mostraram, também, experimentar. Tal como afirmaram Smith , Murphy e Coats (1999), se os indivíduos têm como modelos os membros do seu grupo de pares aos quais se associam afetivamente, podem experienciar mais sentimentos de segurança e autoestima. As comparações ascendentes, em que o indivíduo avalia as características das pessoas com quem se compara como sendo superiores às suas, podem ajudar o sujeito a melhorar e a progredir (Bunnk e Gibbons, 2007).

Assim, é compreensível que os indivíduos que se comparam com os seus pares, ou seja, com pessoas mais próximas, e que se percebem como pertencentes a um grupo, revelem um estilo de vinculação segura. É também esperado que estes sujeitos que se tentam aperfeiçoar e prosperar, experimentem estados emocionais mais positivos.

Relativamente à comparação social e à aceitação da imagem, verificaram-se as associações descritas já por Ferreira (2011) entre a flexibilidade da imagem corporal e as variáveis de *ranking* social, comprovando o papel dos processos de comparação social como relevantes aspetos na vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia alimentar.

Quanto ao constructo autocriticismo, assinalamos a correlação positiva entre a dimensão *eu inadequado* e a aceitação com da imagem corporal. Deste modo, à medida que os sentimentos de inadequação aumentaram nestes indivíduos, mais inflexíveis estes mostraram ser em relação à sua imagem corporal. Estes resultados corroboram a investigação de Ferreira (2011) que demonstrou que as mulheres que manifestam uma atitude crítica perante as suas falhas ou inadequações, apresentam maiores níveis de sofrimento, tornando-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de um comportamento alimentar perturbado. Este resultado é expectável, partindo-se do pressuposto de que quanto maior a severidade das críticas que o indivíduo profere a si mesmo, mais rígidos serão os padrões de pensamento em relação às suas formas corporais e às suas atitudes alimentares.

Na presente investigação destaca-se uma correlação positiva entre o *eu-tranquilizador* do autocriticismo com a comparação social e aparência física, mais especificamente com sua dimensão comparação com colegas. Isto quer dizer que quanto mais os sujeitos se compararam com amigos e colegas, mais compassivos são em relação a si próprios perante as suas falhas. De facto, a literatura postula que o grupo de

pares funciona como fonte de suporte emocional e conforto, proporcionando um estado de segurança e tranquilidade ao sujeito, especialmente quando este enfrenta momentos ou situações indutoras de stress (Hazan e Zeifman, 1999). Este resultado é compreensível à luz da ideia de que, quando o indivíduo se compara com os seus pares, percecionando-se como um ser socialmente aceite, poderá também aceitar-se a si mesmo, sendo mais compreensivo e compassivo relativamente às suas falhas e imperfeições.

O impulso para a muscularidade, na sua forma total e a sua dimensão atitudes focadas para muscularidade, apresentou correlações negativas com a aceitação da imagem corporal. Isto significa que, quanto maiores os níveis de impulso para a muscularidade e quanto maiores as atitudes focadas na muscularidade, menor é a flexibilidade psicológica com a imagem corporal destes indivíduos. Tal como é descrito na literatura, o impulso para a muscularidade associa-se aos comportamentos de risco para perturbações do comportamento alimentar, baixa autoestima e grau de comprometimento psicológico ao exercício físico. A insatisfação por não ter músculos suficientes, bem como inflexibilidade psicológica em relação à sua imagem pode levar os homens a assumirem atitudes mais negativas em relação ao exercício físico, podendo em casos extremos contribuir para o aparecimento perturbações psicológicas como a Dismorfia Muscular (Chittester e Hausenblas, 2009).

A insatisfação do indivíduo com a sua aparência corporal, pode ser compreendida como uma perceção negativa, transmitida através daquilo que o mesmo pensa sobre as suas formas corporais. Esta insatisfação é avaliada pela discordância entre a sua imagem corporal atual e aquela que idealiza (Vieira, Dantas, Lacerda e Novaes, 2005). Devido à elevada pressão social para atingir o padrão de beleza ideal, os sujeitos são fortemente influenciados na forma como percebem e avaliam o seu próprio corpo. A ambição de conseguir atingir este padrão de beleza e a impotência de tornar esse desejo real provoca sentimentos de insatisfação com a imagem corporal (Martins e Petroski, 2015).

Na presente investigação, quando se analisaram as diferenças nas principais variáveis do estudo em função da satisfação com a imagem corporal, foram identificadas apenas duas diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a imagem corporal e os estados do humor. Estes resultados mostram que os homens que não mostraram estar satisfeitos com a sua imagem corporal, revelaram, também, possuir maiores níveis de perturbação do humor do que os que estavam

satisfeitos. A outra diferença estatisticamente significativa foi identificada na dimensão Confusão-Desorientação do POMS, com indivíduos insatisfeitos com a sua imagem, a sentirem-se mais esquecidos, desconcentrados e baralhados, comparativamente aos homens que se sentem satisfação com a sua imagem. Assim, é naturalmente possível supor que, se as pessoas não sentem bem consigo próprias, especificamente com a sua imagem corporal, naturalmente experimentarão mais emoções e estados humor negativos

Embora a restrição alimentar possa ter um impacto positivo a curto prazo, a médio/longo prazo, a dieta pode ter imensas consequências negativas a nível biológico, cognitivo e comportamental (Wilson, 2002). No presente estudo, no que respeita às diferenças em função do cuidado especial com alimentação, foram identificadas diferenças com significância estatística na dimensão Confusão-Desorientação do POMS sendo que os sujeitos que não tinham cuidados especiais com a alimentação se sentiam mais confusos, baralhados e desorientados do que os que não tinham. Outra diferença foi encontrada: os homens que não tinham cuidados com a sua alimentação possuíam maior impulso para muscularidade relativamente aos que tinham cuidados com a sua alimentação. Outra diferença, foi ainda identificada na flexibilidade da imagem corporal em função desta variável, comprovando que os sujeitos que responderam ter cuidados com a alimentação possuíam mais inflexibilidade com a sua imagem corporal, comparativamente aos que não responderam não ter cuidados especiais. Procurando uma leitura destes resultados, podemos supor que, se os sujeitos se depararem com percepções, pensamentos e sentimentos negativos associados ao peso e à imagem corporal, os mesmos poderão procurar diminuir os estados emocionais negativos associados a tais experiências através de padrões rígidos de pensamento, através de comportamentos alimentares mal adaptativos, isto é, através da rigidificação da sua alimentação.

Um dos fatores de risco associados às PCAs é o aumento de peso e de gordura localizada, bem como as modificações corporais que podem ocorrer na adolescência (Machado, 2010). A presente investigação demonstrou que existem diferenças em função da variável problemas com o peso em criança/adolescente, destacando-se duas diferenças com significância estatística. Uma destas diferenças é no POMS total, sendo que os sujeitos que não tiveram problemas com o peso em criança/adolescente, mostraram possuir maiores níveis de perturbação do humor comparativamente com os

que tiveram problemas com o peso. A outra diferença identificada foi na aceitação da imagem corporal, com os sujeitos que tiveram problemas com o peso em tenra idade, a possuir mais inflexibilidade psicológica no que respeita à sua imagem corporal, por comparação com os que não tiveram problemas com o seu peso. Ora, o impacto que os problemas com peso em criança e/ou adolescente e a subsequente insatisfação com a imagem corporal, pode ser potenciado por percepções, pensamentos e sentimentos negativos e inflexíveis associados ao peso e imagem corporal, bem como a adoção de padrões alimentares perturbados.

Foi escolhido estudar o tema imagem corporal masculina, impulso para a muscularidade, estados de humor e mecanismos de auto regulação emocional em praticantes de exercício físico porque existem poucos trabalhos académicos sobre esta temática. Foi uma verdadeira surpresa, e ao mesmo tempo bastante preocupante, a falta de estudos sobre a relação entre a imagem corporal e as possíveis correlações com o impulso para a muscularidade, os estados de humor, a aceitação da imagem corporal, o autocriticismo e a comparação social em homens, e em contextos de prática de exercício físico. A este propósito, Assunção (2002) refere ser necessário haver mais estudos sobre a imagem corporal masculina, especificamente sobre dismorfia muscular, visto ser um quadro patológico que está associado a um grande sofrimento e que prejudica várias áreas do funcionamento do indivíduo.

A pouca ou nenhuma existência em Portugal de trabalhos científicos sobre o tema em análise criou uma limitação na comparação com outros estudos efetuados até agora. Porém, o mesmo facto estabelece a mais-valia do estudo, abrindo um conjunto de questões para futuras investigações, podendo constituir-se como um ponto de partida. Tendo esclarecido alguns aspetos, importa continuar a estudar a imagem corporal no sexo masculino, em Portugal, com vista a uma maior compreensão desta realidade, e no sentido de delinear medidas de prevenção e intervenção psicológica.

A interpretação dos resultados do estudo apresentado deve ter em conta algumas questões metodológicas. Em primeiro lugar, uma limitação desta investigação diz respeito ao seu desenho transversal que impede retirar conclusões em termos de causalidade, bem como ao tamanho da amostra que foi pequena. Paralelamente, a utilização de medidas de autorresposta poderá ser também um constrangimento a apontar neste estudo. Refira-se que outra possível limitação na interpretação dos resultados deste estudo, tem a ver com o contexto de recolha de dados. Isto é, uma vez

que os praticantes de exercício físico foram convidados a responder ao protocolo de investigação através de contactos informais, pode ter havido algum receio de serem totalmente sinceros nas suas respostas. Assim, é necessário colocar a hipótese de a deseabilidade social, aliada ao receio de não cumprimento do pressuposto do anonimato dos dados, poder ter enviesado de algum modo os resultados obtidos.

No sentido de melhor compreender esta problemática, no futuro poderá ser interessante realizar uma replicação deste estudo, comparando uma amostra de mulheres e homens, assim como comparando uma amostra de praticantes de modalidades específicas.

Refletindo sobre mais algumas implicações deste estudo, a partir das discussões apresentadas acima, ressalta-se a necessidade investir em pesquisas futuras sobre o tema, que conduzam a uma maior compreensão desta realidade e que ajudem a delinear medidas interventivas. Posto isto, será de extrema importância fazer um maior investimento no desenvolvimento de estratégias de prevenção, avaliação e intervenção, nomeadamente psicológica, junto de pessoas e populações vulneráveis, nomeadamente em contextos desportivos ou de competição.

Referências Bibliográficas

- Allan, S., e Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293–299. doi:10.1016/0191-8869(95)00086-L
- Amaral, V., Castilho, P. M. e Gouveia, J. P. (2010). A contribuição do autocrítico e da ruminação para o afeto negativo, *Psychologica*, 52(2),271-292. Obtido em <http://impactumjournals.uc.pt/psychologica/article/view/1057>
- Assunção, S. (2002). *Dismorfia muscular*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3) , 80-84. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700018>
- Azevedo, A.P., Ferreira, A.C., Silva, P.P., Da, Caminha, I.O. e Freitas, C.M.(2012). Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. *Motricidade*, 8(1), 53-66. Obtido em <https://dx.doi.org/10.6063/motricidade>.
- Azevedo, M. H., Silva, C. F. e Dias, M. R. (1991). O “Perfil de Estados de Humor”: Adaptação à População Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 12, 187-193.
- Balbino, G. (2015) Insatisfação corporal e o uso de esteroides anabólicos em homens praticantes de musculação. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado -

- Educação Física), Instituto de Biociências de Rio Claro, S. Paulo. Obtido em <http://hdl.handle.net/11449/136496>>.
- Blatt, S. e Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition. Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C. e Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.1.113>
- Bellew, R., Gilbert, P. Mills, A., McEwan, K. e Gale, C. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders*, 14, 313-322. doi:10.1080/10640260600796242
- Buscher, T. (2012). Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia : que contributo para a psicopatologia. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra. Obtido em <http://hdl.handle.net/10316/21819>
- Buunk, B. e Gibbons, F. (2007). Social Comparison: The end of a theory and the emergence of field. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 102(1), 3-21. doi:10.1016/jobhdp.2006.09.007
- Camargo, T., Costa, S., Uzunian, L. e Viebig, R. (2008). Vigorexia: Revisão dos aspetos atuais deste distúrbio de imagem. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 2(1), 1-15. Obtido em http://pepsic.bvsalud.org./scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452008000100003
- Carvalho, P.; Freitas, L. e Ferreira, M. (2016). Comparação Social, Insatisfação Corporal e Comportamento Alimentar em Jovens Adultos *Interação Psicológica*, 20 (2), 219-225. Obtido em <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/34784>
- Carvalho, P. Oliveira, F., Neves, C., Meireles, J., Lopes, V. e Ferreira, M. (2016). Busca pela muscularidade e variáveis associadas em adultos jovens. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 22(2), 118-121. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162202142544>.
- Castilho, P. e Pinto Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS).

- Psychologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 63-86. Obtido em <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1101/549>
- Chittester, N. e Hausenblas, H. (2009). Correlates of drive for muscularity: the role of anthropometric measures and psychological factors. *Journal of Health Psychology*, 14, 872-823. doi:10.1177/1359105309340986
- Corcoran, K., Crusius, J. e Mussweiler, T. (2011). Social comparison: motives, standards, and mechanisms. Em D. Chadee (Org.), *Theories in social psychology* (pp.119-139). Oxford, UK: Wiley-Blackwell. Obtido em http://soco.uni-koeln.de/docs/Corcoran_Crusius_Mussweiler_2011_Social_Comparison.pdf
- Costa, A., Torre, M. e Alvarenca, M. (2015). Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a imagem corporal de frequentadores de academia. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 29 (3), 453-464. Obtido em <http://dx.doi.org/101590/1807.55092015000300453>
- Dakanalis, Znetti, Riva, Colmegna., Volpato, Madeddu e Clerici (2013). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: moderating variables among men, *Journal of Health Psychology*, 20(1):80-90. doi: 10.1177/1359105313499198
- Damasceno, Lima, Vianna e Novaes (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11 (3), 181-186. Obtido em <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000300006>
- De Neve ,J. e Oswald, A. (2012) Estimating the influence of life satisfaction and positive affect on later income using sibling fixed effects. *Proceedings of National Academy Science of United States of America*, 109(49):19953-19958. Obtido em <https://doi.org/10.1073/pnas.1211437109>
- Driscoll, R. (1989). Self-condemnation: A comprehensive framework for assessment and treatment. *Psychotherapy:Theory, Research, Practice, Training*, 26(1), 104–111. doi:10.1037/h0085394.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234–252. doi:10.1037/0022-3514.84.1.234

- Fernandes, A., Viana, M., Liz, M. e Andrade, A. (2017). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de salud pública*, 19 (1), 66-72. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.47697>
- 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. Obtido em <http://hdl.handle.net/10316/20283>.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. e Duarte, C. (2011a). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological*, 11(3), 327–345. Obtido em <http://www.ijpsy.com/volumen11/num3/302/the-validation-of-the-body-image-acceptance-EN.pdf>
- Ferreira, C., Pinto- Gouveia e Duarte, C. (2011b). Desenvolvimento de uma Escala de Comparação Social através da Aparência Física: Estudo exploratório da estrutura fatorial e das propriedades psicométricas numa amostra feminina da população geral. *Psychologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 309-358. Obtido em http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_54_12
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. e Duarte, C. (2011c). Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.769
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes, *Human Relations*, 7(2), 117-140. Obtido em <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Figueiredo, A (2016). Ansiedade social em adolescentes: o papel da vergonha, do autocrítico e da autocompaixão no processamento pós-situacional. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra. Obtido em <http://hdl.handle.net/10316/3229969>
- Follette, V. M., Palm, K. M. e Rasmussen Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. Em S. Hayes, V. Follette e M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 192–208). New York: Guilford Press.
- Frank, R., Claumann, G., Pinto, A. , Cordeiro, P. , Felden, E. e Pelegrini, A.(2016) Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal em académicos de

- Educação Física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*;65(2):161-167.doi: 10.1590/0047-2085000000118
- Frederick, D., Buchanan, G., Sadehgi-Azar, L., Peplau, L., Haselton, M., Martie, G. e Lipinski, R. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body dissatisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8, 103-117. doi: 10.1037/1524-9220.8.2.103
- Freitas, P. (2011). Modelos de relação interna: autocríticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em <http://hdl.handle.net/10316/20464>
- Frois, E., Moreira, J. e Stengel, M. (2011). Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicologia em Estudo*, 1, 71-77. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a09v16n1.pdf>
- Gibbons, F. e Gerrad, M (1989). Effectes of Upward and Downward Social Comparasion on Mood States, *Journal of Social and Clinical Psychology*., 8 (1), 14-31. Obtido em <https://guilfordjournal.com/doi/abs/10.1521/jscp.1989.8.1.14>
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K.G. Bailey (Eds), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression* (3rd Eds). London: Sage.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. e Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi:10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., e Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Em P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.
- Hausenblas, H. e Downs, D. (2002) Relationship Among Sex, imagery, and Exercise Dependence Symptoms. *Psychology of Addictive Behavior*, 16, 169-72. Obtido em <http://psycnet.apa.org/record/2002-01321-013>

- Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M. e Wilson, K. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? Em S. Hayes e K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3–21). New York: Springer.
- Hazan, C., e Zeifman, D. (1999). Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence. Em J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 336–354). New York: Guilford.
- Heráclio, M; Rosana, C., Lima, I, (2017) Avaliação da insatisfação com a imagem corporal e a sua relação com a dismorfia muscular em universitários do curso de educação física. *XV Congresso Internacional de Tecnologia na Educação Brasil-Setembro de 2017, Recife. Obtido em <http://demo.cubo9.com.br/senac/pdf/poster/025.pdf>*
- Hobza, C. L. (2009). Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of ideal media portrayals on men. *Psychology of Men & Masculinity, 10*, 120-130. doi:10.1037/a0015040.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. e Pope, H. (2006). Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *American Journal of Psychiatry, 163*, 697-703. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.697
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. e Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy, 44*(9), 1301–1320. doi:10.1016/j.brat.2005.10.003
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. e Walser, R. D. (2007). The six core process of ACT and their common target. Em Luoma, J. B., Hayes, S. C. e Walser, R. D. (2007) *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for the therapist* (pp. 9-22).Oakland: New Harbinger Publications.
- Machado, B. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Braga. Obtido em <http://hdl.handle.net/1822/12065>
- Marques, M., Chicau, C., Pereira, A., Castilho, P., Moreira, A., Correia, ...Coutinho, D. (2014). Adaptação e validação da *Drive for Muscularity Scale* e associação entre o impulso para a muscularidade e o autocrítico, numa amostra de estudantes

- universitários do sexo masculino. *XV Jornadas SPPD 2014* (Trabalho Científico Original).
- Marques, M., Pimenta, J.; Reis, S; Ferreira, L.; Peralta, L.; Santos, M. I. Santos, S. e Santos, E. (2016). (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Nascer e Crescer*, 25(4), 217-221. Recuperado em 14 de fevereiro de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000600004&lng=pt&tlng=pt
- Martins, D., Nunes, M. e Noronha, A. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 94-105. Obtido em http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_10_numero_2/Psicologia_10_2-ok.artigo7.pdf
- Martins, C. e Petroski, E. (2015). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. *Motricidade*, 11(2), 94-106. Obtido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1646107X2015000200010
- McCabe, M. e Ricciardelli, L. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00129-6
- McCreary, D. e Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304. doi:10.1080/07448480009596271
- McCreary, D.R., Sasse, D.K., Saucier, D.M. e Dorsch, K. D. (2004). Measuring the drive for muscularity: Factorial validity of the Drive for Muscularity Scale in men and women. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 49-58. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.49>
- McCreary, D. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, psychometrics, and research findings. Em J. Thompson e G. Cafri (Eds.), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 87-106), Washington DC: American Psychological Association.
- McNair, D. M., Lorr, M., e Droppleman, L. F. (1971). *Edits Manual for the Profile of Mood States*. Educational and Industrial Testing Service, San Diego.
- Módolo, V. (2011). Dependência de exercício físico: efeito do exercício físico agudo realizado em diferentes intensidades no humor de atletas. Dissertação de Mestrado,

- Universidade Federal de São Paulo, 1-117 Obtido em <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/9301>
- Módolo, V., Mello, T., Gimenez, P., Tufik, S., Karen, H. e Antunes, M. (2009). Dependência de Exercício Físico: Humor, Qualidade de Vida em Atletas Amadores e Profissionais. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*, 15(5), 355-359. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n5/07.pdf>
- Mota, G. e Aguiar, E. (2011). Dismorfia Muscular: Uma nova síndrome em praticantes de musculação, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 9 (27), 49-56. Obtido em http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1340/986
- Olivardia, R. (2001). Mirror, morror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Revision Psychiatry*, 9(5), 254-259. Obtido em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/hrp.9.5.254.259>
- Olivardia, R., Pope, H., Borowiecki, J. e Cohane, G. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity, and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 112-120. doi:10.1037/1524-9220.5.2.112
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. England: McGraw-Hill Education-Open University Press.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5.ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pickett, T., Lewis, R. e Cash, T. (2005). Men, muscle, and body image: Comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 217-222. doi: 10.1136/bjism.2004.012013
- Piló, D. (2013). Autocriticismo, estima corporal e sintomas de perturbação do comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino, praticantes de ballet e andebol. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido em <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/319/1/Denise%20Pil%C3%B3-20ESAE%202013.pdf>
- Pope, H e Brower, K. (2000). Anabolic-androgenic steroid abuse. *Comprehensive: Textbook of Psychiatry*, 8, 1085-1095. doi :<https://doi.org/10.1007/s11920-002-0086-6>

- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P.Y., Olivardia, R. e Phillips, K.A. (1997) Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder, *Psychomatics*, 38 (6), 548-557. Crossref, Medlin. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71400-2
- Pope, H., Gruber, A., Mangwenth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. e Houdson, J. (2000). Body image Perception Among men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301. Obtido em <https://doi.org/10.1176/appi.aip.157.8.1297>
- Pope, H., Katz, D., Hudson, J. (1993) Anorexia and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6), 406-409. Obtido em [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)
- Pope, H., Philips, K. e Olivardia, R. (2000). *The adonis complex: The secret Crisis of Male Body Obsession*. New York, NY, Touchston
- Porto, A. e Lins, R. (2009). Imagem Corporal e a Media, *Revista Digital Buenos Aires*, 14 (132), Obtido em http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCA_CAO_FISICA/artigos/Imagem_corporal_midia.pdf
- Rosen, J.C., Reiter, J. e Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 263-269. Obtido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7751487>
- Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R. e Kelllum, K. (2013). Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image - Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 39-48. doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Silder (1981). *The image and appearance of human body*. New York: Internacional Univrsities Press
- Smith, E., Murphy, J. e Coats, S. (1999). Attachment to groups: Theory and management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 94-110. doi:10.1037/0022-3514.77.1.94
- Silva, L. e Gomes, R (2012). Desordens alimentares no desporto: situação atual e perspectivas futuras no estudo dos fatores psicológicos. *Psicologia Clinica.*, 24 (11), 83 – 100. Obtido em <http://file:///D:/Desordens%20alimentares%20Desporto.pdf>
- Stacolin, H. (2012). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique, *Psicologia. Revista*, 21 (.1), 115-120. Obtido em

<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/13586/10093>

- Steiger, Goldstein, Mongrain e Van der Feen (1990). Description of eating-disordered, psychiatric, and normal women along cognitive psychodynamic dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 129-140. doi:10.1002/1098-108X(199003)9:2<129::AID-EAT2260090202>3.0.CO;2-H
- Stechman, Von Muhlen, Klering, Marques, Câmara, Aerts e Guimarães (2013). Imagem corporal: emoções e afetos positivos e negativos em adolescentes escolares da região metropolitana de Porto Alegre. *XIX Salão de Iniciação Científica e Tecnológica*. Obtido em <http://www.conferencias.ulbra.br/index.php/sic/xix/paper/view/1832>
- Stice, E. 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. Obtido em [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9)
- Tellegen A., Watson, D. e Clark, D. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10, 297-303. Obtido em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-9280.00157>
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Overview of the problem. Em Thompson, J. K. (Ed), *Body image disturbance: Assessment and treatment* (pp. 1-7), Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Viana, M. F., Almeida, P. L. e Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1(XIX), 77-92. Obtido em <http://hdl.handle.net/10400.12/1874>
- Vieira, F., Dantas, E., Lacerda, Y. e Novaes, J. (2005). *Imagem corporal de obesos. Fitness e Performance Journal* 4(1), 19-26. doi: 10.6063/motricidade.8(3).1156
- Walter, H., Bulick, C., Thornton, L., Barbarich, N. e Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215
- Warren, Gleaves, Benito, Fernandez e Ruiz (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 241-249. doi:10.1002/eat.20102

- Watson, D. e Clark, L. (1994). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 465-490. doi: 10.1037/0033-2909.96.3.465
- Watson, D., Clark, L. e Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D. e Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity, *Psychological Review*;96(2), 234-54. Obtido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2710874>
- Werneck (2011). Nível de Atividade Física e Estado de Humor em Adolescentes, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 189-193. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n2/a10v27n2.pdf>
- Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245–271. doi:10.1037/0033-2909.90.2.245
- Wilson, G. (2002). The controversy over dieting. Em C. Fairburn e K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 93-97). New York: Guilford Press.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S. e Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 231–250. doi:10.1348/014466599162827