



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A RELAÇÃO ENTRE FACTORES PSICOLÓGICOS E AS
PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR
NA ADOLESCÊNCIA

MARIA TERESA BRUM PREZADO DAMIÃO PINHEIRO

Orientador do Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DR.^a IVONE PATRÃO

Co-Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DR.^a ANA ROSA TAPADINHAS

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Dr.^a Ivone Patrão e co-orientação da Professora Dr.^a Ana Rosa Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer aos meus Pais por todo o apoio, compreensão e segurança que me deram e dão para que eu possa alcançar os meus sonhos e objectivos. Ao meu querido pai, que infelizmente partiu nesta fase tão importante da minha vida, agradeço especialmente o facto de me ter ensinado a ser uma pessoa determinada, persistente e lutadora, tendo facilitado, por isso, todo o meu percurso profissional e pessoal. À minha mãe, pilar actual da casa, agradeço pela sua paciência, força, carinho e dedicação, em especial, nestes últimos meses de maior adversidade.

À Professora Ivone Patrão, agradeço profundamente todo o seu apoio, compreensão, orientação, disponibilidade e capacidade para motivar num ambiente de exigência e humor, ao longo deste percurso.

Um sincero agradecimento à Professora Ana Rosa Tapadinhas por todo o seu apoio, disponibilidade, compreensão, orientação e capacidade de ensinar, ao longo deste percurso.

Ao meu irmão, meu namorado e “cunhada”, sem os quais teria sido difícil concluir esta etapa da minha vida, quero agradecer toda a paciência, força, suporte, pelas conversas encorajadoras e que, por várias vezes, me fizeram rir.

À minha avó, tios e primos, muito obrigada pela sua presença, preocupação, dedicação e incentivo pois constituíram um “lembrete” de que vale a pena lutar pelos nossos sonhos, mesmo quando estes parecem ser de difícil alcance.

Aos meus amigos, com os quais tem sido difícil estar, muito obrigada pela sua paciência, pelas gargalhadas, por me encherem de força, por me ouvirem e por me acompanharem em todos os momentos.

RESUMO

Problema: A adolescência é marcada por profundas alterações biopsicossociais e constitui a fase do ciclo de vida de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA). Alguns estudos têm procurado relacionar esta problemática com factores psicológicos, tais como a Imagem Corporal, Autoconceito, Auto-estima e Ansiedade. No entanto, em Portugal os estudos nesta área parecem escassos e, por outro lado, observa-se alguma inconsistência nos trabalhos encontrados.

Objectivo: Compreender a relação entre a Imagem Corporal, Autoconceito, Auto-Estima, Ansiedade e as PCA na adolescência.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, no qual participaram 80 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 23 anos. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3), Perceived Competence for Adolescents e Spence Children's Anxiety Scale.

Resultados: A percepção de excesso de peso ($KW=31,024$; $p=0,000$), insatisfação corporal ($r=0,903$; $p=0,000$), a diminuição da auto-estima ($r=-0,693$; $p=0,000$), do autoconceito global ($r=-0,619$; $p=0,000$) e da percepção de competência nos domínios da aparência física ($r=-0,648$; $p=0,000$), competência atlética ($r=-0,470$; $p=0,000$), competência escolar ($r=-0,346$; $p=0,002$), aceitação social ($r=-0,349$; $p=0,002$) e atracção romântica ($r=-0,332$; $p=0,003$), e o aumento de sintomas de ansiedade ($r=0,384$; $p=0,000$), sobretudo relacionados com a Fobia Social ($r=0,433$; $p=0,000$) e Pânico/Agorafobia ($r=0,315$; $p=0,004$), estão significativamente relacionados com o aumento risco de PCA. Por outro lado, a insatisfação corporal está associada à diminuição da auto-estima ($r=0,903$; $p=0,000$) e ao aumento de sintomas de ansiedade ($r=0,364$; $p=0,001$). Por fim, a insatisfação corporal, a auto-estima e a Fobia Social emergiram como fortes predictores de risco de PCA ($R^2=86,1\%$).

Conclusão: Os factores psicológicos estudados, para além de constituírem aspectos fundamentais no bem-estar dos adolescentes, devem ser considerados na compreensão prevenção de PCA nesta fase do ciclo de vida.

Palavras-Chave: Adolescência, Perturbações do Comportamento Alimentar, Factores Psicológicos.

ABSTRACT

Problem: Adolescence is marked by profound biopsychosocial changes and is the phase of life cycle of increased vulnerability for the development of Eating Disorders (ED). Recent research has attempted to relate this issue with psychological factors such as Body Image, Self-Concept, Self-Esteem and Anxiety. However, in Portugal, studies in this area seem scarce and, moreover, there is some inconsistency in the studies found.

Objective: Investigate the relationship between body image, self-concept, self-esteem, anxiety and ED in adolescence.

Method: This is a quantitative, cross-sectional and correlational study, in which participated 80 adolescents aged between 12 and 23 years old. The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire, Eating Disorders Inventory-3, Perceived Competence for Adolescents and Spence Children's Anxiety Scale.

Results: The perception of overweight (KW=31,024; p=0,000), body dissatisfaction (r=0,903; p=0,000), decreased self-esteem (r=-0,693; p=0,000), global self-concept (r=-0,619; p=0,000) and perceived competence in physical appearance (r=-0,648; p=0,000), athletic competence (r=-0,470; p=0,000), scholastic competence (r=-0,346; p=0,002), social acceptance (r=-0,349; p=0,002) and romantic attraction (r=-0,332; p=0,003), and increased symptoms of anxiety (r=0,384; p=0,000), especially related to Social Phobia (r=0,433; p=0,000) and Panic/Agoraphobia (r=0,315; p=0,004), are significantly related with increased risk of ED. Moreover, the body dissatisfaction is associated with decreased self-esteem (r=0,903; p=0,000) and increased anxiety symptoms (r=0,364; p=0,001). Finally, body dissatisfaction, self-esteem and social phobia emerged as strong predictors of risk of ED ($R^2=86,1\%$).

Conclusion: The psychological factors studied, besides being significant aspects in the adolescents' welfare, must be considered in preventing ED in

Keywords: Adolescence, Eating Disorders, Psychological Factors.

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Método	4
2.1. Delineamento de Investigação	4
2.2. Amostra	4
2.2.1. Método de Amostragem	4
2.2.2. Caracterização da Amostra	4
2.3. Material	6
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	6
2.3.2. Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar	7
2.3.3. Avaliação da Imagem Corporal	11
2.3.4. Avaliação do Autoconceito e Auto-Estima	11
2.3.5. Avaliação da Ansiedade	13
2.4. Procedimento	15
3. Resultados	17
4. Discussão	24
5. Considerações Finais	31
6. Referências Bibliográficas	34
Anexos	42
Anexo A: “Revisão de Conceitos”	42
Anexo B: “Consentimento Informado”	74
Anexo C: “Material”	75
Anexo D: “Estatística - Outputs”	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas	5
Tabela 2. Fiabilidade do Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3) ..	10
Tabela 3. Fiabilidade do Perfil de Auto-Percepção	13
Tabela 4. Fiabilidade do Spence Children's Anxiety Scale	14
Tabela 5. Distribuição dos Níveis Clínicos pelas Subescalas DT, B, BD e Compósito EDRC do EDI-3	17
Tabela 6. Distribuição da Competência Percebida nos Diferentes domínios do Autoconceito e Auto-Estima da Escala Perfil de Auto-Percepção	20
Tabela 7. Distribuição dos Níveis de Ansiedade obtidos no Spence Children Anxiety Scale (SCAS)	21

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é marcada por profundas alterações biológicas, psicológicas e sociais, que exigem aos jovens a realização de uma série de tarefas desenvolvimentais, no sentido de adquirir uma identidade estável e um sentimento de autonomia interior (Ferreira & Nelas, 2006; Sprinthall & Collins, 2011). Segundo Cordeiro (2009), a adolescência é uma fase com alguns riscos, apesar da sua normalidade, e com alguma carência de factores protectores, resiliência e conhecimento. É uma fase caracterizada por uma normal instabilidade, dúvidas, angústias e “abanões” afectivos. Porém, dificuldades na adaptação às transformações características desta fase, poderão tornar os jovens mais vulneráveis para diferentes tipos de problemas emocionais e comportamentais, tais como insatisfação corporal, ansiedade, baixa auto-estima e problemas do comportamento alimentar (Kerremans, Claes & Bijttebier, 2010).

De acordo com a literatura, a maior prevalência de Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) encontra-se entre os 12 e 25 anos de idade (Rodriguez-Fernandez & Goñi, 2012), embora o pico para o seu desenvolvimento se situe entre os 16/17 anos (Bravender et al., 2010; Ogden, 2002).

As PCA podem ser entendidas como perturbações complexas e multidimensionais que reflectem a interacção entre factores psicológicos, biológicos e socio-culturais. Manifestam-se por comportamentos alimentares patológicos e têm consequências sérias na qualidade de vida (Maximiano, Miranda, Tomé, Luís & Maia, 2004), saúde física e psicossocial (Costarelli, Antonopoulou & Mavrovounioti, 2011; Ogden, 2002). Caracterizam-se ainda por uma preocupação intensa não só com o corpo, mas com o peso e com os alimentos (Souto & Ferro-Bucher, 2006, cit. por Carvalho, Amaral & Ferreira, 2009; Ferreira & Veiga, 2010).

Um aspecto central para o desenvolvimento destas perturbações é a Imagem Corporal. Esta pode ser entendida como um constructo dinâmico e multidimensional (Croll, 2005; Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima & Novaes, 2006), que reflecte a concepção interna e subjectiva sobre o próprio corpo (Carvalho et al., 2009) e engloba as percepções, pensamentos, atitudes, comportamentos e emoções de uma pessoa em relação ao seu corpo (Carvalho et al., 2009; Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Grogan, 2008; Weinshenker, 2002). Segundo Maximiano et al. (2004), o conceito de Imagem Corporal nas PCA envolve duas componentes principais: avaliação do tamanho do corpo (tarefa perceptiva) e atitudes ou sentimentos em relação ao corpo.

Neste sentido, face às intensas alterações corporais que ocorrem na adolescência e aos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, alcançar um corpo ideal torna-se uma tarefa difícil, podendo levar a níveis elevados de insatisfação corporal (Croll, 2005; Damasceno et al., 2006; Grogan, 2008). Consequentemente, muitos jovens recorrem a estratégias de controlo de peso, tais como dietas restritivas, excesso de exercício físico, uso de esteróides anabolizantes e outros métodos pouco saudáveis (e.g., vômito, laxantes), tornando-os mais vulneráveis para o desenvolvimento de outras perturbações, nomeadamente PCA (Damasceno et al., 2006; Del Ciampo & Del Ciampo, 2010).

Para além da relação entre a Imagem Corporal e as PCA na adolescência, os estudos têm procurado relacionar esta problemática com outros factores psicológicos, nomeadamente Auto-Estima, Autoconceito e Ansiedade.

Segundo Peixoto (2003), o Autoconceito pode ser definido como o conjunto de representações resultantes de avaliações de cariz cognitivo, relativamente a domínios específicos de competência e ao seu sumatório (i.é., autoconceito global). Por seu turno, a Auto-Estima corresponde a avaliações de cariz global e possui uma forte componente afectiva.

Relativamente à Ansiedade, esta pode ser definida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de respostas fisiológicas, vivenciais, comportamentais e cognitivas, que se traduzem num estado de activação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica (Ruiz, Cuadrado & Rodriguez, 2001). No entanto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de activação e duração são desproporcionados em relação à situação objectiva (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz et al., 2001).

De acordo com o estudo realizado por Costarelli et al. (2011), os adolescentes com atitudes alimentares perturbadas apresentaram níveis elevados de ansiedade, maior preocupação com o peso e menor percepção de competência nos domínios da aparência física e atracção romântica. Estas dimensões revelaram-se fortes predictores de atitudes alimentares perturbadas. No entanto, em relação à auto-estima, embora esta tenha sido associada a atitudes alimentares negativas, as correlações não se mostraram significativas.

Em contrapartida, os resultados obtidos por Kerremans et al. (2010) revelaram não só a existência de relações significativas entre sintomas de perturbação alimentar e a percepção de competência no domínio da aparência física, mas também entre estes sintomas e a auto-estima global.

No mesmo sentido, o estudo realizado por Tao (2010), para além de ter demonstrado que níveis elevados de insatisfação corporal constituem um factor de risco para PCA, revelou também a existência de relações significativas entre níveis baixos de auto-estima e maior risco para PCA. Por outro lado, de acordo com os resultados obtidos por Russo, Brenan, Walkley, Fraser e Greenway (2011), a auto-estima e a ansiedade estão significativamente associadas ao risco de PCA.

Por fim, a níveis elevados de insatisfação corporal, parecem corresponder níveis baixos de auto-estima (Huang, Norman, Zabinsky, Calfas & Patrick, 2007; Silva et al., 2009).

Em Portugal, os estudos acerca da relação entre Auto-Estima, Autoconceito, Imagem Corporal, Ansiedade e as PCA na adolescência, parecem escassos. Além disso, pode-se verificar alguma inconsistência nos resultados obtidos nos vários estudos referidos.

Tal como afirma Costarelli et al. (2011), a etiologia das perturbações alimentares na adolescência não está claramente compreendida, dada a sua natureza multidimensional e, desse modo, os estudos poderão focar características psicossociais tais como auto-estima e ansiedade, no sentido de contribuir para uma melhor compreensão da sua ligação com as PCA, proporcionando, desse modo, melhores estratégias de prevenção.

Desta forma, o objectivo do presente trabalho é compreender a relação entre a Imagem Corporal, Auto-Estima, Autoconceito, Ansiedade e as PCA na adolescência.

Mais especificamente, procurar-se-á compreender:

- 1) Qual o risco de PCA nos adolescentes em estudo;
- 2) Em que medida a Imagem Corporal se relaciona com as PCA;
- 3) Em que medida é que a Auto-Estima e o Autoconceito se relacionam com as PCA;
- 4) Em que medida é que a Ansiedade está relacionada com as PCA.

2. MÉTODO

2.1. Delineamento de Investigação

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa e transversal quanto à temporalidade. Trata-se de um estudo correlacional pois pretende averiguar a existência de relações entre variáveis e determinar a força e direcção de uma relação de predição entre essas variáveis, através do cálculo de coeficientes de correlação, não implicando uma relação de causa-efeito (Ribeiro, 2010; Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2005).

2.2. Amostra

2.2.1. Método de Amostragem

A amostra foi recolhida através de um método de amostragem não-probabilístico por conveniência, segundo o qual a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra não é conhecida e a mesma é seleccionada tendo em conta a disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população (Marôco & Bispo, 2006).

A recolha da amostra foi realizada num Centro de Atendimento a Adolescentes da grande Lisboa entre 16 de Março e 31 de Maio, após ter sido dada a autorização pela Coordenadora do mesmo.

O critério de inclusão na amostra foi a decisão voluntária dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 24 anos, em participar no estudo. Os questionários foram de auto-preenchimento, tendo sido garantidas condições de confidencialidade e anonimato. O consentimento informado foi realizado através de uma rúbrica num documento para o efeito (Anexo B).

2.2.2. Caracterização da Amostra

No presente estudo, participaram 80 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos ($M=19,4$; $DP=2,97$), dos quais 80% são do sexo feminino e 20% do sexo masculino; 1,3% frequentam entre o 4º e 6º ano de escolaridade, 15,8% entre o 7º e 9º ano,

43,4% entre o 10º e 12º ano e 39,5% são estudantes universitários; 19,2% são de raça negra e 80,8% são caucasianos; 91,3% têm nacionalidade portuguesa, 1,3% angolana, 1,3% moçambicana, 3,8% cabo-verdiana e 2,5% têm nacionalidade brasileira.

Independentemente de terem ou não irmãos, a maioria dos participantes vive com os pais (71,3%), vivendo os restantes com outros familiares (7,5%), com o/a companheiro/a (6,3%), com amigos (7,5%), sozinhos (6,3%) ou num colégio (1,3%). Em 53,2% dos participantes, os pais encontram-se juntos, 37,7% têm os pais separados, 5,2% perderam o pai e 3,9% perderam a mãe devido à morte dos mesmos.

No que respeita à prática de exercício físico, 51,3% não praticam exercício, 13,8% praticam exercício esporadicamente, 17,5% praticam exercício de forma moderada e 17,5% praticam exercício físico regularmente.

Quanto às categorias de peso (IMC), 6,3% dos adolescentes têm baixo peso, 78,8% têm peso normal, 11,3% têm excesso de peso e 3,8% têm obesidade.

Por fim, a maioria dos participantes não tem antecedentes de PCA (88,8%), 2,5% já tiveram Anorexia Nervosa, 2,5% já tiveram Bulimia Nervosa e 6,3% já tiveram outros tipos de PCA.

Tabela 1. Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas

		N	%
Sexo	Feminino	64	80%
	Masculino	16	20%
Ano de Escolaridade	4º-6º ano	1	1,3%
	7º-9º ano	12	15,8%
	10º-12º ano	33	43,4%
	Estudantes Universitários	30	39,5%
Raça	Negra	15	19,2%
	Caucasiana	63	80,8%
Nacionalidade	Portuguesa	73	91,3%
	Angolana	1	1,3%
	Moçambicana	1	1,3%
	Cabo-Verdiana	3	3,8%
	Brasileira	2	2,5%
Com Quem Vive	Pais (c/ ou s/ irmãos)	57	71,3%
	Outros Familiares (c/ ou s/ irmãos)	6	7,5%
	Companheiro/a	5	6,3%
	Amigos	6	7,5%

	Sozinho/a	5	6,3%
	Colégio	1	1,3%
Estado Civil dos Pais	Juntos	41	53,2%
	Separados	29	37,7%
	Morte do Pai	4	5,2%
	Morte da Mãe	3	3,9%
Prática de Exercício Físico	Sedentarismo	41	51,3%
	Exercício Esporádico	11	13,8%
	Exercício Moderado	14	17,5%
	Exercício Regular	14	17,5%
Índice de Massa Corporal	Baixo Peso	5	6,3%
	Peso Normal	63	78,8%
	Excesso de Peso	9	11,3%
	Obesidade	3	3,8%
Problemas Alimentares Anteriores	Anorexia Nervosa	2	2,5%
	Bulimia Nervosa	2	2,5%
	Outro	5	6,3%
	Sem antecedentes	71	88,8%

2.3. Material

Para a realização do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar, Escala de Silhuetas de Collins, Perceived Competence for Adolescents e Spence Children's Anxiety Scale (Anexo C).

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi elaborado pela autora da investigação em conjunto com a Orientadora do Seminário de Dissertação. Trata-se de um questionário constituído por questões que permitem obter informações acerca da amostra em estudo, possibilitando a sua caracterização. Neste sentido, foram recolhidas informações acerca da idade, sexo, ano de escolaridade, raça, nacionalidade, peso, altura, com quem vive, estado civil dos pais, prática de exercício física (número de vezes por semana e número de horas por dia) e problemas alimentares anteriores.

No que diz respeito ao “Sexo”, consideraram-se as categorias “Sexo Feminino” e “Sexo Masculino”; o “Ano de Escolaridade” foi organizado em quatro categorias, nomeadamente “4º-6º ano”, “7º-9º ano”, “10º-12º ano” e “Estudantes Universitários”; a “Raça” foi classificada em “Negra” e “Caucasiana”; e para a “Nacionalidade” foram criadas cinco categorias, nomeadamente Nacionalidade “Portuguesa”, “Angolana”, “Moçambicana”, “Cabo-Verdiana” e “Brasileira”.

A informação acerca do peso e altura foi dada pelo próprio participante, não tendo sido realizada qualquer medição. Posteriormente, procedeu-se ao cálculo do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$) e respectiva categorização. Para os adolescentes com idades entre os 12 e 20 anos foram utilizados os critérios e curvas percentílicas do *Center of Disease Control and Prevention* (CDC, 2002), recomendados pela Direcção Geral de Saúde. De acordo com este sistema, o qual tem em conta a idade e o sexo, indivíduos abaixo do percentil 5 são incluídos na categoria de “Baixo Peso”, entre o percentil 5 e 85 são incluídos no “Peso Normal”, entre o percentil 85 e 95 são incluídos no “Excesso de Peso” e acima do percentil 95 são incluídos na categoria “Obesidade”. Para os adolescentes com idades entre 21 e 23 anos utilizou-se o sistema de classificação para adultos adoptado pela Direcção Geral de Saúde ($IMC:]<18,5]$ “Baixo Peso”, $[18,5-24,9]$ “Peso Normal”, $[25-29,9]$ “Excesso de Peso”, $[\geq 30]$ “Obesidade”).

No que respeita à variável “Com Quem Vive”, esta foi classificada em “Pais (com ou sem irmãos)”, “Outros familiares (com ou sem irmãos)”, “Companheiro/a”, “Amigos”, “Sozinho/a” e “Colégio”. O “Estado Civil dos Pais” foi categorizado em “Juntos”, “Separados”, “Morte do Pai” e “Morte da Mãe”.

De forma a obter categorias em relação à “Prática de Exercício Físico”, cruzou-se o exercício realizado por semana com as horas de exercício por dia. Assim, verificaram-se quatro categorias, nomeadamente “Sedentarismo” (não praticam), “Exercício Físico Esporádico” (1 hora por semana), “Exercício Físico Moderado” (2 horas por semana) e “Exercício Físico Regular” (3 ou mais horas por semana).

Por fim, para averiguar a existência de “Problemas Alimentares Anteriores”, esta foi classificada em quatro categorias, nomeadamente “Anorexia Nervosa”, “Bulimia Nervosa”, “Outro” e “Sem Antecedentes”.

2.3.2. Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar

Para avaliar as PCA utilizou-se o *Eating Disorders Inventory -3* (EDI-3; Garner, 2004; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Tapadinhas, 2009). O *Inventário de*

Perturbação do Comportamento Alimentar (Tapadinhas, 2009) tem como objectivo avaliar, de forma compreensiva, a presença e intensidade de traços psicológicos ou sintomas clinicamente significativos para o desenvolvimento ou manutenção de PCA (Garner, 2004, cit. por Tapadinhas, 2009). O EDI-3 pode ser aplicado em contexto clínico e em contexto não clínico. Neste último, a sua utilização permite a identificação dos indivíduos em situação de risco para o desenvolvimento de PCA (Tapadinhas, 2009).

Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento, aplicável a partir dos 12 anos e pode ser administrado em grupo ou individualmente. É constituído por 91 itens, os quais estão organizados em doze subescalas e seis compósitos.

As três primeiras subescalas dizem respeito aos factores relacionados com as PCA (Tapadinhas, 2009) e são as seguintes:

- 1) *Obsessão por Emagrecer* – DT (1, 7, 11, 16, 25, 32, 49): Acede a um extremo desejo de emagrecer, preocupação com a dieta e com o peso e um medo intenso de ganhar peso.
- 2) *Bulimia* – B (4, 5, 28, 38, 46, 53, 61, 64): Acede à tendência para pensar e iniciar ingestão alimentar compulsiva perante o sentimento de instabilidade emocional.
- 3) *Insatisfação Corporal* – BD (2, 9, 12, 19, 31, 45, 47, 55, 59, 62): Acede à insatisfação e preocupação com a forma e tamanho de certas partes do corpo.

As restantes nove subescalas remetem para o constructo psicológico reconhecido como conceptualmente relevante no desenvolvimento e manutenção de PCA (Garner, 2004, cit. por Tapadinhas, 2009):

- 1) *Baixa Auto-estima* – LSE (10, 27, 37, 41, 42, 50): Acede a auto-avaliações negativas, sentimentos de insegurança, inadequação, ineficácia e falta de valor pessoal.
- 2) *Alienação Pessoal* – PA (18, 20, 24, 56, 80, 84, 91): Avalia um amplo conjunto de sentimentos, tais como vazio emocional, solidão e fraca capacidade de auto-compreensão, sentimento de estar separado dos outros, perdido ou de ser descredibilizado, desejo de ser outra pessoa e sentimento de estar fora de controlo das coisas da própria vida.
- 3) *Insegurança Interpessoal* – II (15, 23, 34, 57, 69, 73, 87): Acede ao desconforto, apreensão e isolamento em situação social.
- 4) *Alienação Interpessoal* – IA (17, 30, 54, 65, 74, 76, 89): Avalia a decepção, distância, indiferença e falta de confiança nas relações, tendência para o sentimento de prisão numa relação e sensação de falta de compreensão e amor por parte dos outros.

- 5) *Deficits Introspectivos* – ID (8, 21, 26, 33, 40, 44, 51, 60, 77): Reenvia para dificuldades em reconhecer sentimentos e emoções, para o medo e confusão afectiva.
- 6) *Desregulação Emocional* – ED (67, 70, 72, 79, 81, 83, 85, 90): Acede à tendência para a instabilidade emocional, impulsividade, imprudência, raiva e auto-destruição.
- 7) *Perfeccionismo* – P (13, 29, 36, 43, 52, 63): Reenvia para níveis elevados e rigorosos de desempenho, estabelecidos pelo próprio ou pelos outros.
- 8) *Ascetismo* – A (66, 68, 75, 78, 82, 86, 88): Acede à tendência para procurar virtude através da busca de ideais espirituais, tais como a auto-disciplina, auto-regulação, auto-restrição, auto-sacrifício e controlo dos impulsos corporais.
- 9) *Medo da Maturidade* – MF (3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58): Reenvia para o desejo de regressar à segurança da infância.

Relativamente aos seis compósitos, estes são construídos através da soma das notas T das diferentes subescalas e referem-se a constructos psicológicos gerais à excepção de um, o qual reenvia para as PCA (Tapadinhas, 2009):

- 1) *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* (EDRC): é composto pelas subescalas DT, B e BD
- 2) *Ineficácia* (IC): é composto pelas subescalas LSE e PA
- 3) *Problemas Interpessoais* (IPC): é composto pelas subescalas II e IA
- 4) *Problemas Afectivos* (APC): é composto pelas subescalas ID e ED
- 5) *Excesso de Controlo* (OC): é composto pelas subescalas P e A
- 6) *Desajustamento Psicológico Geral* (GPMC): é composto por todas as subescalas psicológicas do EDI-3.

Ao nível da cotação, os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de seis pontos, tendo em conta a frequência com que ocorrem os comportamentos. Contudo, na análise realizada pelo investigador, apenas é considerada uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 - “nunca”; 0 - “raramente”; 1 - “às vezes”; 2 - “com frequência”; 3 - “quase sempre”; 4 - “sempre”). Por outro lado, deve-se ter em consideração que os itens 1, 12, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 37, 39, 42, 50, 55, 57, 58, 62, 69, 73, 76, 80, 89 e 91 são cotados de forma inversa (432100) e que o item 71 não é cotado.

Após a cotação da escala, procede-se ao cálculo das notas brutas das 12 subescalas que compõe o EDI-3, as quais são obtidas através da soma dos diferentes itens que as compõem. Posteriormente, transformam-se as notas brutas em notas T através de tabelas que têm em conta o grupo populacional e a faixa etária. Devido ao facto da amostra em estudo não ter

nenhum diagnóstico de PCA, as notas brutas foram transformadas tendo em conta o grupo com PCASOE.

Para a cotação dos compósitos, em primeiro lugar, calculam-se as notas brutas a partir da soma das notas T das diferentes subescalas que os compõem. De seguida, essas notas são transformadas em notas T com base nas tabelas já referidas.

Deste modo, através da interpretação das notas T nas diferentes subescalas e compósitos, é possível classificá-las em três níveis clínicos: Nível elevado, Nível Típico e Nível Baixo.

Para avaliar a fiabilidade do EDI-3 na amostra em estudo, procedeu-se à análise da sua consistência interna, procurando compará-la com a consistência interna obtida na amostra de validação da escala (Tapadinhas, 2009) (Tabela 2).

Tabela 2. Fiabilidade do Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3)

Escala	Subescala	α	α (Tapadinhas, 2009)
Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3)	Obsessão por Emagrecer (DT)	0,902	0,85
	Bulimia (B)	0,818	0,85
	Insatisfação Corporal (BD)	0,890	0,90
	Baixa Auto-Estima (LSE)	0,792	0,79
	Alienação Pessoal (PA)	0,806	0,75
	Insegurança Interpessoal (II)	0,718	0,79
	Alienação Interpessoal (IA)	0,556	0,65
	Deficits Introspectivos (ID)	0,867	0,76
	Desregulação Emocional (ED)	0,710	0,71
	Perfeccionismo (P)	0,595	0,58
	Ascetismo (A)	0,654	0,60
	Medo de Maturidade (MF)	0,689	0,70
	Risco de PCA (EDRC)	0,799	0,92
	Ineficácia (IC)	0,870	0,86
	Problemas Interpessoais (IPC)	0,758	0,82
	Problemas Afectivos (APC)	0,709	0,83
Excesso de Controlo (OC)	0,437	0,68	
Desajustamento Psicológico Geral (GPMC)	0,836	0,92	

Tal como se pode observar na Tabela 2, para ambas as amostras, as subescalas DT, B, BD, LSE, PA, II, ID, ED e os compósitos EDRC, IC, IPC, APC e GPMC, apresentam uma forte consistência interna ($\alpha > 0,70$). Relativamente às subescalas A e MF, estas revelam uma consistência interna moderada/razoável ($0,6 < \alpha < 0,7$). Para as subescalas IA, P e o compósito OC, a sua consistência interna na amostra de validação foi razoável, porém, para a amostra em estudo, a mesma revelou-se fraca ($0 < \alpha < 0,6$).

3.3.3. Avaliação da Imagem Corporal

A Imagem Corporal foi avaliada através de dois instrumentos, nomeadamente a Escala de Silhuetas de Collins e a subescala “Insatisfação Corporal” do *Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar* (EDI-3), permitindo obter, respectivamente, uma avaliação em termos de percepção corporal e outra em relação aos sentimentos face ao corpo.

A Escala de Silhuetas de Collins (1991, cit. por Gaspar, 2009) tem como objectivo avaliar a percepção da imagem corporal em termos de discrepância entre a imagem percebida e a imagem ideal e é composta por sete silhuetas de adolescentes de ambos os sexos, ordenadas sequencialmente desde a magreza (F1) até à obesidade (F7). A tarefa de cada adolescente consiste em seleccionar a silhueta que considera ser a sua (imagem percebida) e, de seguida, seleccionar a silhueta que gostaria de ter (imagem ideal).

Assim, a discrepância é obtida através da diferença entre a “imagem percebida” e a “imagem ideal”. Quando a discrepância é positiva, significa que a imagem percebida é superior à imagem ideal. Se a discrepância for negativa, significa que a imagem percebida é inferior à imagem ideal. Em ambos os casos, considera-se que o sujeito está insatisfeito com a imagem corporal. Quando não existe discrepância entre a imagem percebida e a imagem ideal, considera-se que o sujeito está satisfeito com a sua imagem corporal (Mciza, Goedeck & Steyn, 2005, cit. por Gaspar, 2009).

3.3.4. Avaliação do Autoconceito e Auto-Estima

Para avaliar o Autoconceito e a Auto-Estima, utilizou-se o *Perceived Competence for Adolescents* (Harter, 1988; adaptado para a população portuguesa por Peixoto, Alves Martins, Mata & Monteiro, 1996, 1997). Este instrumento permite avaliar o autoconceito em diversas áreas e ao mesmo tempo obter um valor da auto-estima global do adolescente. É composta por duas escalas, nomeadamente o “Perfil de Auto-Percepção” (“Como é que eu sou?”) e a “Escala de Importância”.

O “Perfil de Auto-Percepção” é composto por 40 itens organizados em sete subescalas relativas a domínios específicos do autoconceito e uma subescala referente à auto-estima:

- 1) *Competência Escolar* – CE (1, 9, 17, 25, 33): Acende à forma como o adolescente se percebe quanto ao seu desempenho escolar.

- 2) *Aceitação Social* – AC (2, 10, 18, 26, 34): Avalia o grau de aceitação do adolescente pelos colegas em termos de popularidade.
- 3) *Competência Atlética* – CA (3, 11, 19, 27, 35): Acede à forma como o adolescente se percebe ao nível das suas actividades desportivas e jogos ao ar livre.
- 4) *Aparência Física* – AF (4, 12, 20, 28, 36): Avalia o grau de satisfação em relação ao aspecto, peso, tamanho, etc.
- 5) *Atracção Romântica* – AR (5, 13, 21, 29, 37): Avalia a percepção de capacidade de atracção romântica para com aqueles(as) por quem o/a adolescente se sente atraído/a.
- 6) *Comportamento* – C (6, 14, 22, 30, 38): Avalia a forma como o adolescente se sente em relação à forma como age.
- 7) *Amizades Íntimas* – AI (7, 15, 23, 31, 39): Avalia a capacidade de fazer amigos íntimos.
- 8) *Auto-Estima* – AE (7, 16, 24, 32, 40): Reenvia para o julgamento de valor pessoal, não sendo um domínio específico de competência.

Para cada item o adolescente terá uma dupla acção. Por um lado, perante duas descrições de sujeitos, terá de optar por aquela com que mais se identifica. Por outro, terá de exprimir o seu grau de identificação a essa opção (“Exactamente como eu” ou “Mais ou menos como eu”).

A cotação pode variar entre 4 e 1, os quais correspondem respectivamente a uma elevada competência percebida e uma baixa competência percebida. Desta forma, os itens com afirmações mais positivas do lado esquerdo, são cotados 4, 3, 2, 1 e, quando as afirmações negativas se encontram nessa posição, os itens são cotados 1, 2, 3, 4 (Peixoto et al., 1996).

Após a cotação dos itens, procede-se ao cálculo das médias dos itens que correspondem às diferentes subescalas. Por outro lado, a média das subescalas (à excepção da “Auto-estima”) permite obter o Autoconceito Global.

Para avaliar a fiabilidade desta escala na amostra em estudo, procedeu-se à análise da consistência interna, procurando compará-la com a amostra de validação da escala (Peixoto et al., 1996) (Tabela 3).

Tabela 3. Fiabilidade do Perfil de Auto-Percepção

Escala	Subescalas	α	α (Peixoto et al., 1996)
Escala de Percepção de Competência	Competência Escolar (CE)	0,707	0,61
	Aceitação Social (AS)	0,787	0,75
	Competência Atlética (CA)	0,818	0,82
	Aparência Física (AF)	0,909	0,84
	Atracção Romântica (AR)	0,728	0,61
	Comportamento (C)	0,786	0,52
	Amizades Íntimas (AI)	0,871	0,74
	Auto-Estima (AE)	0,823	0,80

Tal como se pode verificar através da Tabela 3, todas as subescalas da escala “Perfil de Auto-Percepção” apresentam uma forte consistência interna ($\alpha > 0,7$) na amostra em estudo. Comparativamente à amostra de validação, verifica-se uma maior consistência interna em todas as escalas.

No entanto, os valores obtidos na amostra de validação referem-se apenas aos adolescentes do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade já que, segundo Peixoto et al. (1996), a consistência interna da escala tende a ser mais elevada em sujeitos mais velhos. Assim, o facto de se terem verificado valores de consistência interna mais elevados na amostra em estudo, não parece surpreender, já que contém maioritariamente adolescentes entre os 16 e os 23 anos.

Relativamente à “Escala de Importância”, esta pretende avaliar a importância atribuída pelo sujeito aos diferentes domínios do autoconceito. É composta por doze itens (dois para cada domínio) para os quais é pedido ao sujeito que gradue a importância atribuída a cada um desses domínios, segundo a lógica de resposta referida na escala “Percepção de Competência” (Peixoto et al., 1996).

3.3.5. Avaliação da Ansiedade

Para avaliar a Ansiedade foi utilizado o *Spence Children’s Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1994).

O SCAS foi desenvolvido para avaliar a severidade dos sintomas tendo em linha de conta as perturbações de ansiedade propostas pelo DSM-IV e tem sido utilizado por diversos estudos em diferentes países e em diversas faixas etárias (Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000; Spence, Barrett & Turnur, 2003). Trata-se de uma escala aplicável em contexto clínico e em contexto de investigação e pode ser administrada individualmente ou em grupo. No

entanto, segundo Spence (1997), é importante ter em consideração que o SCAS por si só não é suficiente para o diagnóstico de perturbações de ansiedade pois, para tal, deve ser tida em conta a frequência, duração, severidade e consequências da sintomatologia.

A escala é composta por 44 itens, dos quais 38 reflectem sintomas específicos de ansiedade e 6 itens positivos, que pretendem reduzir o enviesamento por respostas negativas. Os itens estão agrupados em seis subescalas:

- 1) *Ansiedade de Separação* – SA (5, 8, 12, 15, 16, 44)
- 2) *Fobia Social* – SP (6, 7, 9, 10, 29, 35)
- 3) *Obsessão-Compulsão* – OC (14, 19, 27, 40, 41, 42)
- 4) *Pânico/Agorafobia* – PA (13, 21, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 39)
- 5) *Medo de Danos Físicos* (relacionado com fobias específicas) – PIF (2, 18, 23, 25, 33)
- 6) *Ansiedade Generalizada* – GA (1, 3, 4, 20, 22, 24)

Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 – “nunca”, 1 – “às vezes”, 2 - “frequentemente”, 3 – “sempre”), correspondendo à frequência com que o sujeito experiencia os diversos sintomas de ansiedade (Spence, 1998).

Após a cotação da escala, somam-se os itens que correspondem a cada subescala e calcula-se a pontuação total da escala através da soma de todos os itens do SCAS, à excepção dos itens positivos (11, 17, 26, 31, 38, 43). A interpretação dos resultados é efectuada através da média e, dessa forma, valores superiores à média indicam sintomas clínicos de ansiedade.

De forma a avaliar a fiabilidade da escala na amostra em estudo, procedeu-se à análise da consistência interna (Tabela 4).

Tabela 4. Fiabilidade do Spence Children’s Anxiety Scale

Escala	Subescala	α
Spence Children’s Anxiety Scale	Ansiedade de Separação (SA)	0,68
	Fobia Social (SP)	0,688
	Obsessão-Compulsão (OC)	0,521
	Pânico/Agorafobia (PA)	0,864
	Medo de Danos Físicos (PIF)	0,520
	Ansiedade Generalizada (GA)	0,781
	SCAS Total	0,900

Tal como se pode observar na Tabela 4, as subescas PA, GA e o SCAS Total apresentam uma consistência interna forte ($\alpha > 0,7$). As subescalas SA e SP, apresentam uma consistência interna moderada/razoável ($0,6 < \alpha < 0,7$). Porém, para as subescalas OC e PIF verifica-se uma

fraca consistência interna ($\alpha < 0,6$), pelo que, segundo vários autores, não deverão ser consideradas (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

2.4. Procedimento

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados ESBCO, Web of Knowledge, Scielo, RCAAP, Bión e Google Schooler através das palavras-chave “eating disorders”, “adolescents”, “body image”, “self-esteem”, “anxiety”, “risk factors” e “predictors”. Após a análise dos artigos seleccionados, procedeu-se à escolha dos instrumentos que mais se adequavam ao estudo.

Para adquirir alguns instrumentos (e.g., *Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar* e *Perceived Competence for Adolescents*), foi necessário entrar em contacto, via e-mail, com os autores que os validaram ou adaptaram para a população portuguesa, no sentido de obter o instrumento, bem como a sua forma de cotação e interpretação. Por outro lado, foi necessário efectuar a adaptação do *Spence Children’s Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1994) já que a versão utilizada não se encontrava adaptada para a população portuguesa. A adaptação do instrumento foi realizada através do método de tradução-retroversão, por um técnico competente para o efeito.

Para a recolha da amostra, foi efectuado um pedido de autorização à Coordenadora do Centro de Atendimento a Adolescentes. Por recomendação da mesma, foi construído um *placard* de divulgação e apresentação da investigação, uma semana antes do início da recolha, com o intuito de motivar os adolescentes a participarem no estudo.

Após a recolha da amostra, os dados foram analisados através do programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 20.0 para Windows).

A caracterização da amostra e análise descritiva dos instrumentos foram realizadas com base em tabelas de frequência e no cálculo de estatísticas descritivas, tais como a média e desvio-padrão.

Para avaliar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, procedeu-se à análise da sua consistência interna através do *Coefficiente Alfa de Cronbach*.

Na análise dos resultados, utilizou-se como referência um nível de significância de 0,05. No entanto, para o estudo das correlações, reduziu-se o nível de significância para 0,01 de forma a tornar a análise mais fina, procurando apenas as relações mais significativas.

Para a análise das PCA, Insatisfação Corporal, Autoconceito e Auto-Estima, Ansiedade e o Sexo e Raça, utilizou-se o teste *T-Student para Amostras Independentes*, quando se verificaram os pressupostos da normalidade e homogeneidade de variâncias, e o teste *Mann-Whitney* quando pelo menos um dos pressupostos não foi observado. Para o Estado Civil e Prática de Exercício Físico, utilizou-se a *ANOVA (um factor)*, quando se verificaram os pressupostos da normalidade e homogeneidade de variâncias, e o teste de *Kruskal-Wallis* quando pelo menos um dos pressupostos não se observou. Quando se verificaram diferenças entre os grupos, utilizou-se o teste de *Comparações Múltiplas LSD* para identificar onde é que essas diferenças se encontravam. Por fim, para estudar a relação entre a Idade e o IMC e as variáveis mencionadas, utilizou-se o *Quoeficiente de Correlação de Pearson*.

Relativamente à análise da Percepção da Imagem Corporal e o Sexo, foi utilizado o teste de *Qui-Quadrado de Independência/Homogeneidade*. Para averiguar se existiam diferenças entre a Percepção da Imagem Corporal e as PCA, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Posteriormente, para localizar as diferenças encontradas, utilizou-se o teste de *Comparações Múltiplas LSD*.

Quanto à relação entre o Autoconceito, Auto-Estima e as PCA, entre a Insatisfação Corporal e as PCA e entre a Ansiedade e as PCA, utilizou-se o *Quoeficiente de Correlação de Pearson*.

Por fim, recorreu-se à *Regressão Linear* com o objectivo de perceber o valor predictivo do Autoconceito, Auto-Estima, Insatisfação Corporal e Ansiedade no Risco de PCA (EDRC), na amostra em estudo.

3. RESULTADOS

3.1. Análise Descritiva das Perturbações do Comportamento Alimentar

Em média, os participantes apresentaram níveis clínicos baixos na Obsessão por Emagrecer ($M=32,64$; $DP=9,54$), Bulimia ($M=39,39$; $DP=5,85$), Insatisfação Corporal ($M=35,25$; $DP=9,13$) e no Risco de PCA ($M=31,33$; $DP=8,78$), o que denota que os adolescentes, em média, têm um risco baixo para o desenvolvimento de PCA.

Com base na Tabela 5, pode-se verificar que apenas 2,5% dos adolescentes apresentaram um elevado risco para desenvolver PCA, 2,5% níveis clinicamente elevados na Obsessão por Emagrecer e 3,8% na Bulimia. Para a Insatisfação Corporal não foram encontrados valores clinicamente elevados.

Tabela 5. Distribuição dos Níveis Clínicos pelas Subescalas DT, B, BD e Compósito EDRC do EDI-3

Subescala/Compósito	Nível Clínico	N	Porcentagem
Obsessão por Emagrecer	Baixo	69	86,3%
	Típico	9	11,3%
	Elevado	2	2,5%
Bulimia	Baixo	65	81,3%
	Típico	12	15%
	Elevado	3	3,8%
Insatisfação Corporal	Baixo	66	82,5%
	Típico	14	17,5%
Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar	Baixo	71	88,8%
	Típico	7	8,8%
	Elevado	2	2,5%

Nota: DT=Obsessão por Emagrecer; B=Bulimia; BD=Insatisfação Corporal; EDRC=Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar; EDI-3=Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar

3.2. Análise das PCA em função das Variáveis Sociodemográficas

No que respeita ao Estado Civil dos Pais e Prática de Exercício Físico, não foram encontradas diferenças em relação ao Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar, Obsessão por Emagrecer e Bulimia. Por outro lado, não se observou uma relação significativa entre a Idade e essas variáveis.

Quanto ao Sexo, verificaram-se diferenças significativas em relação ao Risco de PCA (MW=325,5; p=0,025) e Obsessão por Emagrecer (MW=315,0; p=0,017), tendo as raparigas obtido valores superiores (M=43,41; M=43,58) comparativamente aos rapazes (M=28,84; M=28,19). Para a Bulimia, não foram encontradas diferenças de género.

Relativamente à Raça, observaram-se diferenças significativas na Obsessão por Emagrecer (MW=316,5; p=0,046), sendo esta superior nos adolescentes de raça Negra (M=49,90) comparativamente aos adolescentes Caucasianos (M=37,02).

Por fim, foi encontrada uma relação positiva e moderada entre o IMC e o Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (r: 0,309; p=0,005) e a Obsessão por Emagrecer (r=0,303; p=,006).

3.3. Análise Descritiva da Imagem Corporal

Através da análise dos resultados obtidos na Escala de Silhuetas de Collins, verificou-se que 23,8% dos adolescentes desejam aumentar o tamanho corporal (discrepância negativa), 45% desejam reduzir o tamanho corporal (discrepância positiva) e 31,3% têm o tamanho corporal que gostariam de ter (discrepância ideal). Deste modo, pôde-se constatar que 67,5% dos adolescentes estão insatisfeitos com a sua imagem corporal e 32,5% estão satisfeitos.

Contudo, através da análise da subescala “Insatisfação Corporal” do EDI-3, foi possível verificar que, apesar dos níveis de insatisfação, estes são, na sua maioria, clinicamente baixos (82,5%).

3.4. Análise da Imagem Corporal em função das Variáveis Sociodemográficas

Os resultados revelaram que a Percepção da Imagem Corporal não é idêntica (homogénea) entre os sexos ($\chi^2 = 11,673$; p=0,003), sendo que existe uma maior prevalência de discrepância negativa nos rapazes (56,2%), comparativamente às raparigas (15,6%) e uma maior discrepância positiva nas raparigas (50%) comparativamente aos rapazes (25%). Por outro lado, verificou-se que existe uma maior prevalência de discrepância ideal nas raparigas (34,4%) comparativamente aos rapazes (18,8%).

No que respeita à Insatisfação Corporal, não foram encontradas diferenças relativamente à Raça, Estado Civil dos Pais e Prática de Exercício Físico. Por outro lado, não se observou qualquer relação entre a Idade e a Insatisfação Corporal.

Quanto ao Sexo, foram encontradas diferenças significativas ($MW=297,0$; $p=0,01$), estando as raparigas mais insatisfeitas com a imagem corporal comparativamente aos rapazes ($M=43,86$; $M=27,06$).

Por fim, observou-se a existência de uma correlação positiva moderada entre o IMC e a Insatisfação Corporal ($r=0,315$; $p=0,004$).

3.5. Análise Descritiva do Autoconceito e Auto-Estima

No que respeita à percepção de competência nos diversos domínios do autoconceito, os resultados revelaram que, em média, os adolescentes se percebem como mais competentes em relação às Amizades Íntimas ($M=3,4$; $DP=0,79$) e Comportamento ($M=3,2$; $DP=0,63$), embora também se percepcionem como competentes na Aceitação Social ($M=2,8$; $DP=0,71$), Competência Escolar ($M=2,71$; $DP=0,61$), Atração Romântica ($M=2,7$; $DP=0,62$) e Aparência Física ($M=2,51$; $DP=0,94$). A Competência Atlética parece ter sido aquela que, em média, obteve uma menor competência percebida ($M=2,36$; $DP=0,74$).

Em relação ao Autoconceito Global e Auto-Estima, verificou-se que, em média, os adolescentes se percebem globalmente como competentes ($M=2,81$; $DP=0,43$) assim como se avaliam globalmente de forma positiva ($M=2,82$; $DP=0,75$).

Através da análise da Tabela 6, pode-se observar que 85% dos adolescentes têm uma elevada competência percebida em relação ao Comportamento, 82,5% nas Amizades Íntimas, 67,5% na Aceitação Social, 66,3% na Atração Romântica e 62,5% na Competência Escolar. Porém, na Competência Atlética e Aparência Física, a percentagem de adolescentes com elevada competência percebida é inferior (45%, 47,5%).

Quanto ao Autoconceito Global e Auto-Estima, 75% dos participantes percebem-se como globalmente competentes e 62,5% têm uma elevada auto-estima.

Tabela 6. Distribuição da Competência Percebida nos Diferentes domínios do Autoconceito e Auto-Estima da Escala Perfil de Auto-Percepção

Subescala	Percepção de Competência	N	Porcentagem
Competência Escolar	Baixa	30	37,5%
	Elevada	50	62,5%
Aceitação Social	Baixa	26	32,5%
	Elevada	54	67,5%
Competência Atlética	Baixa	44	55%
	Elevada	36	45%
Aparência Física	Baixa	42	52,5%
	Elevada	38	47,5%
Atração Romântica	Baixa	27	33,8%
	Elevada	53	66,3%
Comportamento	Baixa	12	15%
	Elevada	68	85%
Amizades Íntimas	Baixa	14	17,5%
	Elevada	66	82,5%
Auto-Estima	Baixa AE	30	37,5%
	Elevada AE	50	62,5%
Autoconceito Global	Baixa	20	25%
	Elevada	60	75%

3.6. Análise do Autoconceito e Auto-Estima em função das Variáveis Sociodemográficas

No que respeita à Raça e ao Estado Civil dos Pais, não foram encontradas diferenças significativas. No mesmo sentido, não se observaram relações significativas entre o IMC e o Autoconceito e Auto-Estima.

Quanto à Idade, verificou-se que esta está moderada e positivamente relacionada com o Autoconceito Global ($r=0,297$; $p=0,007$).

Relativamente ao Sexo, observaram-se diferenças significativas em relação à Aceitação Social ($t=-2,216$; $p=0,03$) e Competência Atlética ($t=-2,38$; $p=0,001$), sendo estes superiores nos rapazes ($M=3,14$; $M=2,87$) comparativamente às raparigas ($M=2,71$; $M=2,23$).

Por fim, foram encontradas diferenças significativas entre a Prática de Exercício Físico e a Competência Atlética ($F=2,86$; $p=0,042$), sendo que os adolescentes que praticam exercício regularmente têm uma Competência Atlética percebida superior aos que não praticam exercício físico ($M=2,73$; $M=2,14$).

3.7. Análise descritiva da Ansiedade

No que diz respeito aos resultados obtidos no total do SCAS, constatou-se que, em média, os adolescentes apresentaram níveis baixos de ansiedade ($M=34,71$; $DP=14,3$), tendo sido encontrados os mesmos resultados para as diferentes subescalas (SA: $M=4,71$; $DP=2,73$; SP: $M=6,91$; $DP=3,17$; PA: $M=4,3$; $DP=4,24$), à exceção da Ansiedade Generalizada, para a qual, em média, se verificaram níveis mais elevados de ansiedade ($M=8,96$; $DP=3,43$).

Com base na tabela 7, pode-se depreender que as subescalas Ansiedade Generalizada e Fobia Social foram aquelas onde se verificaram uma maior percentagem de sujeitos com níveis elevados de ansiedade (46,3% e 26,3%), seguindo-se a Ansiedade de Separação (6,3%) e Pânico/Agorafobia (6,3%). Para o SCAS total, 8,8% dos adolescentes apresentaram níveis de ansiedade elevados.

Tabela 7. Distribuição dos Níveis de Ansiedade obtidos no Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

Subescala	Níveis de Ansiedade	N	Percentagem
SCAS Total	Baixo	73	91,3%
	Elevado	7	8,8%
Ansiedade de Separação	Baixo	75	93,8%
	Elevado	5	6,3%
Fobia Social	Baixo	59	73,8%
	Elevado	21	26,3%
Pânico/Agorafobia	Baixo	75	93,8%
	Elevado	5	6,3%
Ansiedade Generalizada	Baixo	43	53,8%
	Elevado	37	46,3%

3.8. Análise da Ansiedade em função das Variáveis Sociodemográficas

Relativamente ao Estado Civil dos Pais e Prática de Exercício Físico, não foram encontradas diferenças nos níveis de Ansiedade. Por outro lado, também não se observou qualquer relação entre Idade, IMC e a Ansiedade.

No que respeita ao Sexo, verificaram-se diferenças significativas no Pânico/Agorafobia ($MW=341,0$; $p=0,038$), tendo as raparigas apresentado resultados mais elevados ($M=43,17$) comparativamente aos rapazes ($M=29,81$).

Para a Raça, foram encontradas diferenças significativas na Ansiedade Generalizada ($MW=308,5$; $p=0,037$), sendo que os adolescentes de Raça Negra apresentaram níveis superiores comparativamente aos adolescentes Caucasianos ($M=50,43$; $M=36,90$).

3.9. Análise da Relação entre a Imagem Corporal e as PCA

Os resultados demonstraram a existência de diferenças na Percepção Corporal em função do Risco de PCA ($KW=31,024$; $p=0,000$), Obsessão por Emagrecer ($KW=30,611$; $p=0,000$) e Insatisfação Corporal ($KW=36,938$; $p=0,000$).

Neste sentido, observou-se que o Risco de PCA e a Insatisfação Corporal são superiores em adolescentes que desejam reduzir o tamanho corporal ($M=56,46$; $M=57,79$) comparativamente aos que desejam aumentar o tamanho corporal ($M=27,82$; $M=29,42$) ou que têm o tamanho que desejariam ter ($M=27,16$; $M=24,02$).

Relativamente à Obsessão por Emagrecer, verificou-se que esta é superior nos adolescentes que têm um tamanho corporal superior ao que gostariam de ter ($M=54,67$) comparativamente àqueles que desejam aumentar o tamanho corporal ($M=19,16$) e que têm o tamanho que desejariam ter ($M=36,32$) e, por outro lado, os adolescentes com tamanho ideal apresentaram mais Obsessão por Emagrecer comparativamente aos adolescentes com tamanho inferior ao que gostariam de ter.

No que respeita à Insatisfação Corporal, observou-se que esta tem uma correlação positiva muito forte com o Risco de PCA ($r=0,903$; $p=0,000$) e forte com a Obsessão por Emagrecer ($r=0,743$; $p=0,000$) e com a Bulimia ($r=0,473$; $p=0,000$).

3.10. Análise da Relação entre Autoconceito, Auto-Estima e as PCA

No que diz respeito ao Risco de PCA, verificou-se que este está forte e negativamente relacionado com a Auto-Estima ($r=-0,693$; $p=0,000$), Aparência Física ($r=-0,648$; $p=0,000$), Autoconceito Global ($r=-0,619$; $p=0,000$) e Competência Atlética ($r=-0,470$; $p=0,000$) e tem uma relação negativa moderada com a Competência Escolar ($r=-0,346$; $p=0,002$), Aceitação Social ($r=-0,349$; $p=0,002$) e Atracção Romântica ($r=-0,332$; $p=0,003$).

Por outro lado, os resultados demonstraram que a Obsessão por Emagrecer tem uma forte correlação negativa com a Auto-Estima ($r=-0,630$; $p=0,000$), Aparência Física ($r=-0,605$; $p=0,000$) e Autoconceito Global ($r=-0,583$; $p=0,000$) e uma correlação negativa moderada

com a Competência Escolar ($r=-0,363$; $p=0,001$), Aceitação Social ($r=-0,335$; $p=0,002$), Competência Atlético (r=-0,336; p=0,002) e Atracção Romântica ($r=-0,338$; $p=0,002$).

Para a Bulimia, verificou-se que esta tem uma relação negativa forte com a Auto-Estima ($r=-0,476$; $p=0,000$) e moderada com a Competência Atlético ($r=-0,368$; $p=0,001$), Aparência Física ($r=-0,367$; $p=0,001$) e Autoconceito Global ($r=-0,347$; $p=0,002$).

Por fim, observou-se a existência de uma correlação negativa forte entre a Insatisfação Corporal e a Aparência Física ($r=-0,656$; $p=0,000$), Auto-Estima ($r=-0,640$; $p=0,000$), Autoconceito Global ($r=-0,593$; $p=0,000$) e Competência Atlético ($r=-0,507$; $p=0,000$) e uma correlação negativa moderada com a Aceitação Social ($r=-0,335$; $p=0,000$) e Atracção Romântica ($r=-0,324$; $p=0,003$).

3.11. Análise da Relação entre a Ansiedade e as PCA

Através dos dados obtidos, verificou-se que o Risco de PCA está moderada e positivamente relacionado com a Fobia Social ($r=0,433$; $p=0,000$), Ansiedade Total ($r=0,384$; $p=0,000$) e Pânico/Agorafobia ($r=0,315$; $p=0,004$).

No que respeita à Obsessão por Emagrecer, observou-se uma correlação positiva moderada com a Fobia Social ($r=0,424$; $p=0,000$) e Ansiedade Total ($r=0,294$; $p=0,008$). Para a Bulimia, constatou-se que esta apresenta uma correlação positiva forte com a Fobia Social ($r=0,512$; $p=0,000$) e uma correlação positiva moderada com a Ansiedade Total ($r=0,345$; $p=0,002$). Por fim, foi encontrada uma correlação positiva moderada entre a Insatisfação Corporal e a Ansiedade Total ($r=0,364$; $p=0,001$) e Pânico/Agorafobia ($r=0,338$; $p=0,002$).

3.12. Análise do Impacto do Autoconceito, Auto-Estima, Insatisfação Corporal e Ansiedade no Risco de PCA

Após a análise da *Regressão Linear*, verificou-se que o melhor modelo para explicar o Risco de PCA na amostra em estudo é um modelo cujas variáveis independentes são a Insatisfação Corporal, Auto-Estima e Fobia Social ($R^2=86,1\%$).

Desta forma, quando a Auto-Estima aumenta, o Risco de PCA tende a diminuir ($B=-1,485$; $p=0,035$), quando a Insatisfação Corporal aumenta, o Risco de PCA também aumenta ($B=0,747$; $p=0,000$) e quando a Fobia Social aumenta, o Risco de PCA também aumenta ($B=0,468$; $p=0,001$).

4. DISCUSSÃO

O primeiro objectivo específico do estudo pretende compreender qual o Risco de PCA nos adolescentes em estudo. Desta forma, pode-se concluir que, embora este seja baixo, quer o Risco de PCA quer a Obsessão por Emagrecer são superiores no sexo feminino e tendem a aumentar à medida que o IMC também aumenta. Este resultado vai ao encontro com os resultados obtidos por vários estudos, segundo os quais, as raparigas apresentaram atitudes alimentares mais perturbadas (Bento, Saraiva, Pereira, Azevedo & Santos, 2011; Downs, DiNallo, Savage & Davison, 2007), maior risco para desenvolver PCA, níveis superiores em relação à obsessão por emagrecer e bulimia (Goñi & Rodriguez, 2007; Kerremans et al., 2010; Russo et al., 2011; Tao, 2010). No entanto, no presente estudo, as diferenças de género em relação à Bulimia não são significativas.

Quanto ao IMC, de acordo com o estudo realizado por Russo et al. (2011), os adolescentes com excesso de peso e obesidade apresentaram um risco superior para desenvolver PCA. No mesmo sentido, os resultados obtidos por Yiou, Yanping, Ailing, Xiaoqi, Guansheng e Guifa (2010) revelaram que um IMC elevado está significativamente associado a níveis elevados de obsessão por emagrecer e bulimia. Por outro lado, segundo Bjornely, Nordahl e Holmen (2011) existe uma relação entre problemas de peso e atitudes alimentares perturbadas. Contudo, no estudo realizado por Bento et al. (2011), adolescentes com excesso de peso e peso normal apresentaram atitudes alimentares mais perturbadas, não tendo sido encontradas diferenças em relação à motivação para emagrecer e bulimia.

Observa-se ainda que os adolescentes de Raça Negra são aqueles que demonstram maior Obsessão por Emagrecer. Vários estudos têm apontado para diferenças raciais/éticas relativamente às PCA. De acordo com os resultados obtidos por Croll, Neumark-Sztainer, Story e Ireland (2002), os adolescentes de raça negra foram aqueles que reportaram menos comportamentos alimentares perturbados. No mesmo sentido, num estudo realizado com atletas femininas de alta competição, concluiu-se que as raparigas Latinas e Caucásicas apresentaram um risco superior para desenvolver PCA comparativamente às atletas Afro-Americanas (Pernick, Nichols, Rauh, Kern, Ji, Lawson & Wilfley, 2006). Por outro lado, no estudo realizado por Shaw, Ramirez, Trost, Randall e Stice (2004), os autores esperavam que as minorias étnicas apresentassem menos perturbações alimentares do que o grupo de raça branca porém não foram encontradas diferenças nos sintomas de PCA e nos seus factores de risco.

O segundo objectivo específico tem como finalidade compreender a forma como a imagem corporal se relaciona com as PCA. Deste modo, em primeiro lugar, verifica-se que os adolescentes que desejam reduzir o seu tamanho corporal têm um risco superior para desenvolver PCA, maior Obsessão por Emagrecer e Insatisfação Corporal. Este resultado sugere a existência de distorção corporal, na medida em que a maior parte dos participantes têm um IMC normal, o que denota a existência de sobrestimação do tamanho corporal. De acordo com a literatura, nos indivíduos com PCA ou com risco para o seu desenvolvimento, a imagem corporal fica completamente distorcida. Assim, estes tendem a perceber o seu corpo, ou parte dele, como maior do que ele é na realidade, impulsionando-os a adoptarem comportamentos alimentares restritivos a fim de alcançarem uma magreza cada vez mais acentuada (Carvalho et al., 2009; Ferreira & Veiga, 2010).

Regista-se ainda que os adolescentes com o tamanho corporal desejado revelam maior Obsessão por Emagrecer do que aqueles que gostariam de aumentar o seu tamanho. Este resultado pode estar relacionado com o facto de que mesmo os indivíduos satisfeitos com a sua imagem actual procuram mantê-la a fim de continuar a corresponder aos ideais de beleza, os quais são constantemente reforçados pelos media (e.g. dietas) (Cohen, 2006; Juarez & Pritchard, 2011). Por outro lado, durante a adolescência, a influência social constitui um forte predictor de dietas e, muitas vezes, face às dietas realizadas pelos pares, os adolescentes tendem a adoptar esses comportamentos por forma a não serem rejeitados pelos grupos (Shea & Pritchard, 2007, cit. por Juarez & Pritchard, 2011).

Em segundo lugar, pode-se constatar que à medida que os adolescentes estão mais insatisfeitos com a sua imagem corporal, a Obsessão por Emagrecer, a Bulimia e o risco de PCA tendem a aumentar e que a Insatisfação Corporal constitui um forte predictor do Risco de PCA. Este resultado está em total acordo com a maior parte da literatura encontrada (e.g. Ferreira & Veiga, 2010; Rodriguez-Fernandez & Goñi, 2012; Tao, 2010). Por outro lado, perante um corpo em mudança e os padrões de beleza vigentes na sociedade actual, alcançar um corpo ideal torna-se uma tarefa difícil para muitos adolescentes, levando não só a um aumento da insatisfação corporal bem como a um aumento do recurso a dietas e outros métodos de controlo de peso, vulnerabilizando-os, desse modo, para o desenvolvimento de PCA (Croll, 2005; Damasceno et al., 2006; Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Grogan, 2008).

Verifica-se ainda que os rapazes desejam maioritariamente aumentar o seu tamanho corporal e que as raparigas desejam reduzi-lo, estando estas mais insatisfeitas com a sua imagem corporal. Por outro lado, à medida que o IMC aumenta, a Insatisfação Corporal dos adolescentes também aumenta. Estes resultados vão ao encontro de resultados obtidos por

vários estudos, segundo os quais, as raparigas e os adolescentes com excesso de peso e obesidade apresentaram níveis significativamente superiores de insatisfação corporal (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Downs et al., 2007; Huang et al., 2007; Lawler & Nixon, 2011; Matias, Rolim, Kretzer, Schmoetz & Andrade, 2010; Tao, 2010). O estudo realizado por Petroski, Pelegrini e Glaner (2009) demonstrou que os rapazes desejavam aumentar o tamanho corporal e as raparigas reduzi-lo. Este facto está fortemente relacionado com os ideais de beleza feminino e masculino, os quais valorizam a magreza e elegância feminina e a tonificação e volume muscular masculino (Grogan, 2008).

O terceiro objectivo específico do estudo, procura compreender de que forma é que o Autoconceito e Auto-Estima se relacionam com as PCA. Pode-se concluir que a diminuição da Auto-Estima, da percepção de competência na Aparência Física, Competência Atlético e Autoconceito Global, estão relacionados com o aumento da Obsessão por Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal e Risco de PCA, constituindo-se a Auto-Estima como um forte predictor relativamente a este último.

Constata-se ainda que a diminuição da competência percebida na Aceitação Social e Atração Romântica está associada ao aumento do Risco de PCA, Obsessão por Emagrecer e Insatisfação Corporal e, por outro lado, que a diminuição da Competência Escolar percebida está associada a um aumento do Risco de PCA e Obsessão por Emagrecer.

Segundo vários autores, a baixa auto-estima pode levar ao desenvolvimento de PCA, constituindo-se como um factor de risco (Rodriguez-Fernandez & Goñi, 2012; Tao, 2010) e está fortemente relacionada com a insatisfação corporal (Huang et al., 2007). O estudo realizado por Kerremans et al. (2010) para além de ter demonstrado que a auto-estima está relacionada de forma negativa com os sintomas de PCA, também revelou que estes estão fortemente relacionados com a baixa competência percebida no domínio da aparência física. O estudo demonstrou ainda que a percepção de competência no domínio da aparência física e autoconceito global constituem fortes predictores de obsessão por emagrecer e insatisfação corporal. Por seu turno, os resultados obtidos por Costarelli et al. (2011) revelaram que os adolescentes com atitudes alimentares perturbadas apresentaram níveis inferiores de competência percebida no domínio da aparência física e atracção romântica.

De acordo com McVey, Pepler, Davis, Flett e Abdolell (2002), a elevada importância na aceitação social está associada a níveis elevados de perturbações alimentares. No mesmo sentido, os resultados obtidos por O’Dea (2009) revelaram que a auto-estima e as subescalas do autoconceito estão negativamente associadas a comportamentos alimentares perturbados. Por outro lado, a necessidade de ser aceite no grupo bem como o sentimento de atractividade

são aspectos fundamentais para a auto-estima e construção da identidade na adolescência e são fortemente influenciados pela imagem corporal (Cole, Cole & Lightfoot, 2005; Coleman & Hendry, 2003; Sprinthall & Collins, 2011).

No que diz respeito à Competência Atlética, importa referir que os adolescentes que praticam exercício regularmente apresentam níveis superiores de competência percebida. Deste modo, embora não se observe uma relação entre a Prática de Exercício Físico e as PCA, estando esta associada a maior Competência Atlética percebida e esta, por sua vez, associada ao Risco de PCA, Obsessão por Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal, pode-se colocar a hipótese de que a prática regular de exercício está relacionada com a diminuição dessas variáveis.

Vários estudos têm procurado compreender a relação entre o exercício físico e as PCA. Segundo Goñi e Fernandez (2007), a prática regular de exercício físico está associada a níveis inferiores de insatisfação corporal e menor risco de PCA. No mesmo sentido, de acordo com Matias et al. (2010), os adolescentes mais activos apresentaram níveis superiores de satisfação corporal. No entanto, apesar dos seus benefícios, a prática inadequada de exercício físico pode ser prejudicial para a saúde e um factor a ter em consideração na compreensão das PCA. Assim, de acordo com o estudo realizado por Assunção, Cordás e Araújo (2002), a preocupação com o peso e a insatisfação corporal precederam o início de actividade física e a prática de exercício excessiva foi considerada como um comportamento fortemente voltado para o controlo de peso. Por outro lado, o estudo realizado por Goodwin, Haycraft, Willis e Meyer (2011), demonstrou que, nos rapazes, a obsessão por emagrecer foi um dos maiores predictores de exercício compulsivo e que, nas raparigas, a obsessão por emagrecer, bulimia e insatisfação corporal foram dos principais factores predictivos de exercício compulsivo.

Parecem existir poucos estudos que relacionem a competência escolar e as PCA. No entanto, de acordo com os resultados obtidos por Yanover e Thompson (2008a), a interferência dos sintomas de PCA e insatisfação corporal na assiduidade, atenção em sala de aula e realização de trabalhos de casa mostrou-se forte e negativamente relacionada com o desempenho académico, sobretudo nos participantes que obtiveram pontuações mais elevadas nas PCA e insatisfação corporal, mas também significativamente relacionada com a obsessão por emagrecer, bulimia e insatisfação corporal. Desta forma, os autores sugerem que o decréscimo no desempenho académico pode ser uma consequência nos indivíduos que experimentam problemas alimentares e perturbações da imagem corporal (Yanover & Thompson, 2008a; Yanover & Thompson, 2008b).

Observa-se também que o Autoconceito Global tende a aumentar com a idade e que os rapazes se percebem como mais competentes no domínio da Aceitação Social e Competência Atlético. Segundo Marsh (1989), o autoconceito tende a diminuir entre o início e meio da adolescência e a aumentar no início da idade adulta. Peixoto (2003), após uma extensa revisão de literatura, refere que apesar da relativa estabilidade das auto-percepções globais (auto-estima e autoconceito global) ao longo da adolescência, existem diferentes padrões de desenvolvimento. Assim, alguns indivíduos mantêm-nas mais ou menos constantes enquanto outros as modificam em função das suas vivências e da forma como estas influenciam os sentimentos em relação a si próprios.

Quanto às diferenças de género, o estudo realizado por Silva (2009) demonstrou que os rapazes se percebem mais competentes na área atlética e as raparigas nos aspectos comportamentais. Os resultados obtidos por Simons, Capio, Adriaenssens, Delbroek e Vandebussche (2012), revelaram que os rapazes têm níveis de autoconceito físico superiores às raparigas. Segundo Peixoto (2003), os rapazes apresentaram autoconceitos de apresentação (competência atlética, aparência física e atracção romântica) mais elevados, enquanto que as apresentaram autoconceitos sociais (aceitação social, comportamento, amizades íntimas) superiores. Todavia, nos resultados obtidos por Gentile, Grabe, Dollan-Pascoe, Twenge, Wells e Maitino (2009) e por Jackson, Zhao, Witt, Fitzgerald, Eye e Harold (2009) não foram encontradas diferenças de género na aceitação social.

O quarto e último objectivo específico, pretende compreender qual a relação entre a Ansiedade e as PCA. Verifica-se que o aumento de sintomas de ansiedade nos adolescentes está associado a um maior Risco de PCA, Obsessão por Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal. Este resultado vai ao encontro com os resultados obtidos por vários estudos, segundo os quais a ansiedade está positivamente relacionada com o risco de PCA e com atitudes alimentares perturbadas (Costarelli et al., 2011; Ruso et al., 2011).

Pode-se ainda constatar que o Risco de PCA aumenta quando os sintomas de Pânico/Agorafobia e Fobia Social apresentados pelos adolescentes também aumentam, que o aumento de sintomas de Fobia Social está fortemente associado a um aumento de Bulimia e constitui um predictor do Risco de PCA.

De acordo com vários estudos, existe uma relação entre o Pânico/Agorafobia e Fobia Social e as PCA. Para alguns autores, a Anorexia Nervosa está mais associada à Perturbação de Pânico e Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a Bulimia Nervosa está mais associada à Ansiedade Social (Bulik et al., 1997, cit. por Buckner, Silgado & Lewinsohn, 2010). Por seu turno, de acordo com a revisão de literatura realizada por Godart, Flament, Perdereau e

Jeammet (2002), o desenvolvimento de Fobia Social é superior em indivíduos com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

Em relação à Agorafobia e Perturbação de Pânico, alguns estudos encontraram diferenças na co-ocorrência com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa quando comparados com o grupo de controlo. Porém, noutros estudos, essas diferenças não se mostraram significativas (Godart et al. 2002).

Quanto ao valor predictivo da Fobia Social, alguns estudos referem que esta prediz apenas comportamentos bulímicos (Gilbert & Meyer, 2005), enquanto outros consideram que a Fobia Social prediz quer a Bulimia Nervosa quer a Anorexia Nervosa (Godart et al., 2003, cit. por Buckner et al., 2010).

O estudo realizado por Levinson e Rodebaugh (2012), que procurou compreender quais os domínios da ansiedade social mais relacionados com as PCA, revelou não só que a ansiedade social e as PCA coexistem frequentemente, assim como demonstrou que a ansiedade social relacionada com a aparência prediz a insatisfação corporal, sintomas bulímicos, preocupação com a forma e peso corporal e com a alimentação, e que o medo de avaliação negativa prediz a obsessão por emagrecer e restrição alimentar.

Por outro lado, resultados obtidos por Ray (2012) demonstraram que o isolamento social está positivamente relacionado com as PCA. Na medida em que a identidade social e as interacções sociais são cruciais para o bom desenvolvimento da auto-imagem durante a adolescência (Stein & Corte, 2007, cit. por Ray, 2012), indivíduos socialmente isolados parecem ter um risco superior para centralizar o seu auto-valor no peso e forma corporal e, conseqüentemente, maior risco para desenvolver comportamentos alimentares desajustados (Ray, 2012).

Por fim, observa-se que as raparigas apresentam mais sintomas de Pânico/Agorafobia e que os adolescentes de Raça Negra mais sintomas de Ansiedade Generalizada. De acordo com o estudo realizado por McLean, Asnaani, Litz e Homann (2011), as raparigas apresentaram maior prevalência de qualquer perturbação de ansiedade, à excepção da ansiedade social, para a qual não foram encontradas diferenças. No mesmo sentido, os resultados obtidos por Borges, Manso, Tomé e Matos (2008) demonstraram que as raparigas apresentam maior índice de sintomas de tensão, sintomas somáticos, medo de humilhação, medo de desempenho, ansiedade de separação/pânico, índice de perturbação de ansiedade e ansiedade total.

Contudo, as diferenças raciais encontradas estão em desacordo com os resultados obtidos por vários estudos. Deste modo, alguns estudos demonstraram que o risco para desenvolver

Perturbações de Ansiedade Generalizada é superior em indivíduos Brancos não Latinos comparativamente aos Americo-Asiáticos, Afro-Americanos e Latinos (e.g. Himle et al., 2009, cit. por Lewis-Fernandez et al., 2009). Em contrapartida, noutros estudos não foram encontradas diferenças raciais significativas na Ansiedade Generalizada (Brenes, Knudson, McCall, Williamson, Miller & Stanley, 2008; Lutzman et al., 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou compreender a relação entre a Imagem Corporal, Autoconceito, Auto-Estima, Ansiedade e as PCA na adolescência.

Pode-se concluir que a percepção de excesso de peso, insatisfação corporal, a diminuição da auto-estima e da percepção de competência nos domínios da aparência física, competência atlética, atracção romântica, aceitação social, competência escolar e o aumento de sintomas de ansiedade, sobretudo relacionados com a Fobia Social, estão significativamente relacionados com o aumento risco de PCA. Por outro lado, pode-se constatar que a insatisfação corporal está associada à diminuição da auto-estima e ao aumento de sintomas de ansiedade. Por fim, a insatisfação corporal, a auto-estima e a Fobia Social emergiram como fortes predictores de risco de PCA. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por outros estudos que, embora utilizem diferentes metodologias, abordam os mesmos constructos.

Na medida em que a obesidade constitui um problema de saúde pública actual, importa ainda realçar a relação encontrada entre o aumento do IMC e o risco de PCA e insatisfação corporal. Estudos recentes têm demonstrado que adolescentes com excesso de peso e obesidade apresentam maior insatisfação corporal, níveis mais baixos de auto-estima, níveis elevados de ansiedade, mais atitudes alimentares perturbadas e maior risco para desenvolver PCA (Bjornely et al., 2011; Branco et al., 2006; Downs et al., 2007; Huang et al., 2006; Lawler & Nixon, 2011; Russo et al., 2011).

Como mais-valia do presente estudo, destaca-se o facto de relacionar factores psicológicos fundamentais durante a adolescência e as PCA, cujo pico de desenvolvimento se encontra nesta fase do ciclo de vida. No entanto, salientam-se algumas limitações.

Em primeiro lugar, face à baixa consistência interna encontrada nas subescalas Obsessão-Compulsão e Medo de Danos Físicos do *Spence Children's Anxiety Scale*, não foi possível utilizá-las. Possíveis causas para esta situação podem estar relacionadas com o contexto de aplicação da prova, investigador, com a dimensão reduzida da amostra ou com características da própria escala (Urbina, 2007). Assim, é importante aferir novamente as qualidades psicométricas do *Spence Children's Anxiety Scale* numa amostra de maior dimensão, no sentido de compreender se é o instrumento mais adequado para avaliar a ansiedade em adolescentes.

Em segundo lugar, os baixos níveis de Risco de PCA, Obsessão por Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal e Ansiedade e os níveis elevados de Autoconceito e Auto-Estima

poderão estar relacionados com o facto da recolha da amostra ter decorrido em contexto de saúde, podendo levar a efeitos de desejabilidade social. Por outro lado, a morosidade do preenchimento dos questionários, poderá ter levado a enviesamentos nas respostas dos participantes.

Por fim, as diferenças encontradas entre grupos (raça, sexo, prática de exercício físico) devem ser interpretadas com precaução, na medida em que os grupos não têm, em geral, uma dimensão estatisticamente significativa (i.é., $N > 30$). Por essa mesma razão, não foi possível analisar algumas variáveis sociodemográficas. Mais, apesar de não ser possível generalizar os resultados à população, acrescenta-se o facto da amostra ser constituída maioritariamente por raparigas, tornando o estudo menos sensível às possíveis relações entre variáveis para o sexo masculino.

Estudos futuros poderão focar as relações entre o Autoconceito, Auto-Estima, Imagem Corporal, Ansiedade e as PCA, procurando compreender as diferenças de género, utilizando uma amostra mais representativa, bem como outros instrumentos.

A pertinência de estudar as diferenças de género prende-se com o facto de vários estudos apontarem para um aumento gradual de atitudes alimentares perturbadas no sexo masculino (e.g., Herpetz-Dahlmann et al., 2008, cit. por Costarelli et al., 2011) e, por outro lado, de existirem algumas contradições na literatura.

Por exemplo, no que diz respeito à auto-estima, alguns estudos apontam para a não existência de diferenças de género na magnitude das associações entre auto-estima e PCA (Kerremans et al., 2010) e outros sugerem que a auto-estima está significativamente associada ao risco de PCA, apenas no sexo feminino (Russo et al., 2011). Por outro lado, o estudo realizado por Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story, Sherwood e Berg (2007) demonstrou que a auto-estima é um factor protector para o desenvolvimento de PCA em adolescentes femininas, mas não tem qualquer associação com PCA em adolescentes masculinos.

Relativamente à ansiedade, de acordo com Whitehead (2008, cit. por Russo et al., 2011), esta parece aumentar os comportamentos para emagrecer e a compulsão alimentar em adolescentes femininas com peso normal. Já nos resultados obtidos por Russo et al. (2011), a ansiedade está significativamente correlacionada com o risco de PCA em ambos os sexos.

Em conclusão, a Imagem Corporal, o Autoconceito, a Auto-Estima e a Ansiedade, para além de serem aspectos fundamentais no bem-estar dos adolescentes, devem ser considerados na compreensão e prevenção de PCA nesta fase do ciclo de vida.

Deste modo, promover uma imagem corporal positiva, aumentar a auto-estima e a competência percebida nos seus diversos domínios, diminuir os níveis de ansiedade e

estimular competências sociais, são algumas estratégias importantes para a prevenção do desenvolvimento de PCA na adolescência (Akos & Levitt, s.d.; Newmark-Sztainer, 2009; White, 2000). Por outro lado, desencorajar dietas não saudáveis e estimular comportamentos alimentares e prática de exercício físico saudáveis, incentivar a realização de refeições em família, encorajar a família a falar menos sobre peso e a promover em casa uma alimentação saudável e prática de exercício físico são algumas recomendações úteis na prevenção de PCA e obesidade (Newmark-Sztainer, 2009).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assunção, S., Cordás, T., & Araújo, L. (2002). Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(1), 4-13.
- Akos, P., & Levitt, D. (s.d.). Promoting Healthy Body Image in Middle School. Consultado em Novembro, 17, 2012, através da fonte http://phs.princeton.edu/guidance/wellness_initiative/Promoting%20Healthy%20Body%20Image.pdf
- Bento, C., Saraiva, J., Pereira, A., Azevedo, M., & Santos, A. (2011). Atitudes e comportamentos alimentares em uma população adolescente portuguesa. *Pediatria*, 33(1), 21-28. Consultado em Setembro, 10, 2012 através da fonte <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1373.pdf>
- Bjornely, S., Nordahl, M., & Holmen, T. (2011). Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems and personality traits: the Young-Hunt study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 353-362. Consultado em Outubro, 28, 2011, através da fonte http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/EJG/01May11/59929142.pdf?T=P&P=AN&K=59929142&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqK840dvoOLCmr0qep7NSsqy4SLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssk2xqLJNuePfgex44Hy
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561. Consultado em Janeiro, 20, 2012, através da fonte <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a02.pdf>
- Branco, L., Hilário, M., & Cintra, I. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com o estado nutricional. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(6), 292-296. Consultado em Fevereiro, 2, 2012 através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n6/01.pdf>
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R., Lask, B., ..., & Zucker, N. (2010). Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 79-89.

- Brenes, G., Knudson, M., McCall, W., Williamson, J., Miller, M., & Stanley, M. (2008). Age and racial differences in the presentation and treatment of Generalized Anxiety Disorder in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1128-1136,
- Buckner, J., Silgado, J., & Lewinsohn, P. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
- Carvalho, R., Amaral, A. C., & Ferreira, M. E. (2009). Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 200-223. Consultado em Dezembro, 15, 2011, através da fonte <http://www.ufjf.br/pgedufisica/files/2010/06/Transtornos-alimentares-e-imagem-corporal-na-adolesc%C3%Aancia-uma-an%C3%A1lise-da-produ%C3%A7%C3%A3o-cient%C3%ADfica-em-psicologia.pdf>
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23. Consultado em Outubro, 12, 2012 através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>
- Center of Disease Control and Prevention – CDC. (2002). 2000 CDC Growth Charts for the United States. Methods and Development. Vital and Health Statistics, 11(246). Consultado em Setembro, 20, 2012, através da fonte <http://www.cdc.gov/growthcharts/2000growthchart-us.pdf>
- Cohen, S. (2006). Media Exposure and the Subsequent Effects on Body Dissatisfaction, Disordered Eating, and Drive for Thinness: A Review of the Current Research. *The Wesleyan Journal of Psychology*, 1, 57-71. Consultado em Novembro, 15, 2012, através da fonte <http://wesleyan.edu/psyc/mindmatters/volume01/article05.pdf>
- Cole, M., Cole, S. & Lightfoot, C. (2005). *The Development of Children*. New York: Worth Eds.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicologia de la adolescência* (4ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros
- Costarelli, V., Antonopoulou, K., & Mavrovounioti, C. (2011). Psychosocial Characteristics in Relation to Disordered Eating Attitudes in Greek Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19 (4), 322-330. Recuperado Novembro, 20, 2011 através de EBSCO.

- Croll, J. (2005). Body Image and Adolescents. In Jamie Stang & Mary Story (Eds.), *Guidelines for Adolescents Nutrition Services*. Minnesota. Recuperado em Novembro, 5, 2011, através da fonte http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/adol_ch13.pdf
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
- Damasceno, V., Vianna, V., Vianna, J., Lacio, M., Lima, J., & Novaes, J. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(2), 81-94. Consultado em Novembro, 12, 2011, através da fonte <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/691/696>
- Del Ciampo, L., & Del Ciampo, R. (2010). Adolescência e Imagem Corporal. *Adolescência & Saúde*, 7(4), 55-59. Consultado em Novembro, 10, 2011, através da fonte http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=246
- Downs, D., DiNallo, J., Savage, J., & Davison, K. (2007). Determinants of Eating Attitudes among Overweight and Nonoverweight Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41, 138-145
- Ferreira, J., & Veiga, G. (2010). Comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na adolescência: aspectos conceituais. *Adolescência & Saúde*, 7(3), 33-37. Consultado em Novembro, 10, 2011, através da fonte http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=233
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Revista Millenium: Educação, Ciência e Técnica*, 32, 141-162. Consultado em Novembro, 20, 2011, através da fonte <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Gaspar, M. (2009). *Avaliação da Insatisfação com a Imagem Corporal em Adolescentes – Associação com o Estado Ponderal e o Índice de Actividade Física*. Porto: Universidade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Consultado em Janeiro, 15, 2012, através da fonte http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54795/2/132912_09118TCD118.pdf
- Gentile, B., Grabe, S., Dollan-Pascoe, B., Twenge, J., Wells, B., & Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34-45.
- Gilbert, N., & Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: a longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 307-312.

- Godart, N., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A., & Meyer, C. (2011). Compulsive Exercise: Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 655-660.
- Goñi, A., & Rodriguez, A. (2007). Variables Associated with the Risk of Eating Disorders in Adolescence. *Salud Mental*, 30(4), 16-23. Consultado em Outubro, 10, 2012, através da fonte <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3004/sm300416.pdf>
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York: Psychology Press.
- Huang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., & Patrick, K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 245-251.
- Jackson, L., Zhao, Y., Witt, E., Fitzgerald, H., Eye, A., & Harold, R. (2009). Self-Concept, Self-Esteem, Gender, Race, and Informations Technology Use. *Cyber Psychology and Behavior*, 12(4), 437-440.
- Juarez, L., & Pritchard, M. (2011). Drive for Muscularity and Drive for Thinness: The Impact of Pro-Anorexia Websites. Consultado em Novembro, 15, 2012, através da fonte http://scholarworks.boisestate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1093&context=mcnair_journal
- Kerremans, A., Claes, L., & Bijttebier, P. (2010). Disordered eating in adolescent males and females: Associations with temperament, emotional and behavioural problems and perceived self-competence. *Personal and Individual Differences*, 49(8), 955-960
- Latzman, R., Naifeh, J., Watson, D., Vaidya, J., Heiden, L., Damon, J., ..., Young, J. (2011). Racial Differences in Symptoms of Anxiety and Depression Among Three Cohorts of Students in the Southern United States. *Psychiatry*, 74(4), 332-348.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 59-71.
- Levinson, C., & Rodebaugh, T. (2012). Social anxiety and eating disorders comorbidity: the role of negative social evaluation fears. *Eating Behavior*, 13(1), 27-35.

- Lewis-Fernandez, R., Hinton, D., Laria, A., Holfmann, S., Craske, M., Stein, D., ..., Liao, B. (2009). Culture and the Anxiety Disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 0, 1-18.
- Marôco, J. & Bispo, R. (2006). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. 2ª Edição. Ed. Climepsi. Lisboa.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões Antigas e Soluções Modernas? *Laboratório de Psicologia - ISPA*, 4(1), 65-90.
- Marsh, H. (1989). Age and Sex Effects in Multiple Dimensions of Self-Concept: Preadolescence to Early Adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 417-430.
- Matias, T., Rolim, M, Kretzer, F., Schmoelz, C., & Andrade, A. (2010). Satisfação corporal associada a prática de atividade física na adolescência. *Motriz*, 16(2), 370-376
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2004). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76. Consultado em Novembro, 19, 2011, através da fonte http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Maximiano.pdf
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B., & Homann, S. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1027-1035.
- McVey, G., Pepler, D., Davis, R., Flett, G., & Abdolell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 22, 75-95.
- Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 333-346. Consultado em Setembro, 20, 2012, através da fonte <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=2518>
- Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What can Health Care Providers Do?. *Journal of Adolescents Health*, 1-8.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N., Berg, P. (2007). Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 359-369. Consultado em Outubro, 17, 2012, através da fonte http://www.aahf.info/pdf/youth_articles/PIIS0749379707004989.pdf

- O'Dea, J. (2009). Self perception score from zero to ten correlates well with standardized scales of adolescents self-esteem, body dissatisfaction, eating disorders risk, depression and anxiety. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21, 509-517.
- Ogden, J. (2002). *The Psychology of eating*. U.S.A.: Blackwell Publishing.
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar: Estudo das relações entre auto-estima, autoconceito, rendimento académico e dinâmicas relacionais com a família e com os pares em alunos do 7º, 9º e 11º anos de escolaridade*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho. Braga.
- Peixoto, M., Alves-Martins, M., Mata, L., & Monteiro, V. (1996). Adaptação da escala de auto-conceito para adolescentes de Susan Harter para o população portuguesa. In L.S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machadon & M. R. Simões (Eds.). *Avaliação Psicológicas: Formas Contextos* (Vol. IV, pp. 531-537). Braga: APPORT
- Pernick, Y., Nichols, J., Rauh, M., Kern, M., Ji, M., Lawson, M., & Wilfley, D. (2006). Disordered Eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. *Journal of Adolescents Health*, 38, 689-695.
- Petroski, E., Pelegrini, A., & Glaner, M. (2009). Insatisfação corporal em adolescentes rurais e urbanos. *Motricidade*, 5(4), 13-25. Consultado em Outubro, 10, 2011, através da fonte <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/mot/v5n4/v5n4a03.pdf>
- Ray, J. (2012). *Implicit and Explic Social Isolation in Eating Disordered Individuals*. Master of Arts. United States: Bowling Green State University.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora
- Rodriguez-Fernández, A., & Goñi, A. (2012). *Risk of Eating Disorders and Physical Self-Concept in Adolescence*. Consultado em Outubro, 1, 2012, através da fonte <http://cdn.intechweb.org/pdfs/29051.pdf>
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From Normal Fear to Pathological Anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350.
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson
- Russo, J., Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S., & Greenway, K. (2011). Psychosocial Predictors of Eating Disorders Risk in Overweight and Obese Treatment-Seeking Adolescents. *Behaviour Change*. 28(3), 111-127
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister E. B. & Zechmeister, J. S. (2005, 7th edition). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw Hill

- Shaw, H., Ramirez, J., Trost, A., Randall, P., & Stice, F. (2004). Body image and eating disturbances across ethnic groups: more similarities than differences. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(1), 12-18.
- Silva, B. (2009). *O autoconceito em crianças e pré-adolescentes numa amostra de famílias de origem e de famílias de acolhimento*. Monografia de Final de Curso, Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Silva, D., Rego, C., Valente, A., Faria, M., Dias, C., Azevedo, L., ..., & Guerra, A. (2009). Avaliação da insatisfação corporal e da auto-estima em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade vs uma comunidade escolar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 1*, 23-31.
- Simons, J., Capiro, C. M., Adriaenssens, P., Delbroek, H., & Vandebussche, L. (2012). Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. *Research Developmental Disabilities, 33*, 874-881.
- Spence, H. (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among Children: Confirmatory Factor-Analytic Study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297. Consultado em Janeiro, 15, 2012, através da fonte <http://www.scaswebsite.com/docs/spence-1997.pdf>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566. Consultado em Janeiro, 15, 2012, através da fonte <http://www.scaswebsite.com/docs/spence-1998-scas.pdf>
- Spence, S., Barrett, P., & Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Anxiety Disorders, 17*, 605-625. Consultado em Setembro, 20, 2012, através da fonte <http://www.scaswebsite.com/docs/spence-barrett-turner2003.pdf>
- Sprinthall, N., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenquian
- Tao, Z. L. (2010). Epidemiological Risk Factor Study Concerning Abnormal Attitudes toward Eating and Adverse Dieting Behaviours among 12- to 25-Years-Old Chinese Students. *European Eating Disorders Review, 18*, 507-514.
- Tapadinhas, A. R. (2009). *Comportamento Alimentar, Qualidade de Vida e Personalidade em Pessoas Obesas: Um Estudo na População Portuguesa* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre, RS: Artmed. Walsh, W., & Betz, N. (1995). *Tests and testing* (3rd ed.). New York: Prentice-Hall.

- Weinshenker, N. (2002). Adolescents and Body Image: What's Typical and What's Not. *Child Study Center*, 6(4). Consultado em Novembro, 20, 2011, através da fonte http://www.aboutourkids.org/files/articles/mar_apr_2.pdf
- White, J. (2000). The Prevention of Eating Disorders: A Review of the Research on Risk Factors with Implications for Practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2), 76-88.
- Yanover, T., & Thompson, J. (2008a). Eating Problems, Body Image Disturbances, and Academic Achievement: Preliminary Evaluation of the Eating and Body Image Disturbances Academic Interference Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 184-187.
- Yanover, T., & Thompson, J. (2008b). Self-reported interference with academic functioning and eating disordered symptoms: associations with multiple dimensions of body image. *Body Image*, 5(3), 326-328.
- Yiou, F., Yanping, L., Ailing, L., Xiaoqi, H., Guansheng, M., & Guifa, X. (2010). Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *Public Health*, 10(314). Consultado em Novembro, 12, 2012, através da fonte <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-314.pdf>

ANEXO A

“Revisão de Conceitos”

CAPÍTULO I – ADOLESCÊNCIA

Definição

De acordo com Outeiral (1994),

A palavra Adolescência tem uma dupla origem etimológica, que caracteriza muito bem as peculiaridades desta etapa da vida. Por um lado, ela vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento. Por outro lado, Adolescência também deriva de *adolescere*, origem da palavra “adoecer”. Temos assim, nesta dupla origem etimológica, um elemento para pensar esta etapa da vida como uma aptidão para crescer (não apenas no sentido físico, mas também psíquico) e para adoecer (em termos de sofrimento emocional, com as transformações biológicas e mentais que operam nesta faixa da vida) (p. 6).

Numa perspectiva histórica, apenas recentemente, nas sociedades industrializadas, é que os adultos consideraram as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características dos adolescentes, possibilitando o reconhecimento da adolescência como um estágio de desenvolvimento humano (Sprinthall & Collins, 2011).

G. Stanley Hall (1844-1924, cit. por Sprinthall & Collins, 2011), pai da psicologia do adolescente, foi o primeiro a realçar a adolescência como um estágio especial do desenvolvimento humano, o qual começa na puberdade, por volta dos 12/13 anos e termina entre os 22 e os 25 anos. Para o autor, trata-se de um período de tempestade e tensão, no qual ocorrem mudanças significativas resultantes da maturação sexual, as quais culminariam numa nova personalidade (Ferreira & Nelas, 2006).

Actualmente, a adolescência pode ser definida como uma etapa do desenvolvimento humano situada entre a infância e a idade adulta, a qual é caracterizada por profundas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (Coleman & Hendry, 2003; Ferreira & Nelas, 2006; Sampaio, 2010).

Definir limites estáveis acerca do início e final da adolescência é uma questão complexa e pouco consensual. Pode-se considerar que a adolescência tem início por volta dos 11/12 anos,

com a entrada na puberdade (Sprinthall & Collins, 2011) e termina aos 19/20 anos, após o jovem ter realizado uma série de tarefas que lhe permitem alcançar a adultícia, nomeadamente a construção de uma identidade própria e do sentimento de autonomia (Ferreira & Nelas, 2006; Mendes, 2009; Sampaio, 2010). No entanto, nos dias de hoje, a puberdade inicia-se cada vez mais cedo e a entrada na idade adulta ocorre cada vez mais tarde, devido ao prolongamento da situação de dependência em relação aos pais, resultante de factores sociais, educativos, pessoais e económicos (Sampaio, 1997, cit. por Ferreira & Nelas, 2006; Sampaio, 2010). Mais ainda, aspectos como o sexo, etnia, meio geográfico e condição socio-económica e cultural, também interferem no estabelecimento de limites temporais estáveis (Ferreira & Nelas, 2006).

Retomando a ideia de que a adolescência é um período de sofrimento emocional (Outeiral, 1994), de facto, o desejo de permanecer criança e ao mesmo tempo de se tornar adulto, coloca o jovem diante de conflitos interiores, os quais são geradores de ansiedade (Almeida, Rêgo, Rodrigues & Simões, 2007).

Segundo Cordeiro (2009), a adolescência é uma fase com alguns riscos, apesar da sua normalidade, e com alguma carência de factores protectores, resiliência e conhecimento. É uma fase caracterizada por uma normal instabilidade, dúvidas, angústias e “abanões” afectivos. No entanto, a dificuldade na adaptação às mudanças que a caracterizam, aumenta a vulnerabilidade do jovem adolescente no seu desenvolvimento social e emocional (Coleman & Hendry, 2003).

Transformações e Características da Adolescência

Mudanças Fisiológicas

A Puberdade

A puberdade é uma fase que marca o início da adolescência (Almeida et al., 2007; Sprinthall & Collins, 2011) e pode ser definida como o processo de desenvolvimento no qual ocorrem transformações no indivíduo que começam na imaturidade física e vão até à maturidade biológica (Cole, Cole & Lightfoot, 2005), culminando no aparecimento dos caracteres sexuais secundários e na capacidade de reprodução (Cordeiro, 2009). Neste sentido, ocorrem grandes transformações na capacidade, tamanho e forma do corpo.

Associadas às mudanças pubertárias surgem as preocupações com o corpo e as dúvidas acerca da normalidade dos acontecimentos (Almeida et al., 2007). A tomada de consciência dessas alterações leva a uma desorganização e reorganização psicológica e requer a aceitação de uma imagem corporal em mudança (Ferreira & Nelas, 2006).

O Cérebro do Adolescente

Durante a adolescência, a organização e funcionamento cerebral sofrem várias alterações. Em primeiro lugar, verificam-se mudanças ao nível do lobo frontal e das respectivas funções (e.g., memória). Segundo, há um aumento significativo da substância branca, o que reflecte um aumento da comunicação neuronal e, conseqüentemente, um aumento da eficiência nos processos neuronais. Por fim, a substância cinzenta atinge um pico no início da puberdade e tende a decrescer no final da adolescência, ocorrendo neste período, um aumento do número de sinapses – *sinaptogénese*, o qual poderá estar associado ao aumento hormonal característico desta etapa (Cole et al., 2005).

Esta libertação hormonal parece ter implicações quer ao nível do aumento de peso e estatura característico do período pubertário (Pataki, 2009, cit. por Sampaio, 2010), quer ao nível do comportamento e humor do jovem (Mendes, 2009).

A diminuição do número de sinapses no final da adolescência poderá reflectir uma consolidação da eficácia do funcionamento cerebral e uma melhoria das vias neuronais. Porém, vários factores podem influenciar estes processos, nomeadamente o consumo de álcool e drogas (Cole et al., 2005).

Mudanças Psicológicas

O Desenvolvimento Cognitivo

Na adolescência, ocorrem grandes transformações nas capacidades de pensar, raciocinar e resolver problemas (Sprinthall & Collins, 2011).

Tendo em conta a perspectiva piagetiana, quando o adolescente entra no estágio das operações formais, o seu pensamento torna-se progressivamente mais flexível e abstracto (Cole et al., 2005; Coleman & Hendry, 2003; Dolle, 2005; Sprinthall & Collins, 2011). Assim, o pensamento adolescente, isto é, o pensamento formal, é caracterizado por uma maior capacidade para pensar acerca das relações lógicas de um problema (Cole et al., 2005), pensar

possibilidades (Sprinthall & Collins, 2011) e testar hipóteses não apenas da realidade concreta (Dolle, 2005) – *raciocínio hipotético* -; capacidade para planejar e planificar tarefas (Cole et al., 2005; Sprinthall & Collins, 2011); capacidade para metapensar (Sprinthall & Collins, 2003, cit. por Mendes, 2009); e capacidade para reflectir sobre os seus pontos de vista e os dos outros (Sprinthall & Collins, 2011) através da aquisição de uma teoria da mente cada vez mais sofisticada (Cole et al., 2005).

Estas alterações têm implicações importantes nas competências do jovem relativamente ao modo de comunicação, à forma como se relaciona com o outro, tomada de decisões e negociação (Coleman & Hendry, 2003).

A Identidade e o Eu

Responder à questão “quem sou eu” é um processo particularmente complexo (Cole et al., 2005) e que envolve mais do que uma lista de auto-descrições (Moshman, 2004, cit. por Cole et al., 2005).

William James (1842-1910, cit. por Cole et al., 2005), propõe a existência de dois componentes do self: “Mim” (dimensão mais objectiva, isto é, o que uma pessoa sabe de si própria) e o “Eu” (dimensão mais subjectiva, ou seja, aquele que guia e dirige o self). Mais tarde, Harter (1999, cit. por Cole et al., 2005) inclui no “Eu” diferentes dimensões: “consciência do self” (apreciação do estado interno próprio – e.g., necessidades, pensamentos e emoções); “actividade do self” (sentimento de ser autor de pensamentos e acções ao longo do tempo); “continuidade do self” (noção de que a pessoa se mantém a mesma ao longo do tempo); e “coerência do self” (sentimento de um self único e coerente).

Assim, o grande dilema para um jovem que se deseja integrar na sociedade é existir entre desempenhar os papéis apropriados e o Eu. Se, por um lado, é importante poder desempenhar os papéis correctos nos diversos contextos sociais e posteriormente as regras adequadas a essas situações, por outro, é igualmente importante manter elementos de individualidade, ou seja, o Eu (Coleman & Hendry, 2003). Mais ainda, a construção e manutenção do autoconceito na adolescência é um processo bastante complexo na medida em que existem diversos factores que contribuem para estas alterações, tais como modificações físicas, crescimento intelectual, crescente independência emocional, maior tomada de decisões relacionadas com valores, comportamentos sexuais, escolha de amigos, fase de experimentação de diferentes papéis e por aí adiante (Coleman & Hendry, 2003).

De acordo com a perspectiva de Erik Erikson (1902-1994), a principal tarefa da adolescência é a resolução da “crise de identidade” e a subsequente construção da mesma. Trata-se de um processo que integra as transformações pessoais, as exigências sociais e as expectativas em relação ao futuro e envolve a construção do sentido de unidade e o reconhecimento do mesmo por parte dos outros. No entanto, perante as suas próprias transformações e uma sociedade em constante mudança e com regras incoerentes, a tarefa do adolescente torna-se mais difícil (Cole et al., 2005; Sprinthall & Collins, 2011).

Para o autor, a base da personalidade adulta é a forma como nos vemos a nós próprios e como os outros nos vêem. Perante um autoconceito estável e positivo, o jovem irá desenvolver uma identidade pessoal estável, com confiança em si mesmo, nos outros e comprometer-se-á com os valores humanos universais. Caso contrário, resultará uma identidade difusa (Sprinthall & Collins, 2011).

Em suma, a adolescência é um momento de luta para determinar a natureza do Eu, para consolidar uma série de escolhas, num todo coerente, que constitua a sua pessoa, diferente dos pais e de outras influências formativas (Coleman & Hendry, 2003) e, desse modo, construir a sua identidade.

Mudanças Sociais

A Relação de Pares

Na adolescência, os jovens tendem a passar mais tempo com os pares do que com os pais ou outros adultos. Os grupos de pares aumentam e diversificam-se e as amizades ou relações mais próximas intensificam-se (Cole et al., 2005).

Assim, os pares ocupam um papel central, na medida em que oferecem apoio social fora da família, ou seja, proporcionam um conjunto alternativo de valores e opiniões, contribuem para o desenvolvimento de competências sociais e para a formação da identidade (Coleman & Hendry, 2003; Sprinthall & Collins, 2011).

Apesar dos seus aspectos positivos, o grupo também poderá ter um impacto negativo no desenvolvimento. Desta forma, face à pressão do grupo, à necessidade comum aos jovens de ser aceite no grupo, às próprias características de personalidade e a ambientes familiares mais destrutturados, os jovens poderão adoptar comportamentos desajustados ou desenvolver perturbações psicológicas (Cole et al., 2005; Coleman & Hendry, 2003; Sprinthall & Collins, 2011).

Relação com a Família

Todo o fenómeno adolescente é profundamente influenciado pelo desenvolvimento social, intelectual e emocional fomentado pelas relações familiares (Sprinthall & Collins, 2011).

Durante este período, os jovens procuram uma certa autonomia face às figuras parentais, contudo, não se separam completamente dos mesmos. Tal como na infância, os pais continuam a ter um papel fundamental na vida do adolescente, devendo não só continuar a providenciar cuidados básicos, bem como envolver-se, promover, encorajar ou limitar as actividades realizadas pelos filhos, num ambiente de segurança e de qualidade afectiva (Cole et al., 2005).

Assim, num ambiente de segurança e confiança, o adolescente poderá experimentar novas ideias e perspectivas ou expressar novos sentimentos, o que contribui de forma positiva para o seu crescimento, nomeadamente para o processo de autonomia emocional e formação da identidade (Cole et al., 2005; Sprinthall & Collins, 2011).

CAPÍTULO II – A IMAGEM CORPORAL

Imagem Corporal e Satisfação com a Imagem Corporal

Segundo Silder (1935, 1950), a imagem corporal pode ser entendida como a imagem subjectiva do próprio corpo, formada na mente de cada indivíduo. Para o autor, a imagem corporal é perceptiva e é construída de forma dinâmica a partir das interacções sociais e de acordo com os padrões de uma cultura, reflectindo, dessa forma, atitudes e interacções com os outros (Grogan, 2008; Maximiano, Miranda, Tomé, Luís, & Maia, 2004; Ogden, 2002).

Thompson et al. (1999, cit. por Grogan, 2008) defendem que a imagem corporal é uma forma de padronizar as diferentes dimensões que a compõem, nomeadamente a satisfação com o peso, satisfação corporal, orientação da aparência, corpo ideal, esquema corporal, distorção corporal, avaliação da aparência, estima corporal, padrão de corpo, percepção corporal, perturbação da imagem corporal, entre outros.

Actualmente, a imagem corporal pode ser entendida como um constructo dinâmico e multidimensional (Croll, 2005; Damasceno, Vianna, Vianna, Lacio, Lima & Novaes, 2006), que reflecte as percepções, pensamentos, atitudes e emoções de uma pessoa em relação ao seu corpo (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Grogan, 2008; Weinshenker, 2002) e pode ser

modificada por factores pessoais (e.g., idade, sexo, importância atribuída ao corpo, personalidade, experiências anteriores) e sociais (e.g., família, pares, media, cultura) (Croll, 2005; Damasceno et al., 2006; Grogan, 2008; Holmqvist & Frisén, 2010; Ogden, 2002).

Perante a influência destes factores, os indivíduos poderão desenvolver atitudes e sentimentos positivos ou negativos em relação à sua imagem corporal. Neste sentido, a satisfação corporal pode ser entendida como uma avaliação positiva da imagem corporal, que permite ao indivíduo ter um desempenho emocional e social adequado (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010). Por outro lado, a insatisfação corporal diz respeito a sentimentos e pensamentos negativos relativamente à aparência, tamanho, forma, tonificação muscular e peso corporal (Cash & Szymanski, 1995, cit. por Grogan, 2008), influenciando, desse modo, o bem-estar emocional e a qualidade de vida (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010).

Segundo Ogden (2002), a insatisfação corporal pode ser considerada tendo em conta três perspectivas: 1) distorção do tamanho e percepção do corpo como maior do que ele é realmente; 2) discrepância entre a imagem percebida e a imagem ideal sem, no entanto, ser necessário medir objectivamente o tamanho corporal; 3) sentimentos e cognições negativas sobre o corpo.

Imagem Corporal e a Insatisfação Corporal na Adolescência

A imagem corporal é um aspecto central durante a adolescência (Damasceno et al., 2006), na medida em que a forma como o jovem percebe o seu corpo é fundamental para a construção da sua identidade (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010).

Face às mudanças pubertárias, os jovens experimentam uma reorganização da imagem corporal (Damasceno et al., 2006), estranhando, muitas vezes, o seu próprio corpo (Weinshenker, 2002). Mais ainda, a adolescência é um período em que as normas vigentes no grupo de pares e as expectativas sociais têm um grande impacto (Barbosa, 2008, cit. por Sampaio, 2010; Sprinthall & Collins, 2011), influenciando as reacções pessoais do jovem às suas alterações corporais, as quais determinam a imagem corporal, a auto-estima e a identidade sexual (Sprinthall & Collins, 2011).

Desta forma, perante uma sociedade que valoriza a magreza e elegância feminina e a tonificação e volume muscular masculino, os adolescentes estão mais vulneráveis a desenvolver sentimentos e atitudes negativas em relação ao seu corpo (Croll, 2005; Damasceno et al., 2006; Grogan, 2008).

De acordo com a literatura, as raparigas tendem a estar mais insatisfeitas com o seu corpo, adoptando frequentemente estratégias para perder peso, nomeadamente dietas restritivas, prática excessiva de exercício físico e outros métodos de controlo de peso pouco saudáveis (e.g., vômito, uso de laxantes). No entanto, os rapazes também apresentam níveis de insatisfação corporal, aspirando um corpo mesomórfico, isto é, viril e com um bom desenvolvimento muscular, adoptando, frequentemente estratégias como excesso de exercício físico e consumo de esteróides anabolizantes (Damasceno et al., 2006; Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Ogden, 2002).

Estes comportamentos, poderão colocar os jovens em risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, perturbações dismórficas corporais e dismorfias musculares, comprometendo, dessa forma, a sua saúde (Croll, 2005; Damasceno et al., 2006; Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Weinshenker, 2002).

De acordo com alguns estudos, existem diversos factores psicológicos que estão relacionados com a insatisfação corporal, nomeadamente baixa auto-estima, autoconceito, ansiedade, depressão e tendências obsessivo-compulsivas em relação à alimentação (Costarelli, Antonopoulou & Mavrovounioti, 2011; Damasceno et al., 2010; Martins, Nunes & Noronha, 2008; Perrin, Boone-Heinone, Field, Coyne-Beasley & Gordon-Larsen, 2010; Silva et al., 2009; Weinshenker, 2002). A insatisfação corporal parece constituir um dos principais factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Costarelli et al., 2011; Lawler & Nixon, 2011).

Um outro aspecto que parece estar significativamente associado à insatisfação corporal é o índice de massa corporal (IMC). Neste sentido, os estudos apontam para que quanto maior for o IMC, maior será o nível de insatisfação corporal (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Downs, DiNallo, Savage & Davison, 2007; Lawler & Nixon, 2011).

Por fim, a prática de actividade física também parece ser um factor relevante para a imagem corporal, no sentido em que indivíduos fisicamente activos parecem ter níveis superiores de satisfação corporal (Matias, Rolim, Kretzer, Schmoetz & Andrade, 2010).

CAPÍTULO III – PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR (PCA)

Definição

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações complexas e multidimensionais que reflectem a interacção entre factores psicológicos, biológicos e socio-culturais. Manifestam-se por comportamentos alimentares patológicos e têm consequências sérias na qualidade de vida (Maximiano et al., 2004), saúde física e psicossocial (Costarelli et al., 2011; Ogden, 2002). Caracterizam-se ainda por uma preocupação intensa não só com o corpo, mas com o peso e com os alimentos (Souto & Ferro-Bucher, 2006, cit. por Carvalho, Amaral & Ferreira, 2009; Ferreira & Veiga, 2010).

Dentro das PCA destacam-se a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). No entanto, dependendo da intensidade e frequência dos sintomas, estes podem não preencher o critério completo para o diagnóstico de AN ou BN, sendo, dessa forma, incluídos nas Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE).

Anorexia Nervosa (AN)

Etimologicamente, Anorexia deriva do Grego an (“privação” ou “negação”) e orexis (“apetite”), significando, portanto, a negação do desejo de comer. No entanto, o termo clínico Anorexia Nervosa, que designa a negação do desejo de comer devido a uma condição mental, apenas foi utilizado a partir de 1874 (Costin, 2007). Na realidade, o termo anorexia é paradoxal na medida em que raramente existe uma perda de apetite mas sim um intenso desejo de controlá-lo (Costin, 2007).

Os indivíduos com AN apresentam geralmente uma obsessão pela magreza e comida, medo (por vezes patológico) de ganhar peso, um controlo rígido, somatização de emoções e procuram a perfeição (Costin, 2007). Brady e Rieger (1972, cit. por Ogden, 2002) sugerem que nestes indivíduos, comer provoca ansiedade e, conseqüentemente, a anorexia permite reduzi-la através do evitamento da comida. Assim, com o evoluir da doença, a dieta é cada vez mais rigorosa, tornando-se a perda de peso uma fonte de sucesso e a ingestão excessiva de alimentos uma fonte de fracasso (Costin, 2007).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os critérios diagnósticos para a AN são: A) recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao mínimamente normal para a idade e altura (e.g., perda de peso excessiva ou incapacidade para ganhar o peso esperado); B) medo intenso

em ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso é insuficiente; C) perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação ou negação da gravidade do emagrecimento actual; D) nas jovens, após a menarca, amenorreia. Pode-se ainda distinguir dois tipos específicos na AN: Tipo Restritivo, em que durante o episódio de AN, a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes; e Tipo Purgativo, no qual a pessoa tem comportamento bulímicos ou purgativos.

Bulimia Nervosa (BN)

O termo Bulimia tem a sua origem na palavra grega boulimia (“fome de boi”) e significa apetite exagerado ou fome insaciável (Costin, 2007). Relativamente ao termo Bulimia Nervosa (BN), este foi utilizado inicialmente por Russell (1979, cit. por Ogden, 2002) para descrever uma variante da AN, sugerindo que a BN consistia num desejo incontrolável de comer, num medo intenso de engordar, evitando-o através da indução de vômito e/ou abuso de comportamentos purgativos.

Os indivíduos com BN apresentam períodos de ingestão compulsiva frequentes, comportamentos compensatórios, um fraco auto-controlo, medo de engordar e desejo de emagrecer (Costin, 2007; Ogden, 2002). Neste sentido, após um episódio de ingestão compulsiva, o qual está associado a um aumento dos níveis de ansiedade, os indivíduos recorrem a comportamentos compensatórios na tentativa de se libertarem do excesso de alimento. No entanto, apesar dos comportamentos compensatórios serem mais frequentes após períodos de ingestão compulsiva, com o avançar da doença, estes tendem a ocorrer após a ingestão de doses normais ou pequenas (Costin, 2007).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), os critérios diagnósticos para BN são: A) episódios recorrentes de ingestão compulsiva; B) comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, para impedir o ganho ponderal; C) a ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos; D) a auto-avaliação é inadequadamente influenciada pelo peso e forma corporais; E) a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN. Tal como na AN, existem dois tipos específicos de BN: Tipo Purgativo e Tipo Não Purgativo (no qual ocorrem comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejum ou excesso de exercício físico).

Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE)

Segundo Appolinário (2005, cit. por Ferreira & Veiga, 2010), nas PCASOE encontram-se pessoas cujo quadro clínico se assemelha à AN ou BN, embora não preencham totalmente os seus critérios diagnósticos, pela ausência de um aspecto clínico essencial. Assim, com base no DSM-IV-TR (2002), alguns exemplos são: 1) mulheres com todos os critérios de AN mas sem amenorreia; 2) presença de todos os critérios de AN ainda que com a perda excessiva de peso, este se mantenha normal; 3) presença de todos os critérios de BN mas os episódios de ingestão compulsiva e comportamentos compensatórios têm uma duração e frequência inferior; 4) uso de comportamentos compensatórios por pessoas de peso normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimento; 5) perturbação de ingestão compulsiva, na qual ocorrem episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça sem o recurso a comportamentos compensatórios inapropriados.

Focando a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC), embora no DSM-IV-TR esta não seja reconhecida como uma perturbação específica, foi proposta como tal para o DSM-V (Keel, Brown, Holm-Denoma & Bodell, 2011).

Assim, nos anos 80, os estudos na área da obesidade e BN mostraram que muitas pessoas tinham problemas de ingestão compulsiva sem outros critérios para BN e, portanto, deveriam estar noutra categoria. Mais tarde, em 1992, o termo Ingestão Compulsiva foi publicado por Robert Spitzer no *International Journal of Eating Disorders* e em 2004 é publicado no DSM-IV (Costin, 2007).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os critérios para PIC são: A) episódios recorrentes de ingestão compulsiva; B) os episódios de ingestão compulsiva estão associados a três ou mais dos seguintes – 1) comer muito mais rapidamente do que o normal; 2) comer sentindo-se completamente desconfortável; 3) comer grandes quantidades de comida quando não se sente fisicamente fome; 4) comer sozinho por vergonha da quantidade ingerida; 5) sentir-se muito triste ou deprimido após o excesso alimentar; C) profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas, D) as ingestões compulsivas têm lugar pelo menos dois dias por semana durante seis meses; E) a ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas.

PCA. Idade e Género

Segundo a literatura, o pico para o desenvolvimento de AN ocorre por volta dos 16/17 anos, sendo o padrão semelhante para a BN (Bravender et al., 2010; Ogden, 2002). As profundas alterações que ocorrem na adolescência tornam este período do desenvolvimento particularmente vulnerável para o desenvolvimento de PCA (Bravender et al., 2010; Fonseca, 2011). Ao deparar-se com a transformação de um corpo de criança num corpo adulto, a perda de peso torna-se uma meta para quase todos os adolescentes, gerando uma preocupação constante em fazer dietas e um nível elevado de insatisfação. Porém, a forma como o adolescente lida com essa insatisfação pode ser determinante para a adopção de um comportamento ajustado ou não (Carvalho et al., 2009).

Em relação ao género, os estudos têm mostrado algumas diferenças a este nível. Assim, tanto a AN como a BN são mais frequentes no sexo feminino (Downs et al., 2007; Kerremans, Claes & Bijttebier, 2010; Ogden, 2002; Russo, Brennan, Walkley, Fraser & Greenway, 2011). Apesar disso, a prevalência de AN masculina parece estar a aumentar sobretudo em grupos vulneráveis tais como modelos e bailarinos (Buckley, Freyne & Walsh, 1991, cit. por Ogden, 2002). No entanto, os rapazes parecem desenvolver mais comportamentos no sentido de aumentar a massa muscular, de extremo culto do corpo e outras atitudes e comportamentos associados à dismorfia muscular (e.g., Labre, 2002, cit. por Ricciardelli & McCabe, 2004).

Por outro lado, segundo Woodside et al. (2001, cit. por Ricciardelli & McCabe, 2004), quando se consideram as PCASOE, estas diferenças de género tendem a atenuar-se.

Factores de Risco para o Desenvolvimento de PCA

Determinar a causa das PCA é um processo muito complexo, já que se trata de um fenómeno multifactorial. Porém, os estudos têm-se preocupado em identificar alguns factores de risco que, embora sejam apresentados, em geral, de forma separada, se inter-relacionam e influenciam.

Segundo a literatura, parece existir uma vulnerabilidade genética bem como algumas alterações nas vias e funções neuronais (Klump, Bylik, Kaye, Treasure & Tyson, 2009; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Seabra, 2011). Contudo, separar a genética do meio ambiente é um processo difícil e inadequado (Costin, 2007).

Outro aspecto que parece estar relacionado com as PCA é o IMC. Assim, vários estudos revelam a existência de uma correlação positiva entre o IMC e as PCA (Bjornely, Nordahl & Holmen, 2011; Downs et al., 2007; Russo et al., 2011).

Ao IMC pode-se associar outro aspecto específico da adolescência, isto é, a puberdade. Desta forma, alterações de peso e forma corporal características do sexo feminino, levam muitas vezes a níveis elevados de insatisfação corporal e, conseqüentemente, ao uso de métodos de controlo de peso, tais como dietas (Ricciardelli & McCabe, 2004; Shisslak & Crago, 2001), o que revela um maior risco de PCA no sexo feminino. No entanto, para os rapazes o efeito das alterações pubertárias ainda é pouco consensual (Ricciardelli & McCabe, 2004).

Ao nível psicológico, as PCA têm uma relação significativa com a baixa auto-estima, auto-avaliação negativa, insatisfação corporal, ansiedade, depressão, alterações relacionais, consumo de álcool e outras substâncias, temperamento, personalidade, perdas e acontecimentos traumáticos (Bjornely et al., 2011; Costarelli et al., 2011; Downs et al., 2007; Fonseca, 2011; Kerremans et al., 2010; Morgan et al., 2002; Ricciardelli & McCabe, 2004; Russo et al., 2011; Seabra, 2011; Shisslak & Crago, 2001).

Relativamente à relação entre os aspectos familiares e as PCA podem-se destacar alguns factores de risco, nomeadamente obesidade familiar, presença de PCA, negligência, hiperprotecção, conflitos familiares, perda parental, separação parental, hipervalorização do peso e forma corporal e psicopatologia parental (Bacalhau & Moleiro, 2010; Fonseca, 2011; Morgan et al., 2001; Shisslak & Crago, 2001).

Por fim, e não menos importantes, os factores socioculturais também têm um impacto significativo nas PCA, sobretudo na adolescência. Variáveis como raça/etnia, nível socioeconómico e excesso de exercício parecem ter uma forte relação com esta problemática (Ricciardelli & McCabe, 2004). Por outro lado, numa sociedade onde os padrões de beleza são extremamente valorizados, muito reforçados pelos media, os níveis de insatisfação corporal tendem a aumentar, levando a um maior risco de PCA (Costin, 2007; Morgan et al., 2002; Ricciardelli & McCabe, 2004; Schisslak & Crago, 2001). Para além disso, a pressão exercida pelos pares também parece ter um grande impacto (Ricciardelli & McCabe, 2004; Schisslak & Crago, 2001).

CAPÍTULO IV – AUTO-ESTIMA E AUTOCONCEITO

Enquadramento Histórico da Auto-Estima e Autoconceito

Em termos históricos, William James foi o primeiro autor a analisar o autoconceito de um ponto de vista psicológico. Em 1890, o autor propõe a existência de dois componentes do self: “Eu” (“I-self”) e o “Mim” (“Me-self”). O primeiro corresponderia à dimensão mais subjectiva, ou seja, ao Eu enquanto conhecedor, que organiza e interpreta as experiências do indivíduo. O segundo representaria a dimensão mais objectiva, isto é, o Eu enquanto objecto conhecido (e.g., self material, self social e self espiritual) (Cole et al., 2005; Fox, 1997). Neste sentido, considera que o self global é simultaneamente “Eu” (sujeito que conhece e observa) e “Mim” (sujeito alvo das autopercepções), sendo o que cada pessoa sabe sobre si, resultado das características destas duas dimensões do self.

Para James, o autoconceito organiza-se de forma hierárquica, estando o self espiritual no topo da hierarquia e considera a auto-estima como o resultado da discrepância entre o nível de sucesso que a pessoa consegue alcançar e o nível de sucesso que a mesma desejaria alcançar, isto é, a discrepância entre o self real e o self ideal.

Posteriormente, surgiu o interesse pela perspectiva interaccionista, que se refere à influência do meio ambiente na construção do autoconceito e autoestima. De acordo com a corrente do interaccionismo simbólico, a construção do autoconceito e da auto-estima resulta de um processo de internalização, através do qual o indivíduo se apropria dos valores e opiniões dos outros acerca de si próprio (Harter, 1999, cit. por Peixoto, 2003).

Tendo em conta o conceito de “espelho” de Cooley (1902, cit. por Peixoto, 2003), é através da forma como os outros nos vêem que construímos representações sobre nós próprios. Para Mead (1934, cit. por Peixoto, 2003), o self, ao mesmo tempo “Eu” e “Mim”, é o produto de um processo social, isto é, é socialmente regulado e regulador da vida social. Assim, segundo a autora, assumir o papel dos outros e interiorizar as suas atitudes é um requisito para a construção do self.

Em suma, de acordo com esta perspectiva, os indivíduos respondem aos estímulos envolventes de acordo com o significado que os outros têm para si, significado esse que é fruto da interacção social e é alterado pela interpretação do indivíduo, consoante o contexto da interacção.

Por fim, pode-se ainda considerar a abordagem fenomenológica da auto-estima e do autoconceito. Segundo Rogers (s.d.), o impacto de uma experiência depende do significado

atribuído pela pessoa a essa mesma experiência. As experiências que ocorrem na vida de um indivíduo são simbolizadas, percebidas e organizadas em determinada relação com o self, ou seja, podem ser ignoradas caso não exista relação com a estrutura do self, negadas ou distorcidas no caso de serem inconsistentes com a estrutura do self. Neste sentido, muitas vezes, as pessoas tendem a eliminar aspectos que estão de acordo ou em desacordo com o seu autoconceito.

Autoconceito e Auto-Estima - Definição

“As representações que cada pessoa constrói acerca de si própria permitem interpretar e dar significado às experiências quotidianas, possibilitando a manutenção de uma imagem coerente de nós próprios” (e.g., Harter, 1999, cit. por Peixoto, 2003, p. 1). Neste sentido, quer o autoconceito quer a auto-estima reenviam para essas representações.

No entanto, definir autoconceito e auto-estima parece ser um processo complexo e pouco consensual, na medida em que nem todos os autores os consideram como conceitos distintos e outros utilizam-nos como sinónimos (Peixoto, 2003).

O autoconceito pode ser definido como um esquema cognitivo, uma estrutura organizada de conhecimento que contém traços, valores e memórias episódicas e semânticas do self e que controla o processamento de informação relevante para o próprio indivíduo (e.g., Greenwald & Pratkanis, 1984, cit. por Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavalley & Leham, 1996).

Vaz Serra (1986), considera o autoconceito como um fenómeno gradual, que resulta da intervenção de diversas variáveis, nomeadamente o modo como os outros observam o indivíduo, a forma como ele considera o seu desempenho em situações específicas, a comparação do seu comportamento com o dos seus pares e ainda com os valores veiculados por grupos normativos.

Para Purkey (1970, 1988, cit. por Peixoto, 2003), o autoconceito é o conjunto de crenças que uma pessoa pensa serem verdadeiras acerca de si mesma. Hattie (1992, cit. por Peixoto, 2003) considera que o autoconceito consiste nas avaliações cognitivas que incluem as crenças ou conhecimentos sobre as descrições, prescrições e avaliações de nós próprios.

Mais recentemente, Carless e Fox (2003) defendem que o autoconceito é uma auto-descrição das capacidades, actividades, qualidades, características, dos valores e dos papéis do Eu.

Segundo Campbell et al. (1996), é possível distinguir os conteúdos do autoconceito e a sua estrutura. Os conteúdos podem ser subdivididos em componentes de conhecimento

(“quem/o que sou eu?”) e componentes avaliativos (“como é que me sinto comigo?”). Os primeiros incluem crenças sobre atributos específicos de uma pessoa em relação a si própria, papéis, valores e competências pessoais. Os segundos incluem a auto-estima e auto-avaliação global do indivíduo. Ou seja, o autoconceito teria um carácter essencialmente cognitivo e corresponderia ao conjunto de crenças que os indivíduos possuem acerca de si próprios, enquanto a auto-estima seria a componente afectiva da representação que a pessoa constrói (Campbell & Lavelle, 1993, cit. por Peixoto, 2003).

De acordo com Coopersmith (1967, cit. por Avanci, Assis, César dos Santos & Oliveira, 2007), a auto-estima pode ser entendida como a avaliação que a pessoa faz em relação a si própria, reflecte uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si e envolve o auto-julgamento em relação à competência e valor, o qual é expresso através das atitudes que a pessoa tem consigo mesma. Rosenberg (1986, cit. por Janeiro, 2008) considera a auto-estima como uma atitude positiva ou negativa em relação ao self, a qual implica um sentimento de valor. No mesmo sentido, Harter (1993a, cit. por Peixoto, 2003) compreende a auto-estima enquanto a visão global que a pessoa tem de si própria, com uma componente essencialmente afectiva.

Em suma, de acordo com Peixoto (2003), a distinção entre autoconceito e auto-estima é clara quer do ponto de vista conceptual quer do ponto de vista dos instrumentos de avaliação.

Em termos conceptuais, pode-se definir o autoconceito como o conjunto de representações, resultantes de avaliações de cariz cognitivo, relativas a domínios específicos de competência e ao seu sumatório (i.é., autoconceito global). Por outro lado, a auto-estima possui uma forte componente afectiva e corresponde a avaliações de cariz global.

Relativamente às questões metodológicas, em alguns instrumentos de avaliação do autoconceito global este é obtido através do sumatório dos autoconceitos nas diferentes dimensões do mesmo (e.g., Escala de Piers Harris). Por seu turno, em escalas de avaliação da auto-estima global (e.g., Rosenberg; Perfis de Autoconceito de Susan Harter), esta é obtida a partir de respostas a itens que apelam a uma auto-avaliação global por parte do sujeito, não sendo, portanto, inferida por domínios específicos de competência.

Características do Autoconceito e da Auto-estima

De acordo com Shavelson, Hubner e Stanton (1976, cit. por Peixoto, 2003), o autoconceito apresenta as seguintes características: 1) é organizado e estruturado, na medida em que as pessoas categorizam a informação sobre si próprias e inter-relacionam essas

categorias; 2) é multidimensional, ou seja, é constituído por diferentes dimensões (e.g., autoconceito social, autoconceito físico); 3) é hierárquico, encontrando-se o autoconceito global no topo da hierarquia; 4) é estável no topo da hierarquia embora essa estabilidade se torne progressivamente menor à medida que se desce na hierarquia; 5) torna-se progressivamente multifacetado com a idade; e 6) possui uma dimensão descritiva e avaliativa.

O modelo hierárquico de organização do autoconceito proposto inicialmente por Shavelson et al. (1976, cit. por Peixoto, 2003) sugere que o autoconceito global se subdivide em autoconceito académico e autoconceito não académico, os quais, por sua vez, se subdividem, por exemplo, em autoconceito matemático e autoconceito da língua materna, e autoconceito físico e autoconceito social, respectivamente. No entanto, alguns autores foram efectuando algumas alterações quanto à sua organização (e.g., Marsh, 1997).

Outros autores (e.g., Harter, 1985, cit. por Candeias, 1999), defendem uma organização concêntrica do autoconceito. Assim, de acordo com este modelo, o essencial é compreender o diferente significado que os vários aspectos do autoconceito têm para cada indivíduo, bem como a forma como estes valorizam as diferentes facetas do self. Este modelo baseia-se no pressuposto de que nem todas as dimensões do autoconceito contribuem da mesma forma para o sentimento das pessoas, existindo dimensões determinantes para o valor que cada pessoa atribui a si própria e outras menos relevantes. Neste sentido, o peso e contribuição de cada dimensão depende da sua centralidade.

Relativamente à auto-estima, esta pode ser considerada como o resultado de uma avaliação global do indivíduo, é unidimensional e tem uma forte componente afectiva. Desta forma, pode ser classificada como positiva/negativa ou elevada/baixa (Peixoto, 2003).

Relação entre o Autoconceito e a Auto-estima e sua Relação com Outras Variáveis

Para alguns autores que distinguem autoconceito e auto-estima, esta última engloba o autoconceito, constituindo a sua componente afectiva (e.g., Osborne, 1996, cit. por Peixoto, 2003). Outros autores (e.g., Harter, 1999) consideram que a auto-estima resulta não do mero sumatório das diferentes auto-percepções, mas da relação destas com a importância atribuída às diferentes facetas do autoconceito.

Com base no modelo de James, Harter considera que a auto-estima resulta da discrepância entre a percepção de competência nos diferentes domínios do autoconceito e a importância dada a esses domínios. Considera ainda que o autoconceito apenas é influenciado

pelos domínios verdadeiramente importantes para a pessoa, pelo que apenas essas dimensões são considerados no cálculo da discrepância (e.g., Harter, 1988, cit. por Peixoto, 2003).

De acordo com a autora, níveis de competência percebida elevados em áreas consideradas importantes estão associados a uma auto-estima elevada. Por outro lado, níveis de competência percebida reduzidos nessas áreas, estão associados a baixa auto-estima. No entanto, níveis de competência percebida em áreas consideradas pouco importantes, não produzem qualquer efeito (Harter, 1993, cit. por Candeias, 1999; Harter, 1993a, 1999, cit. por Peixoto, 2003).

Aspectos como a idade, sexo, raça, estatuto socio-económico, rendimento académico e aprovação ou desaprovação dos pais e pares exercem uma grande influência no desenvolvimento e manutenção do autoconceito e auto-estima (Candeias, 1999; Cole et al., 2005; Peixoto, 2003; Zambon, 2003).

Na infância, as auto-descrições são pouco complexas devido ao precário desenvolvimento cognitivo. No entanto, o suporte parental e social e a existência de experiências emocionais positivas durante este período são de extrema importância para o desenvolvimento de um autoconceito e auto-estima positivos, quer na adolescência quer na vida adulta (Cole et al., 2005; Sisto, Batholomeu, Rueda & Fernandes, 2004; Peixoto, 2003).

Os vários estudos realizados por Susan Harter demonstraram que a auto-estima é um indicador de saúde mental importante. Assim, níveis elevados de auto-estima na infância são um bom predictor de satisfação e felicidade no futuro, enquanto que níveis baixos de auto-estima estão associados a depressão, ansiedade e desajustamento escolar e social (Cole et al., 2005).

Na adolescência, a importância atribuída às diferentes dimensões do autoconceito bem como a sua complexidade sofrem algumas alterações. Nesta fase, a qualidade das relações familiares continua a ser de extrema importância, porém, a relação com os pares também parece ter um papel determinante na construção e manutenção de autoconceitos positivos e de níveis de auto-estima elevados (Cole et al., 2005; Peixoto, 2003; Sprinthall & Collins, 2011).

Em relação ao género, é importante distinguir as diferenças relativas às auto-avaliação globais e às dimensões específicas do autoconceito (Peixoto, 2003). De acordo com vários estudos, as raparigas possuem níveis de auto-estima mais baixos do que os rapazes (Huang, Norman, Zabinski, Calfas & Patrick, 2007). No entanto, noutros estudos, estas diferenças parecem não ser significativas (Silva, 2009).

Quanto às dimensões do autoconceito, o estudo realizado por Silva (2009) demonstrou que os rapazes se percebem mais competentes na área atlética e as raparigas nos aspectos

comportamentais. Por outro lado, o estudo realizado por Simons, Capio, Adriaenssens, Delbroek e Vandebussche (2012), revelou que os rapazes têm níveis de autoconceito físico superiores às raparigas.

Por fim, vários estudos têm demonstrado a existência de uma relação significativa entre o autoconceito e a auto-estima e outras variáveis, tais como insatisfação corporal, ansiedade, depressão, obesidade e perturbações do comportamento alimentar (Costarelli et al., 2011; Kerremans et al., 2010; Martins et al., 2008; Russo et al., 2011; Simons et al., 2012; Syngollitou & Daskalou, 2004).

CAPÍTULO V – ANSIEDADE

Diferentes abordagens da ansiedade

Segundo Freud (1920, 1926, cit. por Pessotti, 1978), o desenvolvimento da ansiedade é a reacção do Ego ao perigo e um sinal preparatório para a fuga. Na ansiedade neurótica o Ego tenta uma fuga das exigências da libido e trata esse perigo como se fosse externo. O autor considera que em situações de perigo ocorre o sinal de angústia, ou seja, a pessoa espera que se verifique uma situação de impotência ou, de outro modo, a situação actual recorda-lhe um acontecimento traumático vivido previamente. Tal como afirma, “a ansiedade é, por um lado, a expectativa do trauma e, por outro, a repetição atenuada dele” (Freud, 1951, cit. por Pessotti, 1978, p. 106).

Para Estes e Skinner (1941, cit. por Pessotti, 1978), a ansiedade tem duas características que a definem. Em primeiro lugar, é um estado emocional semelhante ao medo, em segundo, o estímulo perturbador é “antecipado no futuro”. No paradigma S1-S2, S1 assinala a eminência de S2, uma condição aversiva, sendo que S1 é o estímulo inicial neutro.

Lazarous (1966, cit. por Pessotti, 1978) considera que a ansiedade é a resposta à ameaça. Assim, a ansiedade actua como sinal, mas não motiva, em sentido estrito, o comportamento, sendo este motivado pela própria ameaça.

Na psicologia existencial, a ansiedade neurótica ou patológica resulta do encontro do Eu com a ansiedade normal, ameaçando a sua existência. De acordo com esta perspectiva, o Eu é o resultado de um sistema de valores e o homem existe como indivíduo pela sua capacidade de avaliação. Assim, a ameaça aos seus valores fundamentais é também uma ameaça à sua existência (Pessotti, 1978).

Ansiedade Normal e Patológica

A ansiedade pode ser definida como uma reacção normal ao stress e representa uma emoção comum nos humanos, quando não excessiva e irracional (Pagnini, Manzoni, Castelnuovo & Molinari, 2009).

Pode também ser definida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de respostas fisiológicas, vivenciais, comportamentais e cognitivas que se traduzem num estado de activação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica. Assim, produz-se uma sensação subjectiva de desconforto, uma modificação neurofisiológica de activação dos mecanismos de controlo cerebral, alterações periféricas fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autónomo (aumento do tónus simpático) e sistema endócrino (Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz, Cuadrado & Rodriguez, 2001).

De acordo com Rosen e Schulkin (1998), a emoção dominante nos fenómenos ansiosos é o medo. Porém, na ansiedade normal, esse medo é adaptativo, na medida em que é dirigido a acontecimentos desencadeantes e é mobilizador de respostas adaptadas. Por sua vez, essas respostas podem ser reactivas ou defensivas.

Segundo Barlow (2002, cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2009), a ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ou presente, real ou percebido.

Sendo um fenómeno psíquico universal, a ansiedade torna-se patológica quando deixa de ser adaptativa, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de activação e duração são desproporcionados em relação à situação objectiva (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz et al., 2001).

Segundo Castillo et al. (2000), a ansiedade patológica pode ser definida como um estado emocional desagradável de medo, apreensão, caracterizado por um desconforto devido à antecipação do perigo ou de algo desconhecido.

Para Ruiz et al. (2001), a ansiedade patológica é qualitativa e quantitativamente diferente da ansiedade normal, na medida em que há dificuldade na adaptação, deterioração do rendimento e há uma combinação de sintomas físicos e psicológicos que afectam níveis mais profundos da corporalidade e dos sentimentos vitais. Assim, há uma redução da liberdade pessoal do sujeito.

A ansiedade patológica pode ser reactiva, na medida em que surge como uma reacção a um acontecimento precipitante, ou endógena, isto é, surge de forma não ligada e, neste caso, o desconhecimento da razão pela qual se está ansioso é frequente (Ruiz et al., 2001).

Em conclusão, a ansiedade patológica é, então, desadaptada e desproporcionada ao acontecimento, tem um carácter duradouro, persistente e repetitivo e desorganiza a eficiência cognitiva.

De uma forma geral, o pensamento ansioso caracteriza-se por uma ideia constante de ameaça face a um potencial perigo, medo, alerta e vigilância, orientando-se, desta forma, para o futuro. Por outro lado, a experiência ansiosa está associada a comportamentos ansiosos, tais como inquietação motora, inquietação psíquica, desconcentração associada a tarefas, e outras manifestações físicas que resultam do excesso de actividade do sistema nervoso simpático (e.g. náuseas, diarreias, tremores, sudorese excessiva, palpitações, dores no peito, taquicardia, dores de barriga, cefaleias, dores de costas e insónia inicial). Contudo, estes comportamentos aparecem de diferentes formas e intensidade em cada indivíduo e, mais ainda, para alguns indivíduos a ansiedade patológica é vivida predominantemente ao nível psicológico, enquanto que para outros, ela é vivida predominantemente ao nível comportamental.

Importa ainda referir que a ansiedade normal ou patológica não são categorias diferentes. Existe, sim, um continuum, no qual é possível transitar de um estado normal de ansiedade para um estado patológico e vice-versa.

Ansiedade na Infância e Adolescência

De acordo com Rosen e Schulkin (1998), na infância e adolescência a ansiedade surge como uma característica normal, permitindo-lhes uma boa adaptação a situações novas, inesperadas ou perigosas. No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade, tornando-se disfuncional do ponto de vista socio-emocional (Ferreira, 1996, cit. por Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

Segundo Beesdo, Knappe e Pine (2009), a infância e a adolescência são a etapa do ciclo de vida de maior risco para o desenvolvimento de sintomas ansiosos, que podem transitar de meros sintomas para perturbações de ansiedade propriamente ditas.

Face às características desenvolvimentais da infância e adolescência, segundo Wilson, Pritchard e Revalee (2005, cit. por Borges et al., 2008), alguns indivíduos não conseguem alcançar um ajustamento psicossocial saudável, podendo apresentar diferentes

sintomatologias ou perturbações, nomeadamente ansiedade, o que poderá ter repercursões ao nível familiar, escolar e social.

Existem alguns factores que podem contribuir para o desenvolvimento destas perturbações, tais como a idade, ser do sexo feminino, factores genéticos, estilo de educação, estatuto socio-económico, temperamento e personalidade, estilos parentais, acontecimentos de vida, suporte social recebido e práticas de socialização (Abdel-Khalek & Alansari, 2004; Beesdo et al., 2009; Essau et al., 2011).

Classificação das Perturbações de Ansiedade

As perturbações de ansiedade na infância e adolescência não se caracterizam por um padrão homogénio e consistente de sintomas, podendo diferir na sua frequência, gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reacções ao tratamento (Fonseca, 1998, cit. por Borges et al., 2008). Neste sentido, o seu diagnóstico requer todo o cuidado e atenção.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), são classificadas as seguintes perturbações de ansiedade: Ataque de Pânico; Agorafobia; Perturbação de Pânico com e sem agorafobia; Fobia Específica e Fobia Social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Perturbação de Stress Pós-Traumático; Perturbação de Stress Agudo; Perturbação devido a uma condição médica, induzido por substâncias ou sem outra especificação. Relativamente às crianças e adolescentes, embora se possa identificar qualquer uma destas perturbações (Spence et al., 2001, cit. por Vianna, Campos & Fernandez, 2009), a Perturbação de Ansiedade de Separação é exclusiva para estas fases.

Critérios Diagnósticos para Ataque de Pânico – DSM-IV-TR (2002)

O Ataque de Pânico caracteriza-se por um período de medo ou desconforto intenso, durante o qual pelo menos quatro dos seguintes sintomas surgem subitamente e atingem o seu pico em dez minutos: 1) Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado; 2) Suores; 3) Estremecimentos ou Tremores; 4) Dificuldades em respirar; 5) Sensação de sufoco; 6) Desconforto ou dor no peito; 7) Náuseas ou mal-estar abdominal; 8) Sensação de tontura, desequilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio; 9) Desrealização ou despersonalização; 10) Medo

de perder o controlo ou de enlouquecer; 11) Medo de morrer; 12) Parestesias; 13) Sensação de frio ou de calor.¹

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA AGORAFOBIA – DSM-IV-TR (2002)

A Agorafobia é definida como a ansiedade que surge em lugares ou situações nas quais a fuga possa ser difícil ou em que não seja possível ter ajuda no caso de ter um ataque de pânico. As situações são evitadas ou enfrentadas com um intenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter um ataque de pânico.¹

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO COM E SEM AGORAFOBIA – DSM-IV-TR (2002)

A Perturbação de Pânico Sem Agorafobia, implica a existência de ataques de pânico inesperados e recorrentes e que pelo menos um dos ataques seja seguido por um período (1 mês ou mais) de um ou mais dos seguintes: 1) preocupação persistente acerca de ter novos ataques; 2) preocupação acerca das implicações dos ataques e suas consequências; 3) alteração significativa no comportamento relacionado com os ataques.

A Perturbação de Pânico Com Agorafobia caracteriza-se pela coexistência de critérios de Perturbação de Pânico e Agorafobia.

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA FOBIA ESPECÍFICA – DSM-IV-TR (2002)

A Fobia Específica caracteriza-se por um medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objecto ou situação específica. A exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta ansiosa imediata e a pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional (algo que pode não acontecer nas crianças). Podem ser de diferentes tipos, por exemplo, tipo animal, ambiente natural, sangue-injecção-ferimentos, situacional.

¹ Ataque de Pânico e Agorafobia não são perturbações codificáveis.

Crêterios Diagnósticos para Fobia Social – DSM-IV-TR (2002)

A Fobia social   caracterizada pelo medo acentuado e persistente de uma ou mais situa es sociais e de desempenho nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas ou   possível observa o de outras. O sujeito teme demonstrar a sua ansiedade e teme comportar-se de forma humilhante ou embaraadora.

Muitas vezes, a Fobia Social está associada a Ataques de Pânico situacionais.

Crêterios Diagnósticos para Perturba o Obsessivo-Compulsiva – DSM-IV-TR (2002)

A Perturba o Obsessivo-Compulsiva caracteriza-se por obsessões ou compulsões. As obsessões – pensamentos, impulsos ou imagens – são recorrentes e persistentes e são experimentadas durante algum período da perturba o como intrusivos e inapropriados, provocando um intenso mal-estar. A pessoa tenta suprimir ou ignorar tais pensamentos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ac o, embora reconheca que os pensamentos obsessivos são um produto da sua mente.

As compulsões são comportamentos repetitivos ou actos mentais que as pessoas se sentem compelidas a executar em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de modo rígido. Estes comportamentos têm como objectivo evitar ou reduzir o mal-estar ou prevenir algum acontecimento ou situa o temida. Contudo, estes comportamentos ou não estão ligados de um modo realista com o que pretendem neutralizar ou são claramente excessivos.

As obsessões ou compulsões provocam um forte mal-estar, consomem tempo (mais de 1 hora por dia) e interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional ou social.

Crêterios Diagnósticos para Perturba o de Ansiedade Generalizada – DSM-IV-TR (2002)

A Perturba o de Ansiedade Generalizada caracteriza-se por ansiedade e preocupa o (apreensão expectante) que ocorrem durante mais de metade dos dias, durante pelo menos seis meses acerca de acontecimentos ou actividades. A pessoa tem dificuldade em controlar a preocupa o e está associada a três ou mais dos seguintes sintomas: 1) Agita o, nervosismo

ou tensão interior; 2) Fadiga fácil; 3) Dificuldades de concentração ou mente vazia; 4) Irritabilidade; 5) Tensão muscular; 6) Perturbações do Sono.

Critérios Diagnósticos para Perturbação da Ansiedade de Separação – DSM-IV-TR (2002)

A Perturbação da Ansiedade de Separação é caracterizada por uma ansiedade excessiva ou inadequada para o nível de desenvolvimento do sujeito, relativa à separação da casa ou das pessoas a quem está vinculado, que se manifesta pela presença de três dos seguintes: 1) Mal-estar excessivo e recorrente quando ocorre ou é antecipada a separação da casa ou de figuras de maior vinculação; 2) Preocupação excessiva ou persistente pela possível perda das principais figuras de vinculação ou por possíveis males que possam acontecer a essas pessoas; 3) Preocupação persistente e excessiva pela possibilidade de que um acontecimento adverso possa levar à separação de uma importante figura de vinculação; 4) Relutância persistente ou recusa em ir à escola ou a outro local por medo da separação; 5) Relutância ou medo persistente e excessivo de estar em casa sozinho ou sem as principais figuras de vinculação; 6) Relutância persistente ou recusa em adormecer sem estar próximo de uma importante figura de vinculação ou em adormecer fora de casa; 7) Pesadelos repetidos que envolvem o tema da separação; 8) Queixas repetidas de sintomas físicos quando ocorre ou se antecipa a separação em relação a figuras importantes de vinculação. A duração é de pelo menos de quatro semanas e inicia-se antes dos 18 anos.

Esta perturbação causa um mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar ou noutras áreas da actividade social do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A., & Alansari, B. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social, Behavior and Personality*, 32(7), 649-656. Consultado em Outubro, 8, 2012, através da fonte http://www.baderansari.info/FULLTEXT_E/06Genderdifferencesinxiety.pdf
- Almeida, S., Rêgo, B., Rodrigues, D., & Simões, S. (2007). O adolescer... um vir a ser. *Adolescência & Saúde*, 4(3), 24-28. Consultado em Outubro, 20, 2011, através da fonte http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=95

- Avanci, J., Assis, S., César dos Santos, N., & Oliveira, R. (2007). Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405. Consultado em Maio, 10, 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a07v20n3.pdf>
- Bacalhau, S., & Moleiro, P. (2010). Perturbações do Comportamento Alimentar em Adolescentes: O Que Procurar?. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 777-784. Consultado em Dezembro, 19, 2011, através da fonte <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/5/777-784.pdf>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Bjornely, S., Nordahl, M., & Holmen, T. (2011). Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems and personality traits: the Young-Hunt study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 353-362. Consultado em Outubro, 28, 2011, através da fonte http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/EJG/01May11/59929142.pdf?T=P&P=AN&K=59929142&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqK840dвуOLCmr0qep7NSsqy4SLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssk2xqLJNuePfgeyx44Hy
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561. Consultado em Janeiro, 20, 2012, através da fonte <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a02.pdf>
- Branco, L., Hilário, M., & Cintra, I. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com o estado nutricional. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(6), 292-296. Consultado em Fevereiro, 2, 2012 através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n6/01.pdf>
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzong, D., Katzman, D., Kriepe, R. Lask, B., ..., & Zucker, N. (2010). Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 79-89.
- Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavalley, L., & Leham, D. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20(1), 141-156. Consultado em Setembro, 26, 2012, através da fonte http://www.paultrapnell.com/reprints/selfconceptclarity_jpsp96.pdf

- Candeias, M. (1999). *A auto-representação em adolescentes do 3º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carless, D., & Fox, K. (2003). The Physical Self. In T. Everelt, M. Donaghy, & S. Feaver (Eds.). *Interventions for Mental Health: An evidenced based approach for physiotherapists and occupational therapists* (pp. 69-81). London: Butterworth-Heiseman.
- Carvalho, R., Amaral, A. C., & Ferreira, M. E. (2009). Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática, 11(3)*, 200-223. Consultado em Dezembro, 15, 2011, através da fonte <http://www.ufjf.br/pgedufisica/files/2010/06/Transtornos-alimentares-e-imagem-corporal-na-adolesc%C3%Aancia-uma-an%C3%A1lise-da-produ%C3%A7%C3%A3o-cient%C3%ADfica-em-psicologia.pdf>
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(2)*, 20-23. Consultado em Outubro, 12, 2012 através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>
- Cole, M., Cole, S. & Lightfoot, C. (2005). *The Development of Children*. New York: Worth Eds.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicologia de la adolescência* (4ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros
- Costarelli, V., Antonopoulou, K., & Mavrovounioti, C. (2011). Psychosocial Characteristics in Relation to Disordered Eating Attitudes in Greek Adolescents. *European Eating Disorders Review, 19 (4)*, 322-330. Recuperado Fevereiro, 12, 2012 através de EBSCO.
- Costin, C. (2007). *The Eating Disorders Sourcebook: A Comprehensive Guide to the Causes, Treatments, and Prevention of Eating Disorders*. U.S.A: McGraw-Hill.
- Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder?. *Depression and Anxiety, 26*, 1066-1085. Consultado em Outubro, 7, 2012, através da fonte http://www.dsm5.org/Research/Documents/Craske_What%20is%20an%20Anxiety%20DO.pdf
- Croll, J. (2005). Body Image and Adolescents. In Jamie Stang & Mary Story (Eds.), *Guidelines for Adolescents Nutrition Services*. Minnesota. Recuperado em Novembro, 5, 2011, através da fonte http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/adol_ch13.pdf

- Damasceno, V., Vianna, V., Vianna, J., Lacio, M., Lima, J., & Novaes, J. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(2), 81-94. Consultado em Novembro, 12, 2011, através da fonte <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/691/696>
- Del Ciampo, L., & Del Ciampo, R. (2010). Adolescência e Imagem Corporal. *Adolescência & Saúde*, 7(4), 55-59. Consultado em Novembro, 10, 2011, através da fonte http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=246
- Dolle, J.M. (2005). *Para Compreender Jean Piaget* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget
- Downs, D., DiNallo, J., Savage, J., & Davison, K. (2007). Determinants of Eating Attitudes among Overweight and Nonoverweight Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41, 138-145
- DSM-IV TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi
- Essau, C., Ishikawa, S., Sasagawa, S., Sato, H., Okajima, I., Orsui, J., ..., & Michie, F. (2011). Anxiety symptoms among adolescents in Japan and England: Their relationship with self-construals and social support. *Depression and Anxiety*, 28, 509-518. Consultado em Outubro, 7, 2012, através da fonte http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/O3F/01Jun11/61037693.pdf?T=P&P=AN&K=61037693&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7E4yOvqOLCmr0qeprVSsay4SLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGsk2xqLJNuePfgex44Hy
- Ferreira, J., & Veiga, G. (2010). Comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na adolescência: aspectos conceituais. *Adolescência & Saúde*, 7(3), 33-37. Consultado em Novembro, 10, 2011, através da fonte http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=233
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Revista Millenium: Educação, Ciência e Técnica*, 32, 141-162. Consultado em Novembro, 20, 2011, através da fonte <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Fonseca, H. (2011). Perturbações do Comportamento Alimentar na Adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 203-207. Consultado em Março, 20, 2012, através da fonte <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a09.pdf>
- Fox, K.R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 111-140). Champaign, IL: Human Kinetics.

- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York: Psychology Press.
- Holmqvist, K., & Frisén, A. (2010). Body Dissatisfaction Across Cultures: Findings and Research Problems. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 133-146.
- Huang, J., Norman, G., Zabbinski, M., Calfas, K., & Patrick, K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 245-251.
- Janeiro, I. (2008). Inventário de Auto-Estima de Coopersmith: Características psicométricas da versão portuguesa. *Actas da XIII Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Lisboa: Psiquilíbrios Edições
- Keel, P., Brown, T., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. (2011). Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity- *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 553-560.
- Kerremans, A., Claes, L., & Bijttebier, P. (2010). Disordered eating in adolescent males and females: Associations with temperament, emotional and behavioural problems and perceived self-competence. *Personal and Individual Differences*, 49(8), 955-960
- Klump, K., Bylik, C., Kaye, W., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 91-103.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 59-71.
- Martins, D., Nunes, M., & Noronha, A. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 94-105. Consultado em Dezembro, 2, 2011, através da fonte http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_10_numero_2/Psicologia_10_2-ok.artigo7.pdf
- Matias, T., Rolim, M, Kretzer, F., Schmoelz, C., & Andrade, A. (2010). Satisfação corporal associada a prática de atividade física na adolescência. *Motriz*, 16(2), 370-376
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2004). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76. Consultado em Novembro, 19, 2011, através da fonte http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice2_ficheiros/Maximiano.pdf

- Mendes, S. (2009). *Factores de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar em Bailarinos Adolescentes: Comunicação Verbal e Fontes Verbais de Pressão para a Magreza*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa
- Morgan, C., Vecchiatti, I., & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23. Consultado em Março, 10, 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>
- Ogden, J. (2002). *The Psychology of eating*. U.S.A.: Blackwell Publishing.
- Outeiral, J. (1994). *O Adolescer: Estudos sobre Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Pagnini, F., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2009). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3,4), 264-269. Consultado em Março, 12, 2012, através da fonte <http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ896225.pdf>
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar: Estudo das relações entre auto-estima, autoconceito, rendimento académico e dinâmicas relacionais com a família e com os pares em alunos do 7º, 9º e 11º anos de escolaridade*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho. Braga.
- Pessotti, I. (1978). *Ansiedade*. São Paulo: E.P.U
- Perrin, E., Boone-Heinone, J., Field, A., Coyne-Beasley, T., & Gordon-Larsen, P. (2010). Perceptions of Overweight and Self-esteem During Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 447-454.
- Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2004). Biopsychosocial Model of Disordered Eating and the Pursuit of Muscularity in Adolescents Boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205. Recuperado Fevereiro, 10, 2012 através de EBSCO.
- Rogers, C. (s.d.). *Aceitar-se a si mesmo é um pré-requisito para uma aceitação mais fácil e genuína dos outros*. In Psiqweb, Internet, disponível em. <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=188> (9 de Outubro de 2012).
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From Normal Fear to Pathological Anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350.
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson

- Russo, J., Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S., & Greenway, K. (2011). Psychosocial Predictors of Eating Disorders Risk in Overweight and Obese Treatment-Seeking Adolescents. *Behaviour Change*, 28(3), 111-127
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e Excesso de Peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Biologia Humana e Ambiente, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.
- Seabra, J. (2011). *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Recuperado em Outubro, 6. 2012 através da fonte <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0587.pdf>
- Shisslak, C., & Crago, M. (2001). Risk and Protective Factors In The Development of Eating Disorders. In L. Smolak, & K. Thompson (Eds.). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention and Treatment* (pp.103-119). Washington: American Psychological Association.
- Silva, B. (2009). *O autoconceito em crianças e pré-adolescentes numa amostra de famílias de origem e de famílias de acolhimento*. Monografia de Final de Curso, Unidersidade Fernando Pessoa. Porto.
- Silva, D., Rego, C., Valente, A., Faria, M., Dias, C., Azevedo, L., ..., & Guerra, A. (2009). Avaliação da insatisfação corporal e da auto-estima em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade vs uma comunidade escolar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 1, 23-31.
- Sisto, F., Bartholomeu, D., Rueda, F., Fernandes, D. (2004). Autoconceito e Emoções. In C. Machado, L.Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 68-74). Braga: Psiquilíbrios.
- Simons, J., Capio, C. M., Adriaenssens, P., Delbroek, H., & Vandenbussche, L. (2012). Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. *Research Developmental Disabilities*, 33, 874-881.
- Sprinthall, N., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenquiean
- Syngollitou, E., & Daskalou, V. (2004). Developmental Changes of Self-Concept and Affective Factors in Adolescence. Consultado em Outubro, 8, 2012, através da fonte http://www.self.ox.ac.uk/Conferences/2004_Syndollitou_Daskalou.pdf
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do Autoconceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.

- Vianna, R., Campos, A., & Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61. Consultado em Outubro, 10, 2012, através da fonte <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v5n1/v5n1a05.pdf>
- Weinshenker, N. (2002). Adolescents and Body Image: What's Typical and What's Not. *Child Study Center*, 6(4). Consultado em Novembro, 20, 2011, através da fonte http://www.aboutourkids.org/files/articles/mar_apr_2.pdf
- Zambon, M. (2003). *Uma comparação racial da auto-estima e do autoconceito de adolescentes negros e brancos* (Monografia para obtenção do Bacharel em Psicologia). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.

ANEXO B

“Consentimento Informado”

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

“A Relação entre Factores Psicológicos e as Perturbações do Comportamento Alimentar na Adolescência”

Consentimento Informado

Declaro que recebi informações e explicações sobre o objectivo e funcionamento deste trabalho, optando livremente em participar no mesmo.

Tomei conhecimento que posso retirar o meu consentimento e interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidade.

Assinatura do participante

Lisboa, / / .

ANEXO C

“Material”

Antes de mais, gostaria de agradecer a sua participação neste estudo

Peço que leia atentamente as questões que se seguem e que responda a todas as perguntas da forma mais sincera possível. Desta forma, estará a dar um enorme contributo para este trabalho. Trata-se de um questionário individual, anónimo e confidencial, onde não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe apenas que dê a sua opinião sincera

I Questionário Socio-Demográfico

Idade: _____ Sexo: _____ Ano Escolar: _____ Raça: Negra Caucasiana

Nacionalidade: _____ Peso (kg): _____ Altura: _____ m _____ cm

Com Quem Vive: _____

Estado Civil dos Pais: Vivem juntos
 Separados
 Viúvo (indique o progenitor falecido) _____

Pratica desporto/atividade física: Sim Não

No caso de praticar desporto/atividade física:

Quantas vezes por semana: _____

Quanto tempo (horas) por dia: _____

Já alguma vez teve problemas alimentares? Sim Não

No caso de já ter tido problemas alimentares diga qual/quais: Anorexia Nervosa
 Bulimia Nervosa
 Outro: _____

II. Perceived Competence for Adolescents - Como é que eu sou e o Quanto isto é importante para mim

Leia atentamente as seguintes afirmações e **assinale com um X a opção** (apenas uma) que melhor traduzir a sua opinião.

Exemplo:

Exacta/ Como eu	Mais ou Menos como eu		MAS		~Mais ou Menos Como eu	Exact/ como eu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos tempos livres	MAS	Outros preferem assistir a acontecimentos desportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como é que eu sou?

Exacta/ Como eu	Mais ou Menos como eu		MAS		~Mais ou Menos Como eu	Exact/ como eu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem que são tão inteligentes como os outros jovens da sua idade	MAS	Outros jovens não têm tanta certeza de serem tão inteligentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham difícil fazer amigos	MAS	Para outros é muito fácil fazer amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de desporto	MAS	Outros jovens sentem que não são muito bons a praticar desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não se sentem muito satisfeitos com a sua aparência	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens normalmente não saem com pessoas (do sexo oposto) com quem queriam realmente saír	MAS	Outros jovens saem com as pessoas com quem gostariam mesmo de saír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens fazem geralmente o que está certo	MAS	Outros jovens, muitas vezes não fazem o que está certo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm um amigo especial com quem podem partilhar os seus segredos	MAS	Outros jovens não têm um amigo especial com que podem partilhar os seus segredos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens ficam frequentemente desapontados consigo	MAS	Outros jovens estão muito satisfeitos consigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são lentos a fazer o seu trabalho escolar	MAS	Outros jovens conseguem fazer o seu trabalho escolar rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm muitos amigos	MAS	Outros jovens não têm muitos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de actividade desportiva que fizessem pela 1ª vez	MAS	Outros jovens sentem que não seriam muito bons numa nova actividade desportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exacta/ Como eu	Mais ou Menos como eu		MAS		~Mais ou Menos Como eu	Exact/ como eu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam que o seu corpo fosse diferente	MAS	Outros jovens gostam do seu corpo tal como é	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em arranjar namorados (as)	MAS	Outros jovens têm dificuldade em arranjar namorados (as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, frequentemente, arranjam problemas com aquilo que fazem	MAS	Outros jovens, normalmente, não fazem coisas que lhes possam causar problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam muito de ter um amigo especial para partilhar coisas	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida	MAS	Outros jovens gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens fazem muito bem os seus trabalhos escolares	MAS	Outros jovens não fazem muito bem os seus trabalhos escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm dificuldade em que os outros gostem deles	MAS	Outros jovens têm facilidade em que os outros gostem deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto do que outros jovens da sua idade	MAS	Outros jovens sentem que não praticam tão bem desporto como outros jovens da sua idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam que a sua aparência física fosse diferente	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência física tal como é	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em namorar com pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens têm dificuldade em namorar com as pessoas por quem se apaixonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens normalmente agem de acordo com o que sabem ser suposto agir	MAS	Outros jovens muitas vezes não agem de acordo com o que sabem ser suposto agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não têm um amigo especial para partilhar pensamentos e sentimentos muito pessoais	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham os seus sentimentos e pensamentos muito pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, a maior parte das vezes, estão satisfeitos consigo próprios	MAS	Outros jovens frequentemente não estão satisfeitos consigo próprios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm dificuldade em responder às questões que os professores colocam	MAS	Outros jovens normalmente respondem de forma correcta às questões que os professores colocam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exacta/ Como eu	Mais ou Menos como eu		MAS		~Mais ou Menos Como eu	Exact/ como eu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são populares entre os da sua idade	MAS	Outros jovens não são muito populares entre os da sua idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não são muito bons a jogar em jogos ao ar livre	MAS	Outros jovens são bons em jogos ao ar livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que têm um bom aspecto	MAS	Outros jovens acham que não têm um bom aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens acham que não são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens arranjam complicações pela forma como se comportam	MAS	Outros jovens comportam-se de forma a não terem complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial em quem pudessem ter confiança	MAS	Outros jovens acham que têm um amigo especial em quem podem ter confiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam do tipo de pessoa que são	MAS	Outros jovens, muitas vezes gostariam de ser outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem-se bastante inteligentes	MAS	Outros jovens questionam-se sobre a sua inteligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas da sua idade	MAS	Outros jovens desejariam que mais pessoas da sua idade os aceitassem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem que não são muito atléticos	MAS	Outros jovens sentem que são muito atléticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam mesmo do seu aspecto	MAS	Outros jovens gostariam de ter um aspecto diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em fazer com que as pessoas do sexo oposto se sintam atraídas por eles	MAS	Outros jovens têm dificuldade em fazer com que as pessoas do sexo oposto se sintam atraídas por eles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens normalmente comportam-se correctamente	MAS	Outros jovens normalmente comportam-se incorrectamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial a quem pudessem fazer confidências	MAS	Outros jovens têm um amigo especial a quem podem fazer confidências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens estão satisfeitos com a sua maneira de ser	MAS	Outros jovens gostariam de ser diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O Quanto isto é Importante para Mim?

Exacta/ Como eu	Mais ou Menos como eu		MAS		~Mais ou Menos Como eu	Exact/ como eu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que é importante ser inteligente	MAS	Outros jovens pensam que não é importante ser inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que não é assim tão importante ter muitos amigos	MAS	Outros jovens pensam que é importante ter muitos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que importante ser bom em desporto	MAS	Outros jovens não se preocupam muito em ser bom em desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que a sua aparência física não tem assim tanta importância	MAS	Outros jovens acham que a sua aparência física é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham importante ser bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	MAS	Outros jovens não acham importante ser bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que não é assim tão importante fazer as coisas que estão certas	MAS	Outros jovens acham que fazer as coisas certas é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências	MAS	Outros jovens não acham importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que ser bom na escola não é assim tão importante	MAS	Outros jovens acham que ser bom na escola é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ser popular	MAS	Outros jovens não se importam quanto à sua popularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que não é importante ser bom em actividades desportivas	MAS	Outros jovens acham que ser bom em actividades desportivas é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que o seu aspecto é importante	MAS	Outros jovens acham que não é importante o seu aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham importante que a pessoa pela qual se sentem romanticamente interessados também goste deles	MAS	Outros jovens acham que não é necessário que a pessoa pela qual se sentem romanticamente interessados também goste deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante agir correctamente	MAS	Outros jovens não se importam se agem ou não de forma correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial em quem possam confiar	MAS	Outros jovens acham que não é importante ter um amigo especial em quem possam confiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar - Alimentação, Atitudes e Sentimentos

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a comida ou alimentação e outras com os sentimentos ou atitudes que experimenta

Para cada frase deverá escolher a alternativa com a qual se identifica, de forma sincera.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
1. Como doces e hidratos de carbono sem me preocupar						
2. Penso que a minha barriga é demasiado grande						
3. Gostaria de voltar a ser criança para me sentir seguro/a						
4. Como quando estou preocupado/a						
5. Empanturro-me de comida						
6. Gostaria de ser mais jovem						
7. Penso em fazer dieta						
8. Assusto-me quando os meus sentimentos são muito fortes						
9. Acho que as minhas coxas são demasiado grossas						
10. Considero-me incapaz como pessoa						
11. Sinto-me culpado/a quando como demais						
12. Penso que a minha barriga tem o tamanho adequado						
13. Na minha família só se valoriza o desempenho excepcional						
14. A infância é a época mais feliz da vida						
15. Sou capaz de expressar os meus sentimento						
16. Apavora-me a ideia de engordar						
17. Confio nos outros						
18. Sinto-me só no mundo						
19. Sinto-me satisfeito/a com a forma do meu corpo						
20. Acho que geralmente controlo as coisas que acontecem na minha vida						
21. Fico confuso/a com as minhas emoções						
22. Prefiro ser adulto do que ser criança						
23. Comunico facilmente com os outros						
24. Gostaria de ser outra pessoa						
25. Exagero ou dou demasiada importância ao peso						
26. Consigo identificar com clareza as emoções que sinto						
27. Sinto-me inadequado/a						
28. Já tive ataques de gulosidade nos quais senti que não conseguia parar de comer						
29. Quando era criança esforçava-me muito para não decepcionar os meus pais e professores						
30. Tenho amigos íntimos						
31. Gosto da forma do meu rabo						
32. Estou preocupado/a porque queria ser mais magro/a						
33. Não sei o que está a acontecer dentro de mim						
34. Tenho dificuldade em expressar as minhas emoções aos outros						
35. As exigências da vida adulta são excessivas						
36. Odeio não ser o/a melhor em tudo						
37. Sinto-me seguro/a de mim mesmo/a						
38. Só penso em empanturrar-me (comer demais)						
39. Sinto-me feliz por já não ser criança						
40. Não sei muito bem quando tenho fome ou não						
41. Tenho uma fraca opinião sobre mim						

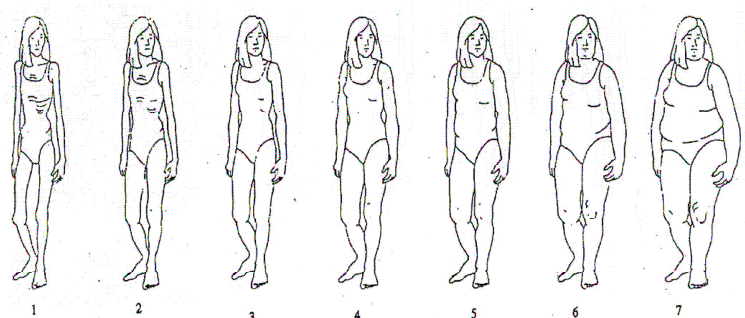
	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
42. Acho que posso conseguir atingir os meus objectivos						
43. Os meus pais esperavam de mim excelentes resultados						
44. Tenho medo de perder o controlo dos meus sentimentos						
45. Penso que as minhas ancas são demasiado largas						
46. Como com moderação em frente aos outros, mas empanturo-me de comida quando se vão embora						
47. Sinto-me inchado/a após uma refeição normal						
48. Acho que as pessoas são felizes quando são crianças						
49. Se aumento um quilo, tenho medo de continuar a engordar						
50. Considero-me uma pessoa com valor						
51. Quando estou preocupado/a não sei se estou triste, assustado/a ou irritado/a						
52. Acho que devo fazer as coisas de forma perfeita ou não as fazer						
53. Penso em vomitar para perder peso						
54. Preciso manter as pessoas a alguma distância (incomoda-me o excesso de proximidade das pessoas)						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho adequado						
56. Sinto-me vazio/a por dentro (emocionalmente)						
57. Consigo falar sobre aspectos pessoais e sentimentos						
58. Os melhores anos da vida são quando se chega a adulto						
59. Acho que o meu rabo é demasiado grande						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem						
61. Como e bebo às escondidas						
62. Acho que as minhas ancas são do tamanho adequado						
63. Tenho metas (objectivos) muito elevadas						
64. Quando estou preocupado/a, tenho medo de começar a comer						
65. As pessoas de quem gosto de verdade acabam por me decepcionar						
66. Tenho vergonha das minhas fraquezas pessoais						
67. As pessoas dizem que sou emocionalmente instável						
68. Gostaria de ter o controlo total sobre as minhas necessidades físicas (por ex: fome, sede, sono)						
69. Sinto-me à vontade na maior parte das situações em grupo						
70. Digo impulsivamente coisas de que depois me arrependo						
71. Esforço-me para encontrar coisas que me dêem prazer						
72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para consumir drogas						
73. Sou comunicativo/a com a maior parte das pessoas						
74. As relações com as pessoas fazem com que me sinta aprisionado/a						
75. Renunciar aos prazeres faz-me sentir espiritualmente mais forte						
76. As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas						
77. Tenho pensamentos estranhos que não consigo tirar da minha cabeça						
78. Comer por prazer é um sinal de fraqueza moral						
79. Tenho tendência a ter ataques de raiva ou de ira						

	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
80. Acho que as pessoas confiam em mim tanto quanto mereço						
81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência a beber álcool em excesso						
82. Acredito que relaxar (descansar) é uma perda de tempo						
83. As pessoas consideram que me irrito facilmente						
84. Tenho a sensação de que tudo me corre mal						
85. Tenho mudanças bruscas de humor						
86. Sinto-me incomodado/a com as minhas necessidades físicas (ex: fome, sede, sono)						
87. Prefiro passar o tempo sozinho/a do que estar acompanhado/a						
88. O sofrimento transforma-nos numa pessoa melhor						
89. Sei que as pessoas me apreciam						
90. Sinto necessidade de fazer mal aos outros ou a mim mesmo/a						
91. Sinto que realmente sei quem sou						

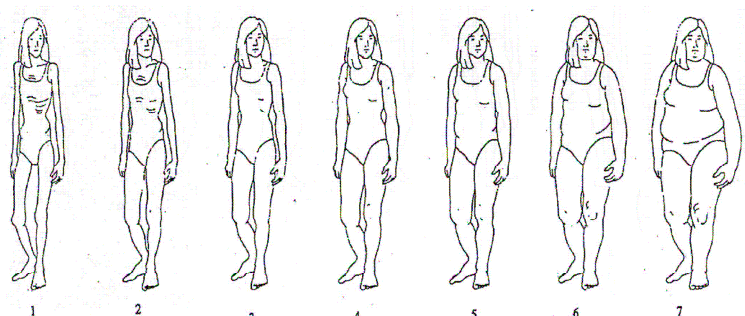
IV. Escala de Silhuetas - Como é que eu sou e Como é que gostaria de ser

Tendo em conta as imagens que se seguem, seleccione em primeiro lugar a pessoa que mais se parece consigo e em segundo lugar a pessoa que mais se parece com aquela que gostaria de ser.
 No caso de ser um rapaz, preencha as imagens que correspondem ao sexo masculino.
 No caso de ser uma rapariga, preencha as imagens que correspondem ao sexo feminino.
 Assinale com um círculo (O) o número da imagem que corresponde à sua opção.

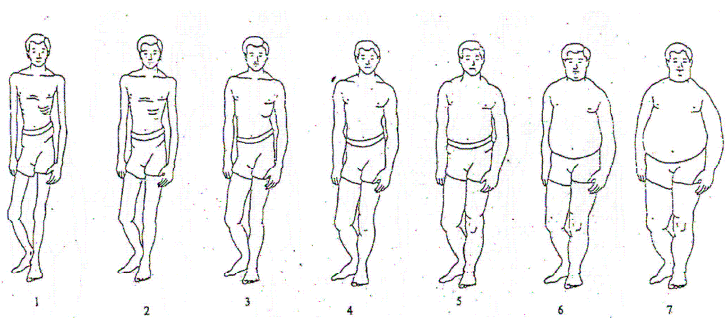
Aquela que mais se parece comigo é:



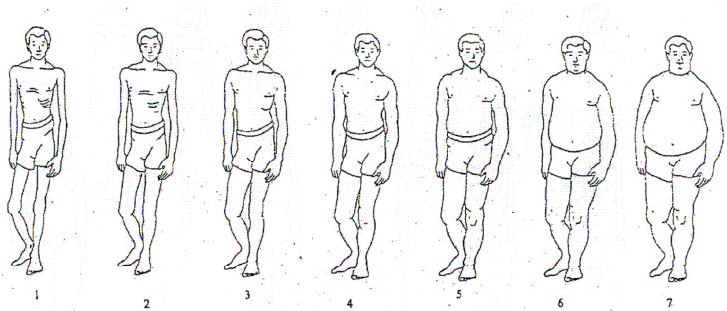
Aquela que eu gostava de ser é:



Aquele que mais se parece comigo é:



Aquele que eu gostava de ser é:



V. Spence Children Anxiety Scale - Como é que eu me sinto

Tendo em conta as seguintes afirmações, para cada frase assinale com um X a opção que melhor caracteriza a sua opinião.

Importa referir novamente que não existem respostas certas ou erradas.

Deverá responder tendo em conta o grau de frequência em que estas situações lhe ocorrem utilizando a seguinte classificação: 0 – Nunca; 1 – Às Vezes; 2 – Frequentemente; Sempre

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
1. Preocupo-me com as coisas				
2. Tenho medo do escuro				
3. Quando tenho um problema, tenho uma sensação esquisita no estômago				
4. Tenho medo				
5. Teria medo se ficasse sozinho/a em casa				
6. Tenho medo quando tenho de fazer um teste				
7. Tenho medo quando tenho de usar casas de banho públicas				
8. Preocupa-me o facto de estar longe dos meus pais				
9. Tenho medo de fazer figuras tristes à frente de pessoas				
10. Preocupa-me o facto de fazer mal o meu trabalho da escola				
11. Sou popular entre as outras pessoas da minha idade				
12. Preocupa-me o facto de alguma coisa terrível acontecer com alguém da minha família				
13. De repente, sinto-me como se não pudesse respirar quando não há nenhuma razão para isso				

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
14. Tenho de verificar constantemente se fiz bem as coisas (como o interruptor desligado, ou a porta trancada)				
15. Tenho medo se tiver de dormir sozinho				
16. Tenho dificuldade em ir para a escola de manhã porque me sinto nervoso ou tenho medo				
17. Sou bom em desporto				
18. Tenho medo de cães				
19. Não consigo ter pensamentos maus ou disparatados				
20. Quando tenho um problema, o meu coração bate rapidamente				
21. De repente começo a tremer quando não há nenhuma razão para isso				
22. Preocupa-me o facto de alguma coisa má vir a acontecer comigo				
23. Tenho medo de ir a médicos ou a dentistas				
24. Quando tenho um problema sinto-me inseguro/a				
25. Tenho medo de estar em lugares altos ou em elevadores				
26. Sou uma boa pessoa				
27. Tenho de ter pensamentos especiais para evitar que aconteçam coisas más (como números ou palavras)				
28. Fico assustado/a se tiver de viajar de carro, autocarro ou comboio				
29. Preocupo-me com o que as pessoas pensam de mim				
30. Tenho medo de estar em locais cheios de gente (como centros comerciais, cinemas, autocarros, recintos cheios)				
31. Sinto-me feliz				
32. De repente, sinto-me realmente assustado/a por nenhuma razão				
33. Tenho medo de insectos ou aranhas				
34. De repente, tenho tonturas ou desmaios quando não há razão para isso				
35. Sinto medo se tiver de falar à frente da minha turma				
36. De repente, o meu coração começa a bater muito depressa sem motivo para isso				
37. Preocupa-me o facto de ter medo repentino quando não há razão para isso				
38. Gosto de mim				
39. Tenho medo de estar em pequenos locais fechados, como túneis ou salas pequenas				
40. Tenho de repetir indefinidamente algumas coisas (como lavar as mãos, limpar ou colocar as coisas numa determinada ordem)				
41. Incomodam-me imagens ou pensamentos maus ou disparatados à minha frente				
42. Tenho de fazer algumas coisas da maneira certa para evitar que aconteçam coisas más				
43. Tenho orgulho no meu trabalho na escola				
44. Teria medo se tivesse de ficar longe de casa à noite				

FIM!!!

MUITO OBRIGADA

ANEXO D

Caracterização da Amostra

Descriptives		Statistic	Std. Error
Mean		19,41	,332
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,75	
	Upper Bound	20,07	
5% Trimmed Mean		19,61	
Median		20,00	
Variance		8,828	
Std. Deviation		2,971	
Minimum		12	
Maximum		23	
Range		11	
Interquartile Range		4	
Skewness		-,746	,269
Kurtosis		,149	,532

		Frequência	Percentage	Porcentagem Válida	Cumulative Percent
Valid	Feminino	64	80,0	80,0	80,0
	Masculino	16	20,0	20,0	100,0
Total		80	100,0	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negra	15	18,8	19,2	19,2
	Caucasiana	63	78,8	80,8	100,0
	Total	78	97,5	100,0	
Missing System		2	2,5		
Total		80	100,0		

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	73	91,3	91,3	91,3
	Angolana	1	1,3	1,3	92,5
	Moçambicana	1	1,3	1,3	93,8
	Cabo-Verdiana	3	3,8	3,8	97,5
	Brasileira	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pais (c/ ou s/ irmãos)	57	71,3	71,3	71,3
	Outros Familiares (c/ ou s/ irmãos)	6	7,5	7,5	78,8
	Companheiro/a	5	6,3	6,3	85,0
	Amigos	6	7,5	7,5	92,5
	Sozinho/a	5	6,3	6,3	98,8
	Colégio	1	1,3	1,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Juntos	41	51,3	53,2	53,2
	Separados	29	36,3	37,7	90,9
	Morte do Pai	4	5,0	5,2	96,1
	Morte da Mãe	3	3,8	3,9	100,0
	Total	77	96,3	100,0	
	Missing System	3	3,8		
Total		80	100,0		

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4º-6º ano	1	1,3	1,3	1,3
	7º-9º ano	12	15,0	15,8	17,1
	10º-12º ano	33	41,3	43,4	60,5
	Est. Universitário	30	37,5	39,5	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
	Missing System	4	5,0		
Total		80	100,0		

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedentarismo	41	51,3	51,3	51,3
	Exercício Esporádico	11	13,8	13,8	65,0
	Exercício Moderado	14	17,5	17,5	82,5
	Exercício Regular	14	17,5	17,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	41	51,3	51,9	51,9
	1,00	11	13,8	13,9	65,8
	2,00	14	17,5	17,7	83,5
	3,00	1	1,3	1,3	84,8
	4,00	9	11,3	11,4	96,2
	6,00	2	2,5	2,5	98,7
	9,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	79	98,8	100,0	
	Missing System	1	1,3		
	Total		80	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anorexia Nervosa	2	2,5	2,5	2,5
	Bulimia Nervosa	2	2,5	2,5	5,0
	Outro	5	6,3	6,3	11,3
	Sem Antecedentes	71	88,8	88,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

		Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo Peso	5	6,3	6,3	6,3
	Peso Normal	63	78,8	78,8	85,0
	Excesso Peso	9	11,3	11,3	96,3
	Obesidade	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fiabilidade dos Instrumentos

Reliability Statistics - CE		Reliability Statistics - AS	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,707	5	,787	5
Reliability Statistics - CA		Reliability Statistics - AF	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,818	5	,909	5
Reliability Statistics - AR		Reliability Statistics - C	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,728	5	,786	5
Reliability Statistics - AI		Reliability Statistics - AE	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,871	5	,823	5
Reliability Statistics - DT		Reliability Statistics - B	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,902	7	,818	8
Reliability Statistics - BD		Reliability Statistics - LSE	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,890	10	,792	6
Reliability Statistics - PA		Reliability Statistics - II	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,806	7	,718	7
Reliability Statistics - IA		Reliability Statistics - ID	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,556	7	,867	9
Reliability Statistics - ED		Reliability Statistics - P	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,710	8	,595	6
Reliability Statistics - A		Reliability Statistics - MF	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,654	7	,689	8
Reliability Statistics - EDRC		Reliability Statistics - IC	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,799	3	,870	2
Reliability Statistics - IPC		Reliability Statistics - APC	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,758	2	,709	2
Reliability Statistics - OC		Reliability Statistics - GPMC	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,437	2	,836	9
Reliability Statistics - SA		Reliability Statistics - SP	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,680	6	,688	6
Reliability Statistics - OC		Reliability Statistics - PA	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,521	6	,864	9
Reliability Statistics - PIF		Reliability Statistics - GA	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,520	5	,781	6
Reliability Statistics - SCAS T			
Cronbach's Alpha	N of Items		
,900	38		

Análise Descritiva dos Instrumentos

Valores Clínicos DT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nível Clínico Baixo	69	86,3	86,3	86,3
Valid Intervalo Clínico Típico	9	11,3	11,3	97,5
Nível Clínico Elevado	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Valores Clínicos B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nível Clínico Baixo	65	81,3	81,3	81,3
Valid Intervalo Clínico Típico	12	15,0	15,0	96,3
Nível Clínico Elevado	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Valores Clínicos BD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nível Clínico Baixo	66	82,5	82,5	82,5
Valid Intervalo Clínico Típico	14	17,5	17,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Valores Clínicos EDRC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nível Clínico Baixo	71	88,8	88,8	88,8
Valid Intervalo Clínico Típico	7	8,8	8,8	97,5
Nível Clínico Elevado	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Obsessão por Emagrecer	80	23	60	32,64	9,544
Bulimia	80	35	66	39,39	5,845
Insatisfação Corporal	80	23	57	35,25	9,126
Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar	80	20	63	31,33	8,783
Valid N (listwise)	80				

Competência Percebida CE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	30	37,5	37,5	37,5
Valid Elevada Competência Percebida	50	62,5	62,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida AS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	26	32,5	32,5	32,5
Valid Elevada Competência Percebida	54	67,5	67,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida CA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	44	55,0	55,0	55,0
Valid Elevada Competência Percebida	36	45,0	45,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida AF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	42	52,5	52,5	52,5
Valid Elevada Competência Percebida	38	47,5	47,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida AR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	27	33,8	33,8	33,8
Valid Elevada Competência Percebida	53	66,3	66,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida C

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	12	15,0	15,0	15,0
Valid Elevada Competência Percebida	68	85,0	85,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Competência Percebida AI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Competência Percebida	14	17,5	17,5	17,5
Valid Elevada Competência Percebida	66	82,5	82,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Níveis de Auto-Estima

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baixa Auto-Estima	30	37,5	37,5	37,5
Valid Elevada Auto-estima	50	62,5	62,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Níveis de Autoconceito Global

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo Autoconceito Global	20	25,0	25,0
	Elevado Autoconceito Global	60	75,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CE	80	1,40	4,00	2,7050	,61292
AS	80	1,00	4,00	2,7950	,70798
CA	80	1,00	4,00	2,3575	,74064
AF	79	1,00	4,00	2,5114	,93958
AR	80	1,20	4,00	2,6925	,67651
C	80	1,80	4,00	3,2050	,62761
AI	79	1,00	4,00	3,3949	,78966
AE	80	1,00	4,00	2,8225	,74562
ACG	80	1,89	3,74	2,8078	,42706
Valid N (listwise)	78				

Valores Clínicos SCAS Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	73	91,3	91,3
	Níveis Elevados de Ansiedade	7	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Valores Clínicos SCAS SP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	59	73,8	73,8
	Níveis Elevados de Ansiedade	21	26,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Valores Clínicos SCAS OC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	70	87,5	87,5
	Níveis Elevados de Ansiedade	10	12,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Valores Clínicos SCAS PA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	75	93,8	93,8
	Níveis Elevados de Ansiedade	5	6,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Valores Clínicos SCAS PIF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	74	92,5	92,5
	Níveis Elevados de Ansiedade	6	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Valores Clínicos SCAS GA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Níveis Baixos de Ansiedade	43	53,8	53,8
	Níveis Elevados de Ansiedade	37	46,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
scasT	80	11	80	34,71	14,304	,708	,532
SA	80	1	16	4,71	2,729	3,752	,532
SP	80	2	17	6,91	3,167	,828	,532
OC	80	0	12	5,25	2,553	-,027	,532
PA	80	0	20	4,30	4,238	1,919	,532
PIF	80	0	13	3,88	2,446	1,440	,532
GA	80	2	18	8,96	3,425	-,260	,532
Valid N (listwise)	80						

PercIC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discrepância Negativa	19	23,8	23,8
	Discrepância Ideal	25	31,3	55,0
	Discrepância Positiva	36	45,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Análise em função das Variáveis Sociodemográficas

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DT	Feminino	,219	64	,000	,859	64	,000
	Masculino	,390	16	,000	,623	16	,000
B	Feminino	,243	64	,000	,688	64	,000
	Masculino	,240	16	,014	,833	16	,008
BD	Feminino	,102	64	,094	,953	64	,016
	Masculino	,133	16	,200 [*]	,922	16	,179
EDRC	Feminino	,134	64	,006	,906	64	,000
	Masculino	,220	16	,037	,817	16	,005

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DT	Feminino	64	43,58	2789,00
	Masculino	16	28,19	451,00
	Total	80		
B	Feminino	64	41,05	2627,50
	Masculino	16	38,28	612,50
	Total	80		
BD	Feminino	64	43,86	2807,00
	Masculino	16	27,06	433,00
	Total	80		
EDRC	Feminino	64	43,41	2778,50
	Masculino	16	28,84	461,50
	Total	80		

Test Statistics^a

	Obsessão por Emagrecer	Bulimia	Insatisfação Corporal	Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar
Mann-Whitney U	315,000	476,500	297,000	325,500
Wilcoxon W	451,000	612,500	433,000	461,500
Z	-2,385	-,432	-2,590	-2,249
Asymp. Sig. (2-tailed)	,017	,666	,010	,025

a. Grouping Variable: Sexo

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BD	Equal variances assumed	4,292	,042	2,636	78	,010	6,484	2,460	1,587	11,381
	Equal variances not assumed			3,384	34,964	,002	6,484	1,916	2,594	10,375

Tests of Normality

	Raça	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DT	Negra	,181	15	,200 [*]	,901	15	,100
	Caucasiana	,278	63	,000	,792	63	,000
B	Negra	,240	15	,020	,779	15	,002
	Caucasiana	,229	63	,000	,679	63	,000
BD	Negra	,122	15	,200 [*]	,948	15	,493
	Caucasiana	,114	63	,041	,922	63	,001
EDRC	Negra	,121	15	,200 [*]	,940	15	,386
	Caucasiana	,187	63	,000	,850	63	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	Raça	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DT	Negra	15	49,90	748,50
	Caucasiana	63	37,02	2332,50
	Total	78		
B	Negra	15	44,07	661,00
	Caucasiana	63	38,41	2420,00
	Total	78		
BD	Negra	15	46,10	691,50
	Caucasiana	63	37,93	2389,50
	Total	78		
EDRC	Negra	15	49,00	735,00
	Caucasiana	63	37,24	2346,00
	Total	78		

Test Statistics^a

	DT	B	BD	EDRC
Mann-Whitney U	316,500	404,000	373,500	330,000
Wilcoxon W	2332,500	2420,000	2389,500	2346,000
Z	-1,991	-,878	-1,257	-1,811
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046	,380	,209	,070

a. Grouping Variable: Raça

Tests of Normality							
	Estado Civil dos Pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DT	Juntos	,263	41	,000	,804	41	,000
	Separados	,210	29	,002	,847	29	,001
	Morte do Pai	,305	4	.	,920	4	,538
B	Morte da Mãe	,365	3	.	,797	3	,107
	Juntos	,240	41	,000	,693	41	,000
	Separados	,222	29	,001	,743	29	,000
BD	Morte do Pai	,208	4	.	,950	4	,714
	Morte da Mãe	,292	3	.	,923	3	,463
	Juntos	,135	41	,056	,925	41	,010
EDRC	Separados	,151	29	,091	,911	29	,018
	Morte do Pai	,287	4	.	,931	4	,598
	Morte da Mãe	,227	3	.	,983	3	,747
EDRC	Juntos	,188	41	,001	,861	41	,000
	Separados	,165	29	,043	,911	29	,018
	Morte do Pai	,271	4	.	,848	4	,220
	Morte da Mãe	,276	3	.	,942	3	,537

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks			
	Estado Civil dos Pais	N	Mean Rank
DT	Juntos	41	37,70
	Separados	29	40,79
	Morte do Pai	4	34,88
B	Morte da Mãe	3	45,00
	Total	77	
	Juntos	41	37,90
BD	Separados	29	43,12
	Morte do Pai	4	29,50
	Morte da Mãe	3	26,83
EDRC	Total	77	
	Juntos	41	40,76
	Separados	29	37,78
EDRC	Morte do Pai	4	24,75
	Morte da Mãe	3	45,83
	Total	77	
EDRC	Juntos	41	39,29
	Separados	29	40,26
	Morte do Pai	4	25,63
	Morte da Mãe	3	40,67
	Total	77	

Test Statistics ^{a,b}				
	DT	B	BD	EDRC
Chi-Square	,686	2,753	2,249	1,552
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,876	,431	,522	,670

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil dos Pais

Test Statistics ^{a,b}				
	DT	B	BD	EDRC
Chi-Square	,068	2,086	3,161	,846
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,995	,555	,367	,838

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Prática de Exercício Físico

Tests of Normality							
	Prática de Exercício Físico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DT	Sedentarismo	,276	41	,000	,841	41	,000
	Exercício Esporádico	,290	11	,011	,780	11	,005
	Exercício Moderado	,225	14	,054	,839	14	,016
B	Exercício Regular	,314	14	,001	,730	14	,001
	Sedentarismo	,242	41	,000	,680	41	,000
	Exercício Esporádico	,161	11	,200 [*]	,885	11	,120
BD	Exercício Moderado	,277	14	,005	,721	14	,001
	Exercício Regular	,241	14	,027	,692	14	,000
	Sedentarismo	,133	41	,065	,931	41	,016
EDRC	Exercício Esporádico	,153	11	,200 [*]	,958	11	,748
	Exercício Moderado	,134	14	,200 [*]	,933	14	,335
	Exercício Regular	,124	14	,200 [*]	,913	14	,177
EDRC	Sedentarismo	,156	41	,013	,893	41	,001
	Exercício Esporádico	,175	11	,200 [*]	,921	11	,326
	Exercício Moderado	,155	14	,200 [*]	,879	14	,056
	Exercício Regular	,208	14	,104	,851	14	,023

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks			
	Prática de Exercício Físico	N	Mean Rank
DT	Sedentarismo	41	40,44
	Exercício Esporádico	11	41,91
	Exercício Moderado	14	40,57
B	Exercício Regular	14	39,50
	Total	80	
	Sedentarismo	41	38,33
BD	Exercício Esporádico	11	36,59
	Exercício Moderado	14	47,25
	Exercício Regular	14	43,18
EDRC	Total	80	
	Sedentarismo	41	44,02
	Exercício Esporádico	11	30,86
EDRC	Exercício Moderado	14	41,18
	Exercício Regular	14	37,07
	Total	80	
EDRC	Sedentarismo	41	42,18
	Exercício Esporádico	11	35,27
	Exercício Moderado	14	41,18
	Exercício Regular	14	39,00
	Total	80	

Correlations

		Idade	DT	B	BD	EDRC	IMC
Idade	Pearson Correlation	1	,005	,003	-,141	-,069	,100
	Sig. (2-tailed)		,966	,978	,213	,545	,379
DT	N	80	80	80	80	80	80
	Pearson Correlation	,005	1	,520**	,743**	,918**	,303**
B	Sig. (2-tailed)	,966	,000	,000	,000	,000	,006
	N	80	80	80	80	80	80
BD	Pearson Correlation	,003	,520**	1	,473**	,696**	,127
	Sig. (2-tailed)	,978	,000	,000	,000	,000	,263
EDRC	N	80	80	80	80	80	80
	Pearson Correlation	-,141	,743**	,473**	1	,903**	,315**
IMC	Sig. (2-tailed)	,213	,000	,000	,000	,000	,004
	N	80	80	80	80	80	80
EDRC	Pearson Correlation	-,069	,918**	,696**	,903**	1	,309**
	Sig. (2-tailed)	,545	,000	,000	,000	,000	,005
IMC	N	80	80	80	80	80	80
	Pearson Correlation	,100	,303**	,127	,315**	,309**	1
	Sig. (2-tailed)	,379	,006	,263	,004	,005	
	N	80	80	80	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tests of Normality							
	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CE	Feminino	,138	62	,005	,972	62	,166
	Masculino	,163	16	,200*	,925	16	,205
AS	Feminino	,093	62	,200*	,978	62	,328
	Masculino	,170	16	,200*	,935	16	,289
CA	Feminino	,106	62	,083	,968	62	,100
	Masculino	,157	16	,200*	,953	16	,545
AF	Feminino	,101	62	,186	,938	62	,004
	Masculino	,111	16	,200*	,961	16	,685
AR	Feminino	,174	62	,000	,939	62	,004
	Masculino	,222	16	,034	,903	16	,090
C	Feminino	,128	62	,013	,913	62	,000
	Masculino	,117	16	,200*	,966	16	,764
AI	Feminino	,282	62	,000	,788	62	,000
	Masculino	,268	16	,003	,777	16	,001
AE	Feminino	,128	62	,013	,949	62	,012
	Masculino	,285	16	,001	,859	16	,019
ACG	Feminino	,074	62	,200*	,980	62	,409
	Masculino	,098	16	,200*	,975	16	,911

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics					
	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AS	Feminino	64	2,7094	,70547	,08818
	Masculino	16	3,1375	,62703	,15676
CA	Feminino	64	2,2281	,69999	,08750
	Masculino	16	2,8750	,68848	,17212
AF	Feminino	63	2,4825	,95488	,12030
	Masculino	16	2,6250	,89703	,22426
ACG	Feminino	64	2,7718	,42042	,05255
	Masculino	16	2,9518	,43653	,10913

Ranks				
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CE	Feminino	64	39,50	2528,00
	Masculino	16	44,50	712,00
	Total	80		
AR	Feminino	64	39,28	2514,00
	Masculino	16	45,38	726,00
	Total	80		
C	Feminino	64	42,67	2731,00
	Masculino	16	31,81	509,00
	Total	80		
AI	Feminino	63	40,04	2522,50
	Masculino	16	39,84	637,50
	Total	79		
AE	Feminino	64	38,98	2494,50
	Masculino	16	46,59	745,50
	Total	80		

Test Statistics ^a					
	CE	AR	C	AI	AE
Mann-Whitney U	448,000	434,000	373,000	501,500	414,500
Wilcoxon W	2528,000	2514,000	509,000	637,500	2494,500
Z	-,774	-,944	-,1683	-,033	-,1178
Asymp. Sig. (2-tailed)	,439	,345	,092	,974	,239

a. Grouping Variable: Sexo

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AS	Equal variances assumed	,164	,687	-2,216	78	,030	-,42812	,19316	-,81268	-,04357
	Equal variances not assumed			-2,380	25,391	,025	-,42812	,17986	-,79826	-,05799
CA	Equal variances assumed	,082	,775	-3,317	78	,001	-,64688	,19504	-1,03517	-,25858
	Equal variances not assumed			-3,350	23,383	,003	-,64688	,19308	-1,04594	-,24781
AF	Equal variances assumed	,538	,465	-,539	77	,591	-,14246	,26424	-,66863	,38371
	Equal variances not assumed			-,560	24,387	,581	-,14246	,25449	-,66726	,38234
ACG	Equal variances assumed	,001	,980	-1,520	78	,132	-,17999	,11839	-,41568	,05571
	Equal variances not assumed			-1,486	22,476	,151	-,17999	,12113	-,43088	,07091

Tests of Normality							
	Raça	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CE	Negra	,159	15	,200*	,945	15	,450
	Caucasiana	,143	61	,004	,968	61	,114
AS	Negra	,141	15	,200*	,965	15	,783
	Caucasiana	,133	61	,009	,972	61	,167
CA	Negra	,180	15	,200*	,970	15	,863
	Caucasiana	,121	61	,027	,964	61	,074
AF	Negra	,185	15	,177	,913	15	,149
	Caucasiana	,091	61	,200*	,947	61	,010
AR	Negra	,190	15	,151	,940	15	,377
	Caucasiana	,161	61	,000	,933	61	,002
C	Negra	,192	15	,142	,932	15	,293
	Caucasiana	,153	61	,001	,899	61	,000
AI	Negra	,190	15	,152	,897	15	,085
	Caucasiana	,302	61	,000	,747	61	,000
AE	Negra	,225	15	,040	,914	15	,157
	Caucasiana	,164	61	,000	,940	61	,005
ACG	Negra	,116	15	,200*	,966	15	,790
	Caucasiana	,092	61	,200*	,980	61	,405

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Ranks				
	Raça	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CE	Negra	15	34,50	517,50
	Caucasiana	63	40,69	2563,50
	Total	78		
AS	Negra	15	43,77	656,50
	Caucasiana	63	38,48	2424,50
	Total	78		
CA	Negra	15	37,00	555,00
	Caucasiana	63	40,10	2526,00
	Total	78		
AR	Negra	15	33,83	507,50
	Caucasiana	63	40,85	2573,50
	Total	78		
C	Negra	15	26,43	396,50
	Caucasiana	63	42,61	2684,50
	Total	78		
AI	Negra	15	30,33	455,00
	Caucasiana	62	41,10	2548,00
	Total	77		
AE	Negra	15	32,13	482,00
	Caucasiana	63	41,25	2599,00
	Total	78		

Test Statistics ^a							
	CE	AS	CA	AR	C	AI	AE
Mann-Whitney U	397,500	408,500	435,000	387,500	276,500	335,000	362,000
Wilcoxon W	517,500	2424,500	555,000	507,500	396,500	455,000	482,000
Z	-.957	-.816	-.477	-1,085	-2,501	-1,794	-1,407
Asymp. Sig. (2-tailed)	,339	,414	,633	,278	,055	,073	,159

a. Grouping Variable: Raça

Group Statistics					
	Raça	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AF	Negra	15	2,4533	,94557	,24414
	Caucasiana	62	2,4839	,93075	,11821
ACG	Negra	15	2,6724	,42610	,11002
	Caucasiana	63	2,8240	,42227	,05320

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
AF	Equal variances assumed	,039	,845	-.114	75	,910	-.03054	,26862	-.56565	.50457	
	Equal variances not assumed			-.113	21,067	,911	-.03054	,27125	-.59453	.53346	
ACG	Equal variances assumed	,003	,957	-1,247	76	,216	-.15158	,12152	-.39361	.09045	
	Equal variances not assumed			-1,240	21,053	,228	-.15158	,12221	-.40568	.10252	

Correlations												
	Idade	IMC2	CE	AS	CA	AF	AR	C	AI	AE	ACG	
Idade	Pearson Correlation	1	,100	,118	,285*	,070	,236*	,248*	,264*	,009	,140	,297**
	Sig. (2-tailed)		,379	,298	,010	,536	,036	,027	,018	,940	,216	,007
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
IMC2	Pearson Correlation	,100	1	-.166	-.061	-.094	-.284*	-.146	-.024	-.120	-.146	-.227*
	Sig. (2-tailed)	,379		,141	,593	,406	,011	,196	,833	,293	,197	,043
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
CE	Pearson Correlation	,118	-.166	1	,084	,046	,451**	,230*	,469**	,140	,520**	,565**
	Sig. (2-tailed)	,298	,141		,458	,688	,000	,040	,000	,217	,000	,000
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
AS	Pearson Correlation	,285*	-.061	,084	1	,433**	,421**	,457**	-.098	,266*	,414**	,646**
	Sig. (2-tailed)	,010	,593	,458		,000	,000	,000	,387	,018	,000	,000
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
CA	Pearson Correlation	,070	-.094	,046	,433**	1	,313**	,352**	-.145	,118	,353**	,538**
	Sig. (2-tailed)	,536	,406	,688	,000		,005	,001	,198	,300	,001	,000
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
AF	Pearson Correlation	,236*	-.284*	,451**	,421**	,313**	1	,406**	,169	,275*	,721**	,782**
	Sig. (2-tailed)	,036	,011	,000	,000	,005		,000	,137	,015	,000	,000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	78	79	79
AR	Pearson Correlation	,248*	-.146	,230*	,457**	,352**	,406**	1	,076	,062	,459**	,633**
	Sig. (2-tailed)	,027	,196	,040	,000	,001	,000		,501	,585	,000	,000
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
C	Pearson Correlation	,264*	-.024	,469**	-.098	-.145	,169	,076	1	,112	,330**	,346**
	Sig. (2-tailed)	,018	,833	,000	,387	,198	,137	,501		,325	,003	,002
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
AI	Pearson Correlation	,009	-.120	,140	,266*	,118	,275*	,062	,112	1	,251*	,511**
	Sig. (2-tailed)	,940	,293	,217	,018	,300	,015	,585	,325		,026	,000
	N	79	79	79	79	79	78	79	79	79	79	79
AE	Pearson Correlation	,140	-.146	,520**	,414**	,353**	,721**	,459**	,330**	,251*	1	,762**
	Sig. (2-tailed)	,216	,197	,000	,000	,001	,000	,000	,003	,026		,000
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80
ACG	Pearson Correlation	,297**	-.227*	,565**	,646**	,538**	,782**	,633**	,346**	,511**	,762**	1
	Sig. (2-tailed)	,007	,043	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	79	80	80	79	80	80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tests of Normality							
	Estado Civil dos Pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CE	Juntos	,142	39	,047	,933	39	,023
	Separados	,184	29	,014	,921	29	,032
	Morte do Pai	,307	4	.	,729	4	,024
AS	Morte da Mãe	,253	3	.	,964	3	,637
	Juntos	,147	39	,032	,961	39	,199
	Separados	,185	29	,012	,943	29	,119
CA	Morte do Pai	,236	4	.	,940	4	,653
	Morte da Mãe	,292	3	.	,923	3	,463
	Juntos	,120	39	,166	,966	39	,281
AF	Separados	,125	29	,200	,950	29	,180
	Morte do Pai	,283	4	.	,863	4	,272
	Morte da Mãe	,385	3	.	,750	3	,000
AR	Juntos	,110	39	,200	,950	39	,083
	Separados	,120	29	,200	,927	29	,045
	Morte do Pai	,292	4	.	,862	4	,268
C	Morte da Mãe	,343	3	.	,842	3	,220
	Juntos	,207	39	,000	,922	39	,010
	Separados	,172	29	,028	,939	29	,093
AI	Morte do Pai	,234	4	.	,928	4	,584
	Morte da Mãe	,253	3	.	,964	3	,637
	Juntos	,140	39	,052	,917	39	,007
AE	Separados	,160	29	,056	,931	29	,057
	Morte do Pai	,307	4	.	,729	4	,024
	Morte da Mãe	,175	3	.	1,000	3	1,000
ACG	Juntos	,293	39	,000	,786	39	,000
	Separados	,237	29	,000	,802	29	,000
	Morte do Pai	,271	4	.	,848	4	,220
AI	Morte da Mãe	,385	3	.	,750	3	,000
	Juntos	,153	39	,022	,927	39	,014
	Separados	,199	29	,005	,890	29	,006
AE	Morte do Pai	,252	4	.	,916	4	,513
	Morte da Mãe	,253	3	.	,964	3	,637
	Juntos	,137	39	,064	,959	39	,164
ACG	Separados	,086	29	,200	,961	29	,343
	Morte do Pai	,185	4	.	,981	4	,910
	Morte da Mãe	,354	3	.	,821	3	,165

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Ranks			
	Estado Civil dos Pais	N	Mean Rank
CE	Juntos	41	38,34
	Separados	29	36,09
	Morte do Pai	4	67,50
AS	Morte da Mãe	3	38,17
	Total	77	
	Juntos	41	36,77
CA	Separados	29	41,03
	Morte do Pai	4	32,25
	Morte da Mãe	3	58,83
AF	Total	77	
	Juntos	41	36,46
	Separados	29	42,60
AR	Morte do Pai	4	34,13
	Morte da Mãe	3	45,33
	Total	77	
C	Juntos	40	37,14
	Separados	29	36,95
	Morte do Pai	4	51,50
AI	Morte da Mãe	3	54,33
	Total	76	
	Juntos	41	40,04
AE	Separados	29	35,48
	Morte do Pai	4	49,00
	Morte da Mãe	3	45,50
ACG	Total	77	
	Juntos	41	39,76
	Separados	29	34,33
AI	Morte do Pai	4	61,75
	Morte da Mãe	3	43,50
	Total	77	
AE	Juntos	40	39,98
	Separados	29	36,24
	Morte do Pai	4	36,50
ACG	Morte da Mãe	3	43,33
	Total	76	
	Juntos	41	39,26
AE	Separados	29	35,98
	Morte do Pai	4	55,50
	Morte da Mãe	3	42,67
ACG	Total	77	
	Juntos	41	38,34
	Separados	29	36,67
ACG	Morte do Pai	4	50,75
	Morte da Mãe	3	54,83
	Total	77	

Test Statistics ^{ab}									
	CE	AS	CA	AF	AR	C	AI	AE	ACG
Chi-Square	7,109	3,405	1,725	3,241	1,882	5,647	,754	2,815	2,958
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,068	,333	,631	,356	,597	,130	,861	,421	,398

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: Estado Civil dos Pais

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AS	,394	3	73	,758
ACG	,487	3	73	,693

ANOVA						
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
AS	Between Groups	1,589	3	,530	1,078	,364
	Within Groups	35,856	73	,491		
	Total	37,445	76			
ACG	Between Groups	,617	3	,206	1,102	,354
	Within Groups	13,621	73	,187		
	Total	14,238	76			

Tests of Normality							
	Prática de Exercício Físico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CE	Sedentarismo	,146	39	,035	,956	39	,135
	Exercício Esporádico	,140	11	,200 [*]	,967	11	,860
	Exercício Moderado	,225	14	,053	,919	14	,215
AS	Exercício Regular	,117	14	,200 [*]	,968	14	,842
	Sedentarismo	,118	39	,184	,969	39	,361
	Exercício Esporádico	,160	11	,200 [*]	,975	11	,933
CA	Exercício Moderado	,212	14	,089	,894	14	,092
	Exercício Regular	,177	14	,200 [*]	,913	14	,171
	Sedentarismo	,127	39	,116	,947	39	,065
AF	Exercício Esporádico	,201	11	,200 [*]	,935	11	,461
	Exercício Moderado	,145	14	,200 [*]	,965	14	,805
	Exercício Regular	,138	14	,200 [*]	,971	14	,884
AR	Sedentarismo	,133	39	,080	,943	39	,048
	Exercício Esporádico	,169	11	,200 [*]	,898	11	,173
	Exercício Moderado	,154	14	,200 [*]	,925	14	,262
C	Exercício Regular	,166	14	,200 [*]	,909	14	,152
	Sedentarismo	,163	39	,011	,948	39	,068
	Exercício Esporádico	,243	11	,068	,904	11	,204
AI	Exercício Moderado	,301	14	,001	,894	14	,094
	Exercício Regular	,201	14	,129	,867	14	,038
	Sedentarismo	,138	39	,059	,910	39	,004
AE	Exercício Esporádico	,191	11	,200 [*]	,825	11	,020
	Exercício Moderado	,120	14	,200 [*]	,952	14	,600
	Exercício Regular	,200	14	,134	,943	14	,462
ACG	Sedentarismo	,304	39	,000	,757	39	,000
	Exercício Esporádico	,280	11	,016	,826	11	,021
	Exercício Moderado	,221	14	,062	,852	14	,024
AE	Exercício Regular	,295	14	,002	,671	14	,000
	Sedentarismo	,157	39	,017	,947	39	,064
	Exercício Esporádico	,299	11	,007	,837	11	,029
ACG	Exercício Moderado	,141	14	,200 [*]	,948	14	,524
	Exercício Regular	,168	14	,200 [*]	,944	14	,471
	Sedentarismo	,140	39	,052	,949	39	,078
ACG	Exercício Esporádico	,141	11	,200 [*]	,949	11	,632
	Exercício Moderado	,124	14	,200 [*]	,951	14	,570
	Exercício Regular	,206	14	,110	,938	14	,396

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Ranks			
	Prática de Exercício Físico	N	Mean Rank
CE	Sedentarismo	41	41,21
	Exercício Esporádico	11	44,18
	Exercício Moderado	14	38,86
AS	Exercício Regular	14	37,18
	Total	80	
	Sedentarismo	41	40,11
CA	Exercício Esporádico	11	42,77
	Exercício Moderado	14	37,04
	Exercício Regular	14	44,89
AF	Total	80	
	Sedentarismo	41	34,13
	Exercício Esporádico	11	42,77
AR	Exercício Moderado	14	39,36
	Exercício Regular	14	51,86
	Total	80	
C	Sedentarismo	40	38,65
	Exercício Esporádico	11	48,32
	Exercício Moderado	14	37,96
AI	Exercício Regular	14	39,36
	Total	79	
	Sedentarismo	41	39,12
AE	Exercício Esporádico	11	37,91
	Exercício Moderado	14	42,50
	Exercício Regular	14	44,57
ACG	Total	80	
	Sedentarismo	41	43,37
	Exercício Esporádico	11	49,27
C	Exercício Moderado	14	36,61
	Exercício Regular	14	29,11
	Total	80	
AE	Sedentarismo	40	41,09
	Exercício Esporádico	11	38,09
	Exercício Moderado	14	34,54
ACG	Exercício Regular	14	43,86
	Total	79	
	Sedentarismo	41	38,07
AE	Exercício Esporádico	11	48,82
	Exercício Moderado	14	38,21
	Exercício Regular	14	43,36
ACG	Total	80	
	Sedentarismo	41	39,16
	Exercício Esporádico	11	44,95
ACG	Exercício Moderado	14	38,71
	Exercício Regular	14	42,71
	Total	80	

Test Statistics ^{ab}									
	CE	AS	CA	AF	AR	C	AI	AE	ACG
Chi-Square	,678	,833	7,376	1,713	,825	6,028	1,560	2,224	,751
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,878	,841	,061	,634	,843	,110	,668	,527	,861

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Prática de Exercício Físico

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
CE	,044	3	76	,988
AS	,063	3	76	,979
CA	1,359	3	76	,262
ACG	1,396	3	76	,251

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
CA	Sedentarismo	41	2,1415	,74464	,11629	1,9064	2,3765	1,00	4,00
	Exercício Esporádico	11	2,4727	,44965	,13557	2,1707	2,7748	1,80	3,20
	Exercício Moderado	14	2,5286	,73425	,19624	2,1046	2,9525	1,00	3,60
	Exercício Regular	14	2,7286	,77104	,20607	2,2834	3,1738	1,00	4,00
ACG	Total	80	2,3575	,74064	,08281	2,1927	2,5223	1,00	4,00
	Sedentarismo	41	2,7762	,40187	,06276	2,6493	2,9030	1,89	3,74
	Exercício Esporádico	11	2,9039	,33105	,09982	2,6815	3,1263	2,37	3,37
	Exercício Moderado	14	2,7755	,48808	,13045	2,4937	3,0573	1,91	3,49
CE	Exercício Regular	14	2,8571	,52360	,13994	2,5548	3,1595	2,03	3,66
	Total	80	2,8078	,42706	,04775	2,7128	2,9028	1,89	3,74
	Sedentarismo	41	2,7122	,61976	,09679	2,5166	2,9078	1,40	4,00
	Exercício Esporádico	11	2,8364	,68596	,20683	2,3755	3,2972	1,80	4,00
AS	Exercício Moderado	14	2,6714	,56898	,15207	2,3429	2,9999	1,80	3,60
	Exercício Regular	14	2,6143	,62494	,16702	2,2535	2,9751	1,40	3,60
	Total	80	2,7050	,61292	,06853	2,5686	2,8414	1,40	4,00
	Sedentarismo	41	2,7756	,68731	,10734	2,5587	2,9926	1,00	4,00
AS	Exercício Esporádico	11	2,8182	,70685	,21312	2,3433	3,2930	1,60	4,00
	Exercício Moderado	14	2,6571	,82435	,22032	2,1812	3,1331	1,20	4,00
	Exercício Regular	14	2,9714	,68773	,18380	2,5743	3,3685	2,00	4,00
Total	80	2,7950	,70798	,07915	2,6374	2,9526	1,00	4,00	

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
CA	Between Groups	4,397	3	1,466	2,861	,042
	Within Groups	38,938	76	,512		
	Total	43,335	79			
ACG	Between Groups	,191	3	,064	,341	,796
	Within Groups	14,217	76	,187		
	Total	14,408	79			
CE	Between Groups	,323	3	,108	,279	,841
	Within Groups	29,355	76	,386		
	Total	29,678	79			
AS	Between Groups	,723	3	,241	,471	,703
	Within Groups	38,875	76	,512		
	Total	39,598	79			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Competência Atlética

	(I) Prática de Exercício Físico	(J) Prática de Exercício Físico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
LSD	Sedentarismo	Exercício Esporádico	-,33126	,24305	,177	-,8153	,1528
		Exercício Moderado	-,38711	,22157	,085	-,8284	,0542
		Exercício Regular	-,58711*	,22157	,010	-1,0284	-,1458
	Exercício Esporádico	Sedentarismo	,33126	,24305	,177	-,1528	,8153
		Exercício Moderado	-,05584	,28840	,847	-,6302	,5186
		Exercício Regular	-,25584	,28840	,378	-,8302	,3186
	Exercício Moderado	Sedentarismo	,38711	,22157	,085	-,0542	,8284
		Exercício Esporádico	,05584	,28840	,847	-,5186	,6302
		Exercício Regular	-,20000	,27054	,462	-,7388	,3388
	Exercício Regular	Sedentarismo	,58711*	,22157	,010	,1458	1,0284
		Exercício Esporádico	,25584	,28840	,378	-,3186	,8302
		Exercício Moderado	,20000	,27054	,462	-,3388	,7388

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Correlations

		Idade	IMC	scasT	SA	SP	PA	GA
Idade	Pearson Correlation	1	,100	-,014	-,188	,090	-,012	,011
	Sig. (2-tailed)		,379	,901	,095	,427	,916	,919
	N	80	80	80	80	80	80	80
IMC	Pearson Correlation	,100	1	-,009	,078	,071	-,041	-,079
	Sig. (2-tailed)	,379		,937	,490	,530	,718	,487
	N	80	80	80	80	80	80	80
scasT	Pearson Correlation	-,014	-,009	1	,725**	,622**	,826**	,839**
	Sig. (2-tailed)	,901	,937		,000	,000	,000	,000
	N	80	80	80	80	80	80	80
SA	Pearson Correlation	-,188	,078	,725**	1	,233*	,541**	,493**
	Sig. (2-tailed)	,095	,490	,000		,038	,000	,000
	N	80	80	80	80	80	80	80
SP	Pearson Correlation	,090	,071	,622**	,233*	1	,353**	,528**
	Sig. (2-tailed)	,427	,530	,000	,038		,001	,000
	N	80	80	80	80	80	80	80
PA	Pearson Correlation	-,012	-,041	,826**	,541**	,353**	1	,650**
	Sig. (2-tailed)	,916	,718	,000	,000	,001		,000
	N	80	80	80	80	80	80	80
GA	Pearson Correlation	,011	-,079	,839**	,493**	,528**	,650**	1
	Sig. (2-tailed)	,919	,487	,000	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scasT	Feminino	,102	64	,093	,952	64	,015
	Masculino	,200	16	,086	,881	16	,040
SA	Feminino	,125	64	,014	,890	64	,000
	Masculino	,272	16	,002	,908	16	,109
SP	Feminino	,140	64	,003	,930	64	,001
	Masculino	,161	16	,200*	,930	16	,240
PA	Feminino	,134	64	,006	,885	64	,000
	Masculino	,294	16	,001	,735	16	,000
GA	Feminino	,148	64	,001	,960	64	,037
	Masculino	,173	16	,200*	,879	16	,038

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scasT	Feminino	64	42,85	2742,50
	Masculino	16	31,09	497,50
	Total	80		
SA	Feminino	64	41,82	2676,50
	Masculino	16	35,22	563,50
	Total	80		
SP	Feminino	64	41,70	2669,00
	Masculino	16	35,69	571,00
	Total	80		
PA	Feminino	64	43,17	2763,00
	Masculino	16	29,81	477,00
	Total	80		
GA Generalizada	Feminino	64	41,98	2686,50
	Masculino	16	34,59	553,50
	Total	80		

Test Statistics ^a					
	scasT	SA	SP	PA	GA
Mann-Whitney U	361,500	427,500	435,000	341,000	417,500
Wilcoxon W	497,500	563,500	571,000	477,000	553,500
Z	-1,811	-1,028	-,932	-2,074	-1,143
Asymp. Sig. (2-tailed)	,070	,304	,351	,038	,253

a. Grouping Variable: Sexo

Tests of Normality							
	Raça	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scasT	Negra	,106	15	,200 [*]	,974	15	,917
	Caucasiana	,131	63	,009	,907	63	,000
SA	Negra	,157	15	,200 [*]	,909	15	,132
	Caucasiana	,187	63	,000	,862	63	,000
SP	Negra	,222	15	,045	,837	15	,012
	Caucasiana	,113	63	,044	,955	63	,022
PA	Negra	,184	15	,182	,914	15	,154
	Caucasiana	,173	63	,000	,847	63	,000
GA	Negra	,210	15	,075	,907	15	,122
	Caucasiana	,140	63	,004	,966	63	,082

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks				
	Raça	N	Mean Rank	Sum of Ranks
scasT	Negra	15	47,40	711,00
	Caucasiana	63	37,62	2370,00
	Total	78		
SA	Negra	15	47,40	711,00
	Caucasiana	63	37,62	2370,00
	Total	78		
SP	Negra	15	37,87	568,00
	Caucasiana	63	39,89	2513,00
	Total	78		
PA	Negra	15	42,10	631,50
	Caucasiana	63	38,88	2449,50
	Total	78		
GA	Negra	15	50,43	756,50
	Caucasiana	63	36,90	2324,50
	Total	78		

Test Statistics ^a					
	scasT	SA	SP	PA	GA
Mann-Whitney U	354,000	354,000	448,000	433,500	308,500
Wilcoxon W	2370,000	2370,000	568,000	2449,500	2324,500
Z	-1,503	-1,520	-,313	-,499	-2,090
Asymp. Sig. (2-tailed)	,133	,129	,755	,618	,037

a. Grouping Variable: Raça

Tests of Normality							
	Estado Civil dos Pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scasT	Juntos	,150	41	,021	,947	41	,054
	Separados	,133	29	,200 [*]	,929	29	,051
	Morte do Pai	,389	4	.	,741	4	,032
	Morte da Mãe	,312	3	.	,896	3	,373
SA	Juntos	,138	41	,047	,827	41	,000
	Separados	,185	29	,012	,912	29	,020
	Morte do Pai	,252	4	.	,882	4	,348
	Morte da Mãe	,328	3	.	,871	3	,298
SP	Juntos	,164	41	,007	,918	41	,006
	Separados	,133	29	,200 [*]	,925	29	,042
	Morte do Pai	,314	4	.	,854	4	,240
	Morte da Mãe	,276	3	.	,942	3	,537
PA	Juntos	,158	41	,012	,870	41	,000
	Separados	,181	29	,016	,896	29	,008
	Morte do Pai	,333	4	.	,793	4	,091
	Morte da Mãe	,343	3	.	,842	3	,220
GA	Juntos	,180	41	,002	,946	41	,051
	Separados	,152	29	,085	,962	29	,377
	Morte do Pai	,318	4	.	,873	4	,310
	Morte da Mãe	,292	3	.	,923	3	,463

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test Statistics ^{ab}					
	scasT	SA	SP	PA	GA
Chi-Square	1,582	3,736	,176	1,401	,608
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,663	,291	,981	,705	,895

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil dos Pais

ANOVA					
Ansiedade Generalizada					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,385	3	2,462	,204	,894
Within Groups	882,407	73	12,088		
Total	889,792	76			

Ranks			
	Estado Civil dos Pais	N	Mean Rank
scasT	Juntos	41	36,59
	Separados	29	40,72
	Morte do Pai	4	49,63
	Morte da Mãe	3	41,17
	Total	77	
SA	Juntos	41	34,65
	Separados	29	43,33
	Morte do Pai	4	50,00
	Morte da Mãe	3	42,00
	Total	77	
SP	Juntos	41	38,80
	Separados	29	38,48
	Morte do Pai	4	42,75
	Morte da Mãe	3	41,67
	Total	77	
PA	Juntos	41	36,88
	Separados	29	40,09
	Morte do Pai	4	48,75
	Morte da Mãe	3	44,50
	Total	77	
GA	Juntos	41	37,21
	Separados	29	41,03
	Morte do Pai	4	42,50
	Morte da Mãe	3	39,17
	Total	77	

Test of Homogeneity of Variances

Ansiedade Generalizada			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,458	3	73	,712

Tests of Normality							
	Prática de Exercício Físico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
scasT	Sedentarismo	,132	41	,071	,921	41	,007
	Exercício Esporádico	,142	11	,200 [*]	,941	11	,537
	Exercício Moderado	,189	14	,187	,937	14	,383
SA	Exercício Regular	,155	14	,200 [*]	,934	14	,347
	Sedentarismo	,213	41	,000	,871	41	,000
	Exercício Esporádico	,184	11	,200 [*]	,934	11	,457
SP	Exercício Moderado	,170	14	,200 [*]	,930	14	,305
	Exercício Regular	,250	14	,017	,883	14	,064
	Sedentarismo	,152	41	,018	,957	41	,124
PA	Exercício Esporádico	,219	11	,147	,886	11	,125
	Exercício Moderado	,278	14	,005	,850	14	,022
	Exercício Regular	,159	14	,200 [*]	,896	14	,097
GA	Sedentarismo	,163	41	,008	,858	41	,000
	Exercício Esporádico	,207	11	,200 [*]	,900	11	,183
	Exercício Moderado	,229	14	,046	,906	14	,137
GA	Exercício Regular	,240	14	,028	,794	14	,004
	Sedentarismo	,151	41	,020	,961	41	,174
	Exercício Esporádico	,221	11	,140	,902	11	,195
GA	Exercício Moderado	,196	14	,149	,941	14	,425
	Exercício Regular	,182	14	,200 [*]	,945	14	,486

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Ranks			
	Prática de Exercício Físico	N	Mean Rank
scasT	Sedentarismo	41	43,22
	Exercício Esporádico	11	40,18
	Exercício Moderado	14	38,36
	Exercício Regular	14	34,93
SA	Total	80	
	Sedentarismo	41	42,06
	Exercício Esporádico	11	42,64
	Exercício Moderado	14	38,36
SP	Exercício Regular	14	36,39
	Total	80	
	Sedentarismo	41	40,59
	Exercício Esporádico	11	43,55
PA	Exercício Moderado	14	36,18
	Exercício Regular	14	42,18
	Total	80	
	Sedentarismo	41	42,32
GA	Exercício Esporádico	11	41,55
	Exercício Moderado	14	39,86
	Exercício Regular	14	35,00
	Total	80	
GA	Sedentarismo	41	43,12
	Exercício Esporádico	11	35,32
	Exercício Moderado	14	40,68
	Exercício Regular	14	36,71
	Total	80	

Test Statistics ^{ab}					
	scasT	SA	SP	PA	GA
Chi-Square	1,489	,853	,756	1,086	1,457
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,685	,837	,860	,780	,692

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: Prática de Exercício Físico

Test of Homogeneity of Variances			
Ansiedade Generalizada			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,614	3	76	,608

ANOVA					
Ansiedade Generalizada					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	13,399	3	4,466	,372	,774
Within Groups	913,488	76	12,020		
Total	926,887	79			

Sexo * PercIC Crosstabulation					
		PercIC			Total
		Discrepância Negativa	Discrepância Ideal	Discrepância Positiva	
Sexo	Feminino	Count	10	22	32
		% within Sexo	15,6%	34,4%	50,0%
		% within PercIC	52,6%	88,0%	88,9%
		% of Total	12,5%	27,5%	40,0%
Sexo	Masculino	Count	9	3	4
		% within Sexo	56,2%	18,8%	25,0%
		% within PercIC	47,4%	12,0%	11,1%
		% of Total	11,2%	3,8%	5,0%
Total		Count	19	25	36
		% within Sexo	23,8%	31,2%	45,0%
		% within PercIC	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	23,8%	31,2%	45,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,673 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	10,315	2	,006
Linear-by-Linear Association	8,475	1	,004
N of Valid Cases	80		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,80.

Análise da Relação entre Imagem Corporal, Autoconceito, Auto-Estima, Ansiedade e as PCA

Ranks			
	PercIC	N	Mean Rank
DT	Discrepância Negativa	19	19,16
	Discrepância Ideal	25	36,32
	Discrepância Positiva	36	54,67
	Total	80	
B	Discrepância Negativa	19	43,13
	Discrepância Ideal	25	31,96
	Discrepância Positiva	36	45,04
	Total	80	
BD	Discrepância Negativa	19	29,42
	Discrepância Ideal	25	24,02
	Discrepância Positiva	36	57,79
	Total	80	
EDRC	Discrepância Negativa	19	27,82
	Discrepância Ideal	25	27,16
	Discrepância Positiva	36	56,46
	Total	80	

Test Statistics ^{a,b}				
	DT	B	BD	EDRC
Chi-Square	30,611	5,117	36,938	31,024
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,077	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: PercIC

Tests of Normality							
	PercIC	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DT	Discrepância Negativa	,204	19	,036	,883	19	,024
	Discrepância Ideal	,273	25	,000	,743	25	,000
	Discrepância Positiva	,130	36	,131	,943	36	,064
B	Discrepância Negativa	,260	19	,002	,855	19	,008
	Discrepância Ideal	,223	25	,002	,728	25	,000
	Discrepância Positiva	,314	36	,000	,656	36	,000
BD	Discrepância Negativa	,162	19	,200 [*]	,942	19	,281
	Discrepância Ideal	,164	25	,083	,868	25	,004
	Discrepância Positiva	,084	36	,200 [*]	,981	36	,774
EDRC	Discrepância Negativa	,168	19	,166	,906	19	,062
	Discrepância Ideal	,180	25	,036	,866	25	,004
	Discrepância Positiva	,127	36	,154	,940	36	,049

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Multiple Comparisons

LSD							
Dependent Variable	(I) PercIC	(J) PercIC	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Rank of DT	Discrepância Negativa	Discrepância Ideal	-17,162105 [*]	5,570272	,003	-28,25393	-6,07028
		Discrepância Positiva	-35,508772 [*]	5,189794	,000	-45,84297	-25,17457
	Discrepância Ideal	Discrepância Negativa	17,162105 [*]	5,570272	,003	6,07028	28,25393
		Discrepância Positiva	-18,346667 [*]	4,764754	,000	-27,83450	-8,85883
	Discrepância Positiva	Discrepância Negativa	35,508772 [*]	5,189794	,000	25,17457	45,84297
		Discrepância Ideal	18,346667 [*]	4,764754	,000	8,85883	27,83450
Rank of BD	Discrepância Negativa	Discrepância Ideal	5,401053	5,219404	,304	-4,99211	15,79421
		Discrepância Positiva	-28,370614 [*]	4,862892	,000	-38,05387	-18,68736
	Discrepância Ideal	Discrepância Negativa	-5,401053	5,219404	,304	-15,79421	4,99211
		Discrepância Positiva	-33,771667 [*]	4,464625	,000	-42,66187	-24,88146
	Discrepância Positiva	Discrepância Negativa	28,370614 [*]	4,862892	,000	18,68736	38,05387
		Discrepância Ideal	33,771667 [*]	4,464625	,000	24,88146	42,66187
Rank of EDRC	Discrepância Negativa	Discrepância Ideal	,655789	5,569536	,907	-10,43457	11,74615
		Discrepância Positiva	-28,642544 [*]	5,189109	,000	-38,97538	-18,30971
	Discrepância Ideal	Discrepância Negativa	-6,55789	5,569536	,907	-11,74615	10,43457
		Discrepância Positiva	-29,298333 [*]	4,764125	,000	-38,78492	-19,81175
	Discrepância Positiva	Discrepância Negativa	28,642544 [*]	5,189109	,000	18,30971	38,97538
		Discrepância Ideal	29,298333 [*]	4,764125	,000	19,81175	38,78492

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

		CE	AS	CA	AF	AR	C	AI	AE	AC G	DT	B	BD	EDRC
CE	Pearson Correlation	1	.084	.046	.451**	.230*	.469**	.140	.520**	.565**	-.363**	-.238*	-.274*	-.346**
	Sig. (2-tailed)		.458	.688	.000	.040	.000	.217	.000	.000	.001	.033	.014	.002
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
AS	Pearson Correlation	.084	1	.433**	.421**	.457**	-.098	.266*	.414**	.646**	-.335**	-.143	-.335**	-.349**
	Sig. (2-tailed)	.458		.000	.000	.000	.387	.018	.000	.000	.002	.205	.002	.002
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
CA	Pearson Correlation	.046	.433**	1	.313**	.352**	-.145	.118	.353**	.538**	-.336**	-.368**	-.507**	-.470**
	Sig. (2-tailed)	.688	.000		.005	.001	.198	.300	.001	.000	.002	.001	.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
AF	Pearson Correlation	.451**	.421**	.313**	1	.406**	.169	.275**	.721**	.782**	-.605**	-.367**	-.656**	-.648**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.005		.000	.137	.015	.000	.000	.000	.001	.000	.000
	N	79	79	79	79	79	79	78	79	79	79	79	79	79
AR	Pearson Correlation	.230*	.457**	.352**	.406**	1	.076	.062	.459**	.633**	-.338**	-.140	-.324**	-.332**
	Sig. (2-tailed)	.040	.000	.001	.000		.501	.585	.000	.000	.002	.214	.003	.003
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
C	Pearson Correlation	.469**	-.098	-.145	.169	.076	1	.112	.330**	.346**	-.073	-.025	.004	-.043
	Sig. (2-tailed)	.000	.387	.198	.137	.501		.325	.003	.002	.521	.828	.971	.702
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
AI	Pearson Correlation	.140	.266*	.118	.275**	.062	.112	1	.251**	.511**	-.253*	-.065	-.209	-.236*
	Sig. (2-tailed)	.217	.018	.300	.015	.585	.325		.026	.000	.024	.568	.065	.036
	N	79	79	79	78	79	79	79	79	79	79	79	79	79
AE	Pearson Correlation	.520**	.414**	.353**	.721**	.459**	.330**	.251**	1	.762**	-.630**	-.476**	-.640**	-.693**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	.000	.003	.026		.000	.000	.000	.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
AC G	Pearson Correlation	.565**	.646**	.538**	.782**	.633**	.346**	.511**	.762**	1	-.583**	-.347**	-.593**	-.619**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000		.000	.002	.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
DT	Pearson Correlation	-.363**	-.335**	-.336**	-.605**	-.338**	-.073	-.253*	.630**	-.583**	1	.520**	.743**	.918**
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.002	.000	.002	.521	.024	.000	.000		.000	.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
B	Pearson Correlation	-.238*	-.143	-.368**	-.367**	-.140	-.025	-.065	.476**	-.347**	.520**	1	.473**	.696**
	Sig. (2-tailed)	.033	.205	.001	.001	.214	.828	.568	.000	.002	.000		.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
BD	Pearson Correlation	-.274*	-.335**	-.507**	-.656**	-.324**	.004	-.209	.640**	-.593**	.743**	.473**	1	.903**
	Sig. (2-tailed)	.014	.002	.000	.000	.003	.971	.065	.000	.000	.000	.000		.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
EDRC	Pearson Correlation	-.346**	-.349**	-.470**	-.648**	-.332**	-.043	-.236*	.693**	-.619**	.918**	.696**	.903**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.002	.000	.000	.003	.702	.036	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80
	Sig. (2-tailed)	.002	.033	.114	.000	.000	.006	.190	.000	.000	.001	.000	.000	.000
	N	80	80	80	79	80	80	79	80	80	80	80	80	80

Correlations

		DT	B	BD	EDRC	scasT	SA	SP	OC	PA	PIF	GA
DT	Pearson Correlation	1	.520**	.743**	.918**	.294**	.111	.424**	.139	.216	.201	.191
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.008	.329	.000	.218	.054	.074	.089
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
B	Pearson Correlation	.520**	1	.473**	.696**	.345**	.144	.512**	.268*	.250*	.053	.285*
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.002	.201	.000	.016	.025	.641	.011
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
BD	Pearson Correlation	.743**	.473**	1	.903**	.364**	.268*	.274*	.183	.338**	.304**	.245*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.001	.016	.014	.104	.002	.006	.028
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
EDRC	Pearson Correlation	.918**	.696**	.903**	1	.384**	.214	.433**	.219	.315**	.237*	.270*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.056	.000	.051	.004	.034	.016
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
scasT	Pearson Correlation	.294**	.345**	.364**	.384**	1	.725**	.622**	.724**	.826**	.692**	.839**
	Sig. (2-tailed)	.008	.002	.001	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
SA	Pearson Correlation	.111	.144	.268*	.214	.725**	1	.233*	.523**	.541**	.497**	.493**
	Sig. (2-tailed)	.329	.201	.016	.056	.000		.038	.000	.000	.000	.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
SP	Pearson Correlation	.424**	.512**	.274*	.433**	.622**	.233*	1	.333**	.353**	.298**	.528**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.014	.000	.000	.038		.003	.001	.007	.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
OC	Pearson Correlation	.139	.268*	.183	.219	.724**	.523**	.333**	1	.510**	.439**	.553**
	Sig. (2-tailed)	.218	.016	.104	.051	.000	.000	.003		.000	.000	.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
PA	Pearson Correlation	.216	.250*	.338**	.315**	.826**	.541**	.353**	.510**	1	.453**	.650**
	Sig. (2-tailed)	.054	.025	.002	.004	.000	.000	.001	.000		.000	.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
PIF	Pearson Correlation	.201	.053	.304**	.237*	.692**	.497**	.298**	.439**	.453**	1	.483**
	Sig. (2-tailed)	.074	.641	.006	.034	.000	.000	.007	.000	.000		.000
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
GA	Pearson Correlation	.191	.285**	.245*	.270*	.839**	.493**	.528**	.553**	.650**	.483**	1
	Sig. (2-tailed)	.089	.011	.028	.016	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,928 ^a	,861	,856	3,334	1,875

a. Predictors: (Constant), Fobia Social, Insatisfação Corporal, Auto-Estima
 b. Dependent Variable: Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5248,515	3	1749,505	157,345	,000 ^b
	Residual	845,0350	76	11,119		
	Total	6093,550	79			

a. Dependent Variable: Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

b. Predictors: (Constant), Fobia Social, Insatisfação Corporal, Auto-Estima

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	5,956	3,726		1,599	,114		
	Auto-Estima	-1,485	,693	-,126	-2,145	,035	,528	1,895
	Insatisfação Corporal	,747	,054	,776	13,953	,000	,590	1,696
	Fobia Social	,468	,130	,169	3,592	,001	,828	1,208

a. Dependent Variable: Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	Auto-Estima	Insatisfação Corporal	Fobia Social
1	1	3,746	1,000	,00	,00	,00	,01
	2	,173	4,656	,00	,08	,00	,44
	3	,075	7,080	,00	,08	,29	,43
	4	,007	23,238	1,00	,84	,70	,13

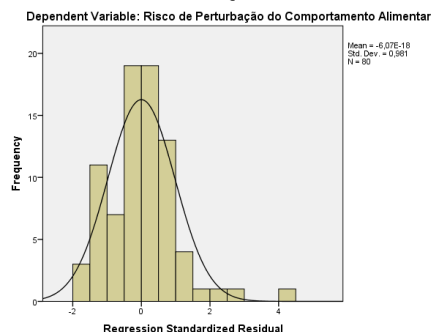
a. Dependent Variable: Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

Residuals Statistics^a

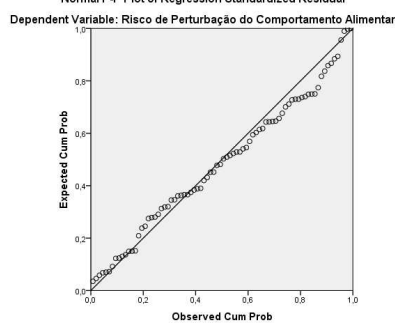
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	18,72	53,31	31,32	8,151	80
Residual	-6,039	13,511	,000	3,271	80
Std. Predicted Value	-1,546	2,698	,000	1,000	80
Std. Residual	-1,811	4,052	,000	,981	80

a. Dependent Variable: Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

Histogram



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot

