

**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade de Coimbra**

**Factores Associados às Perturbações
Alimentares em Grupo de Estudantes de Dança:
Estudo Comparativo**

Reg. 15941
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Patrícia Magda Monteiro Pascoal

Coimbra, Maio de 2003

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
(área de especialização em Psicologia Cognitivo-
Comportamental e Sistémica) apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra, sob a orientação do
Prof. Doutor José Pinto Gouveia.

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas que estiveram presentes ao longo do processo de construção deste estudo. A todas elas deixo o meu agradecimento

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia agradeço ter aceite orientar este estudo, ter delimitado a área de investigação e sua pertinência, o contributo das suas aprendizagens e os seus ensinamentos.

À Mestre Ana Isabel Pereira agradeço o tempo que me dispensou, as advertências, a disponibilidade amiga e sincera, os ensinamentos e a generosidade que mostrou em partilhar algumas das aprendizagens que adquiriu ao longo do seu próprio percurso académico. A sua crença na minha capacidade de efectuar este trabalho e as suas críticas, sempre pertinentes, foram factores determinantes para o desenvolvimento e concretização deste estudo.

À Mestre Susana Coimbra agradeço o empenho no esclarecimento de muitas das minhas dúvidas acerca do tratamento estatístico. A sua atitude pedagógica e paciente ajudou-me a prosseguir com segurança.

Às direcções da Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação Jean Piaget do Instituto Piaget- Almada e da Escola Superior de Educação João de Deus bem como aos professores que apoiaram este trabalho, agradeço toda a disponibilidade que permitiu a recolha de dados junto das jovens estudantes. Um agradecimento especial ao Professor Alberto Sousa e à Professora Manuela Valadas cuja amabilidade e disponibilidade tornaram possível o processo da recolha de dados na Escola Superior de Dança.

À Mestre Raquel Barbosa, à Dr.^a Cláudia Ferreira e ao Professor Doutor Paulo Machado pela cedência gentil de alguns dos dados usados neste trabalho.

Ao Pedro Ribau agradeço o tempo, a paciência, as horas disponibilizadas para me ajudar na introdução dos dados, a força, a calma, a ponderação e a alegria. Agradeço-lhe muito, muito...

Um agradecimento aos amigos Jorge Gato, António José Gonzalez, Nuno Gaspar e José Rui Rocheta por tudo o que me deram sempre que precisei e sempre que adivinharam o que não lhes necessitei de dizer.

Ao Rui Duarte Vieira, ao Joaquim Lima e à Manuela Teixeira agradeço o espaço e preocupação com que tudo corresse bem.

Finalmente um agradecimento muito especial a todos os estudantes que participaram neste estudo. Sem eles este trabalho não seria possível. Muito obrigada.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
-----------------	---

PARTE 1: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Capítulo I - A distribuição das perturbações alimentares

1 As Perturbações Alimentares.....	9
1.1 Aspectos Históricos.....	9
1.2 Abordagem Categorial	12
1.2.1 Critérios Diagnóstico	12
1.2.1.1 Anorexia Nervosa	12
1.2.1.1.1 Emagrecimento	14
1.2.1.1.2 Anorexia	15
1.2.1.1.3 Amenorreia.....	15
1.2.1.1.4 Outros Sinais Clínicos	16
1.2.1.2 Bulimia Nervosa	17
1.2.1.2.1 Empanturramento.....	18
1.2.1.2.2 Métodos Purgativos.....	19
1.2.1.2.3 Imagem Corporal.....	19
1.2.1.3 Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação	20
1.2.1.4 Perturbação de Ingestão Compulsiva	21
1.2.2 Co-morbilidade	24
1.2.2.1 Outras Categorias Diagnóstico	24
1.2.2.2 Perturbações da Personalidade.....	26
1.2.3 Evolução das perturbações alimentares	27
1.2.3.1 Evolução entre Categorias Diagnóstico	27
1.2.3.2 Evolução da Sintomatologia da Anorexia Nervosa.....	28
1.2.3.2.1 Mortalidade.....	30
1.2.3.3 Evolução da Sintomatologia da Bulimia Nervosa.....	31
1.3 Críticas à categorização das Perturbações Alimentares.....	31
1.4 Abordagem Dimensional	33
2 Epidemiologia	36
2.1 Anorexia.....	36
2.1.1 Idade de Início.....	36

2.1.2	Distribuição por Sexos.....	37
2.1.3	Prevalência em Estudantes.....	37
2.1.4	Diferentes Culturas e Classes Sociais.....	37
2.1.5	Evolução dos Dados Epidemiológicos.....	38
2.2	Bulimia Nervosa.....	38
2.2.1	Idade de Início.....	38
2.2.2	Prevalência.....	39
2.2.3	Distribuição por Sexos.....	39
2.2.4	Dados Relativos aos Síndromas Parciais.....	39
2.3	Perturbação de Ingestão Compulsiva.....	39
2.4	Perturbações do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação.....	40
2.5	Dados Relativos a uma Amostra de Estudantes em Portugal.....	40
2.6	Reflexão Acerca dos Dados Epidemiológicos.....	41

Capítulo II - Etiologia: factores Soció-Culturais

3	Etiologia.....	47
3.1	A Importância do Estudo do Risco.....	47
3.2	Factores de Risco.....	48
3.2.1	Conceito de Factor de Risco.....	48
3.2.2	Características Individuais.....	53
3.2.2.1	Variáveis Biológicas.....	53
3.2.2.2	Estudos com Gémeos.....	54
3.2.2.3	Modelos Cognitivos: Estilos de Processamento da Informação.....	54
3.2.2.4	Características da Personalidade e do Comportamento.....	56
3.2.2.5	Insatisfação Corporal.....	57
3.2.2.6	O Auto-controlo.....	60
3.2.2.7	O Perfeccionismo.....	63
3.2.3	O Contexto Familiar.....	65
3.2.3.1	As Atitudes dos Familiares em Relação ao Peso.....	66
3.2.3.2	Psicopatologia nos Pais.....	66
3.2.3.3	Padrões Alimentares na Família.....	67
3.2.3.4	Dinâmica Familiar.....	67
3.3	Os factores Sócio-culturais e o Paradigma Feminista.....	69
3.3.1	Paradigma Feminista Aplicado às Perturbações Alimentares.....	69
3.3.2	Os Factores Sócio-culturais.....	71

3.3.2.1	O Papel dos Media	71
3.3.2.2	O Estereótipo de Atractividade	72
3.3.2.3	O Ideal Contemporâneo de Beleza.....	72
3.3.2.4	Grupo de Pares	74
3.3.2.5	O Estereótipo do Papel Feminino	74
4	Diferenças entre Géneros.....	76
4.1	Estudos Comparativos	76
4.2	Aspectos Específicos das Perturbações Alimentares nos Homens	79
4.3	O Papel Mediador da Orientação Sexual	80
4.4	Diferenças entre Géneros em Estudo feito com Jovens Estudantes em Portugal	81
5	Diferenças entre Etnias.....	83
5.1	Conceptualização Sócio-cultural das Perturbações Alimentares: Estudos com Diferentes Etnias	83
5.1.1	Considerações acerca dos Estudos Comparativos entre Etnias	83
5.1.2	Estudos que encontram Diferenças entre Etnias	84
5.1.3	Estudos que encontram Semelhanças entre Etnias.....	84
5.1.4	O Papel Mediador do Nível Sócio-Económico e da Aculturação	86
6	Perturbações Alimentares em Desportistas	89
6.1	Conceptualização Sócio-Cultural das Perturbações Alimentares e Estudos com Desportistas.....	89
6.1.1	Danos Específicos decorrentes da Patologia do Comportamento Alimentar nos Desportistas.....	90
6.2	As Desportistas Femininas.....	91
6.3	As perturbações alimentares na dança clássica.....	92
6.3.1	A Magreza nas Bailarinas.....	92
6.3.2	Estudos acerca das Perturbações Alimentares nas Bailarinas	94
6.4	Considerações Finais.....	96

PARTE 2: ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III - Objectivos e Metodologia do Estudo

7	Delimitação do Problema e Objectivos de Estudo.....	103
7.1	Objectivos do Estudo	103
7.2	Metodologia	104

7.2.1	Desenho de Investigação	104
7.2.2	Amostra	105
7.2.2.1	Critérios de Amostragem	105
7.2.2.2	Recolha da Amostra	106
7.2.3	Instrumentos Utilizados	107
7.2.3.1	Questionário Sócio-Demográfico e de Avaliação (QSDA).....	109
7.2.3.1.1	Sujeito – dados socio-demográficos e outros.....	110
7.2.3.1.2	Familiares – dados socio-demográficos e outros.....	110
7.2.3.1.3	Sujeito – dimensões relacionadas com o peso e pressão para a magreza	110
7.2.3.2	Escala de Estima Corporal (Body Esteem Scale- BES; Franzoi & Shields, 1984).....	111
7.2.3.2.1	Descrição da Escala Original.....	111
7.2.3.2.2	Adaptação para a População Portuguesa.....	112
7.2.3.3	Inventário de Perturbações Alimentares – 2ª versão (Eating Disorders Inventory – EDI-2, Garner, 1991; Garner & Olmstead, 1984; Garner Olmstead & Polivy, 1983)	115
7.2.3.3.1	Descrição	115
7.2.3.3.2	Descrição das sub-escalas do EDI-2	116
7.2.3.3.3	Administração.....	119
7.2.3.3.4	Informação Psicométrica	119
7.2.3.4	Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg Self- Esteem Scale- RSES; Rosenberg, 1965, 1979).....	121
7.2.3.5	Questionário de Esquemas (Young Schema Questionnaire- Questionário de Esquemas; Young, 1990)	122
7.2.3.6	Comportamentos e Atitudes Relativamente ao Peso e Imagem Corporal (CARPIC; Ferreira, 2002)	126
7.2.3.7	Inventário Depressivo de Beck (Beck Depression Inventory-BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)	126
7.2.4	Procedimento Estatístico	128
7.2.4.1	Codificação e Cotação.....	128
7.2.4.2	Tratamento Estatístico dos Dados	129

Capítulo IV - Apresentação e Leitura dos Resultados

8	Caracterização Geral da Amostra	133
---	---------------------------------------	-----

9	Estudo de Comparação entre Estudantes de Dança (ED) e Estudantes de Outro Curso (EOC)	136
9.1	Resultados do Questionário Sócio-Demográfico	136
9.1.1	Família das estudantes.....	136
9.1.1.1	Estrutura familiar.....	136
9.1.1.2	Saúde mental e física dos pais	137
9.1.1.3	Fratria.....	137
9.1.1.3.1	Existência de irmãos.....	138
9.1.1.3.2	Posição na fratria e número de irmãos	138
9.1.2	Estudante	139
9.1.2.1	Ajustamento sócio-emocional	139
9.1.2.1.1	Percepção pessoal de história de perturbação psicológica	139
9.1.2.1.2	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio.....	139
9.1.2.2	Peso e índice de massa corporal.....	140
9.1.2.2.1	Peso	140
9.1.2.2.2	Índice de massa corporal.....	141
9.1.2.2.3	Peso ideal.....	142
9.1.2.2.4	Índice de massa corporal ideal	142
9.1.2.3	Percepção de importância e pressão para a magreza na profissão.....	144
9.1.2.3.1	Percepção de importância da magreza para a profissão	144
9.1.2.3.2	Pressão na profissão para a magreza	144
9.1.2.3.3	Pressão geral para a magreza.....	145
9.1.2.4	Satisfação com peso e altura.....	145
9.1.2.4.1	Satisfação com o peso	146
9.1.2.4.2	Satisfação com a altura	146
9.1.2.5	Estratégias para obter o peso ideal	147
9.1.2.5.1	Número de estratégias	147
9.1.2.5.2	Dieta e Cuidados com a alimentação.....	147
9.1.2.5.3	Exercício físico	148
9.2	Dados dos Instrumentos	149
9.2.1	Escala de Estima Corporal (BES).....	149
9.2.2	Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).....	150
9.2.3	Utilização dos pontos de corte das sub- escalas do EDI-2	151
9.2.4	Escala de Auto-Estima Geral (RSES).....	153

9.2.5	Questionário de Esquemas (QE).....	153
9.2.6	Comportamentos e atitudes em relação ao peso e imagem corporal (CARPIC).....	154
9.2.7	Inventário Depressivo de Beck (BDI).....	155
10	Caracterização do grupo de Estudantes de Dança.....	157
10.1	Grupo de estudantes de dança dividido pela história de perturbação psicológica.....	157
10.1.1	Dados dos instrumentos.....	157
10.1.1.1	Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).....	157
10.1.1.2	Questionário de Esquemas (QE).....	158
10.1.1.3	Comportamentos e Atitudes Relativas ao peso e imagem corporal (CARPIC).....	158
10.1.1.4	Total do BDI.....	158
10.2	Grupo dividido por índice de massa corporal baixo e normal.....	159
10.2.1	Questionário Sócio- Demográfico.....	159
10.2.1.1	Saúde mental no pai.....	160
10.2.1.2	Satisfação com o peso e percepção de importância e pressão para a magreza na profissão.....	160
10.2.1.2.1	Satisfação pessoal com o peso.....	160
10.2.1.2.2	Percepção de pressão geral para a magreza.....	161
10.2.1.2.3	História de dieta.....	162
10.2.1.2.4	Dieta e Cuidados com a alimentação.....	162
10.2.1.3	Dados dos instrumentos.....	163
10.2.1.3.1	Escala de estima corporal (BES).....	163
10.2.1.3.2	Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).....	163
10.2.1.3.3	Questionário de Esquemas (QE).....	164
10.2.1.3.4	Comportamentos e Atitudes Relativas ao peso e imagem corporal (CARPIC).....	164
10.3	Grupo de estudantes de dança dividido pelo nível sócio-económico.....	165
10.3.1	Percepção de pressão geral para a magreza.....	165
10.3.2	Dados dos instrumentos.....	166
10.3.2.1	Sub-escalas do EDI.....	166
10.3.2.2	Sub-escalas do Carpic.....	166
10.4	Resumo das características que distinguem o grupo ED.....	167

11	Estudo da relação entre as dimensões associadas à patologia do comportamento alimentar em estudantes de dança e estudantes de outro curso.....	169
11.1	Análise das Correlações	169
11.1.1	Auto-estima e patologia do comportamento alimentar (EDI).....	170
11.1.2	Auto-estima corporal e patologia do comportamento alimentar (EDI)	170
11.1.3	Esquemas mal adaptativos precoces e patologia do comportamento alimentar (EDI).....	172
11.1.4	Depressão e patologia do comportamento alimentar (EDI).....	174
11.1.5	Auto-estima e patologia do comportamento alimentar (CARPIC)	174
11.1.6	Auto-estima corporal e patologia do comportamento alimentar (CARPIC).....	175
11.1.7	Esquemas mal adaptativos precoces e a patologia do comportamento alimentar (CARPIC)	177
11.1.8	Depressão e patologia do comportamento alimentar (CARPIC)	179
11.1.9	Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a auto-estima.....	180
11.1.10	Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a auto-estima corporal.....	181
11.1.11	Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal.....	182
11.1.12	Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e os esquemas mal adaptativos precoces.....	182
11.1.13	Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a depressão.....	183
11.2	Análise das Regressões.....	184
11.3	Identificação das doentes com perturbações alimentares	189
11.3.1	Utilização do Índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal.....	189

Capítulo V - Síntese e Discussão dos Resultados

12	Discussão dos Resultados.....	193
----	-------------------------------	-----

12.1	Factores de risco para as perturbações alimentares: sócio-culturais, familiares e individuais.....	196
12.1.1	Factores sócio-culturais.....	196
12.1.2	Factores familiares	198
12.1.3	Factores individuais.....	199
12.1.3.1	Índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal.....	199
12.1.3.2	Comportamento de dieta e controlo do peso	200
12.1.3.3	História de perturbação psicológica.....	201
12.1.3.4	Auto-estima	201
12.1.3.5	Sub-escalas do EDI.....	201
12.1.3.6	Questionário de esquemas.....	202
12.1.3.7	Sintomatologia de perturbações alimentares	203
12.2	Modelo dos factores que contribuem para a sintomatologia de patologia do comportamento alimentar nas estudantes de dança e em estudantes de outro curso.....	204
12.2.1	Tendência para emagrecer.....	204
12.2.1.1	Grupo ED	204
12.2.1.2	Grupo EOC.....	205
12.2.2	Bulimia	205
12.2.2.1	Grupo ED	205
12.2.2.2	Grupo EOC.....	205
12.2.3	Insatisfação corporal	206
12.2.3.1	Grupo ED	206
12.2.3.2	Grupo EOC.....	206
12.2.4	Considerações finais	207
13	Conclusão.....	209
BIBLIOGRAFIA.....		213
ANEXOS.....		231

Índice de Figuras

Figura 1 - Evoluções existentes entre as perturbações alimentares (Fairburn & Harrison, 2003).....	27
Figura 2 - Espectro dos distúrbios relacionados como distúrbio obsessivo-compulsivo (adaptado de Hollander & Benzaquen, cit. in Macedo et al., 2002).....	34
Figura 3 - Modelo de Williamson (cit in Corcos et al., 2002).....	58
Figura 4 – Representação dos factores percursores e das consequências da insatisfação corporal (Stice & Shaw, 2002).....	59
Figura 5 - Representação esquemática dos processos centrais envolvidos na manutenção da anorexia nervosa de acordo com o modelo de Fairburn et al. (1999).....	61
Figura 6 - Representação esquemática dos processos envolvidos na manutenção dos casos tipicamente ocidentais da anorexia nervosa (Fairburn et al., 1999c)	62
Figura 7 - A abordagem cognitiva do desenvolvimento e manutenção da bulimia nervosa (Fairburn & Cooper, 1989b)	63
Figura 8 - Factores etiológicos, características cognitivas e consequências de perfeccionismo (Macedo et al. , 2002)	65

Índice de Quadros

Quadro 1 - Resumo das diferentes perturbações alimentares (adaptado de Raich, 2001; APA, 2002)	23
Quadro 2 – Evolução da sintomatologia da anorexia nervosa de acordo com Brusset.....	29
Quadro 3 – Factores de mau prognóstico da anorexia nervosa (adaptado de Corcos et al. 2002)	30
Quadro 4 - Factores de mau prognóstico para a bulimia nervosa (adaptado de Corcos et al., 2002)	31
Quadro 5 – Factores de Risco para a Anorexia Nervosa (adaptado de Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998)	51
Quadro 6 - Factores de Risco para a bulimia nervosa (adaptado de Striegel-Moore, Steiner-Adair, 1998).....	51
Quadro 7 - Factores de risco para os distúrbios alimentares (Fairburn & Harrison, 2003)	52
Quadro 8 - Revisão dos estudos feitos com gémeos (Bullik et al., 2000)	54
Quadro 9 - Fundamentos da abordagem feminista das perturbações alimentares (adaptado de Steiner-Adair & Purcell, 1996):.....	70
Quadro 10- Dados do estudo de Wardle & Marsland (1990)	77
Quadro 11 - Quadro resumo dos dados encontrados por Cachelin et al. (1999) e Lewinsohn et al. (2002)	78
Quadro 12 - Aspectos específicos referentes ao género (adaptado de Andersen, 1999)	81
Quadro 13 - Dados referentes às diferenças entre os géneros encontrados no estudo de Pocinho (2000).....	82
Quadro 14 - Locais e cursos de recolha da amostra	107
Quadro 15 - Protocolo de Investigação	108
Quadro 16 - Subescalas para rapazes e raparigas (Franzoi & Shields, 1984).....	112
Quadro 17 - Estrutura factorial final da Escala de Estima Corporal (Análise em Componentes Principais e com rotação “varimax”, Barbosa, 2001).....	113
Quadro 18 - Características gerais da amostra	133
Quadro 19 - Estrutura familiar	137
Quadro 20 - Saúde mental e física dos pais	137
Quadro 21 - Irmãos	138
Quadro 22 - Posição na fratria.....	138

Quadro 23 - História de perturbação psicológica.....	139
Quadro 24 - Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	140
Quadro 25 - Peso	140
Quadro 26 - Índice de massa corporal.....	141
Quadro 27 - Índice de massa corporal: baixo e normal.....	142
Quadro 28 - Peso ideal.....	142
Quadro 29 - Índice de massa corporal ideal	143
Quadro 30 - Índice de massa corporal ideal: baixo e normal	143
Quadro 31 - Importância da magreza para a futura profissão.....	144
Quadro 32 - Pressão na futura profissão para a magreza	145
Quadro 33 - Pressão geral para a magreza.....	145
Quadro 34 - Satisfação com o peso	146
Quadro 35 - Satisfação com a altura	146
Quadro 36 - Número de estratégias	147
Quadro 37 - Dietas e Cuidados com a alimentação.....	147
Quadro 38 - Exercício físico	148
Quadro 39 - Sub-escalas da BES.....	149
Quadro 40 - Sub-escalas do EDI.....	150
Quadro 41 - Distribuição das estudantes pelos índices de perturbações alimentares.....	151
Quadro 42 - Valor total de auto-estima.....	153
Quadro 43 - Sub-escalas do QE.....	154
Quadro 44 - Sub-escalas do CARPIC	155
Quadro 45 - Valor total do BDI	155
Quadro 46 – Relação entre história de perturbação psicológica e índices de perturbações alimentares no grupo ED.....	157
Quadro 47 – Relação entre história de perturbação psicológica e esquemas mal adaptativos precoces no grupo ED.....	158
Quadro 48 - Relação entre história de perturbação psicológica e Sub-escalas do CARPIC no grupo ED.....	158
Quadro 49 - Relação entre história de perturbação psicológica e depressão no grupo ED	159
Quadro 50 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e história de doença psicológica no pai no grupo ED.....	160
Quadro 51 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e satisfação pessoal no grupo ED	161
Quadro 52 – Relação entre índice de massa corporal baixo e normal e percepção da pressão geral para a magreza no grupo ED	161

Quadro 53 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e história de dieta no grupo ED.....	162
Quadro 54 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e dieta e cuidados com a alimentação no grupo ED.....	162
Quadro 55 – Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as sub-escalas da BES no grupo ED	163
Quadro 56 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as sub-escalas do EDI no grupo ED.....	163
Quadro 57 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e os esquemas mal adaptativos precoces no grupo ED	164
Quadro 58 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as Sub-escalas do CARPIC no grupo ED	164
Quadro 59 – Relação entre o nível sócio-económico e a pressão geral para a magreza no grupo ED.....	165
Quadro 60 - Relação entre o nível sócio-económico e as sub-escalas do EDI no grupo ED	166
Quadro 61 - Relação entre o nível sócio-económico e as sub-escalas do CARPIC no grupo ED	167
Quadro 62 – Resumo da caracterização do grupo ED	168
Quadro 63 - Correlações entre a auto-estima e os indicadores de patologia alimentar.....	170
Quadro 64 - Correlações entre as sub-escalas da BES e os indicadores de patologia alimentar	171
Quadro 65 - Correlações entre os Questionário de Esquemas e os indicadores de patologia alimentar	172
Quadro 66 - Correlações entre a escala de depressão e os indicadores de patologia alimentar.....	174
Quadro 67 - Correlações entre a auto-estima e as sub-escalas do CARPIC.....	175
Quadro 68 - Correlações entre as sub-escalas da BES e as sub-escalas do CARPIC.....	176
Quadro 69 - Correlações entre os Questionário de Esquemas e as sub-escalas do CARPIC.....	177
Quadro 70 - Correlações entre o BDI e as sub-escalas do CARPIC (CARPIC)	179
Quadro 71 - Correlações entre a auto-estima e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal	180
Quadro 72 - Correlações entre a auto-estima corporal e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal	181

Quadro 73 - Correlações entre a tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal e os índices de massa corporal e massa corporal ideal....	182
Quadro 74 - Correlações entre os esquemas mal adaptativos precoces e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal	183
Quadro 75 - Correlações entre o BDI e o Índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal.....	183
Quadro 76 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a tendência para emagrecer	184
Quadro 77 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a bulimia	185
Quadro 78 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a insatisfação corporal	186
Quadro 79 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a tendência para emagrecer	186
Quadro 80 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a bulimia	187
Quadro 81 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a insatisfação corporal.	188

INTRODUÇÃO

As perturbações alimentares têm sido alvo de numerosos estudos nas últimas décadas. Apesar de existirem múltiplas variáveis associadas à sintomatologia dos distúrbios alimentares, desconhecem-se quais os factores que mais contribuem em cada indivíduo. De uma forma geral, os modelos etiológicos das perturbações alimentares são multi-factoriais considerando variáveis de ordem social, familiar, cognitiva e biológica nas suas formulações. Os modelos sócio-culturais enfatizam o papel que o contexto cultural e as influências sociais têm como factores de risco no desenvolvimento das perturbações alimentares (Levine & Smolak, 1998; Stice, cit. in Smolak, Murnen & Ruble, 2000). De acordo com estes modelos, a estética de magreza associada à prática de algumas actividades coloca os seus praticantes em maior risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Os desportistas têm sido extensivamente estudados como uma população de risco para o desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar. Os resultados encontrados têm sido inconsistentes e parecem indicar que existe um risco diferencial em função da importância do peso e da estética em cada actividade desportiva. Os desportistas que participam em modalidades que enfatizam a magreza e a consideram importante para o sucesso no desempenho podem estar em maior risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares.

As estudantes de dança clássica/ballet estão entre os grupos mais comumente referidos e estudados como estando em risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (APA, 1993; Bettel, Bettel, Neumaerker & Neumaerker, 2001; Dotti, Fioravanti, Balotta, Tozzi, Cannella & Lazzari, 2002; Garner & Garfinkel, 1980; Garner, Garfinkel, Rockert & Olmsted, 1987; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Smolak et al., 2000). A generalidade destes estudos tem como objectivo estudar os sintomas ou resultados da prática de restrição alimentar. A presente investigação tem como objectivo comparar os índices de perturbações alimentares entre estudantes de dança e estudantes de outro curso. Pretende-se com o presente trabalho: averiguar que variáveis podem funcionar como antecedentes importantes, entre elas o ajustamento sócio-emocional, o nível sócio-económico, o ajustamento sócio-emocional dos pais, a estrutura familiar e a coabitação; verificar se os grupos diferem no peso actual e na figura física ideal, na satisfação com o peso, na percepção pessoal de pressão externa para a magreza e na quantidade e tipo de estratégias usadas para diminuir o peso; analisar quais as diferenças entre os grupos nas variáveis que medeiam e aumentam

o risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares; averiguar entre as estudantes de dança quais os factores que estão associados a um peso menor e quais os que estão associados a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares e, por último, conhecer quais os factores que contribuem, em cada um dos grupos, para a explicação da variância nos indicadores de patologia do comportamento alimentar.

Para alcançar este objectivo desenhou-se um estudo transversal, observacional de correlação entre grupos. Foi utilizada uma amostra de 44 estudantes de dança clássica da Escola Superior de Dança de Lisboa e como grupo de comparação um grupo de 108 estudantes de outro curso que não estivesse relacionado com a utilização do corpo para a formação e desempenho da profissão futura.

O trabalho está estruturado em duas partes: revisão bibliográfica e estudo empírico. A revisão bibliográfica compreende a reflexão acerca de alguns aspectos teóricos e empíricos das perturbações alimentares e as duas variáveis em foco neste estudo: os factores sócio-culturais e a sua relação com os factores relacionais contextualizados no período do final da adolescência e início da idade adulta em jovens do sexo feminino.

A revisão bibliográfica encontra-se assim dividida em dois tópicos: a descrição e distribuição das perturbações alimentares e os aspectos sócio-culturais da etiologia dos distúrbios alimentares. O primeiro capítulo aborda a distribuição das perturbações alimentares. Num primeiro momento faz-se uma descrição dos aspectos históricos da conceptualização da patologia do comportamento alimentar. De seguida aborda-se a classificação categorial das perturbações alimentares com referência à co-morbilidade e evolução da patologia do comportamento alimentar. Faz-se um levantamento acerca das críticas mais comuns à abordagem categorial e descreve-se a abordagem dimensional como alternativa à classificação categorial das perturbações alimentares. Num segundo momento refere-se a epidemiologia das perturbações alimentares seguida de uma reflexão acerca dos dados apresentados. No segundo capítulo refere-se o estudo da etiologia das perturbações alimentares enquadrado num modelo multi-factorial de estudo do risco para o desenvolvimento da psicopatologia alimentar. Refere-se a importância do estudo da vulnerabilidade e a articulação deste conceito com o conceito de risco que é clarificado. De seguida referem-se os factores de risco de ordem individual, familiar e social mais estudados. Refere-se o paradigma feminista de estudo das perturbações alimentares uma vez que este serviu de grelha de referência para muitos dos estudos feitos com populações femininas enfatizando papel que a construção social do género tem como factor de risco para as perturbações alimentares. Um segundo momento reporta-se aos estudos feitos com populações

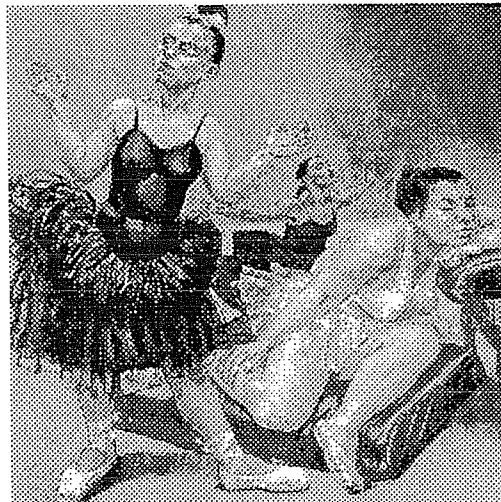
específicas no sentido de estudar o contributo dos factores sócio-culturais como mediadores para a forma como se apresenta, desenvolve e mantém os distúrbios alimentares nestas populações. Referem-se os aspectos relacionados com o género, a etnia e a actividade desportiva num enquadramento sócio-cultural.

A segunda parte deste trabalho, o estudo empírico, descreve a contribuição pessoal realizada para a compreensão da vulnerabilidade para as perturbações alimentares numa população especialmente pressionada para a magreza: as estudantes de dança. A segunda parte está dividida em três secções: aspectos metodológicos, resultados do estudo e síntese e discussão dos resultados.

O primeiro capítulo desta parte foca o problema e os objectivos da investigação realizada, sendo apresentados alguns aspectos referentes à metodologia: o desenho do estudo, os critérios de amostragem, os procedimentos de recolha da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos utilizados. No segundo capítulo, descrevem-se os resultados do estudo, introduzindo-se simultaneamente alguns dados da revisão bibliográfica. Por fim, o terceiro capítulo apresenta a discussão de dados. Sintetizam-se os principais resultados deste estudo. Aborda-se, seguidamente, algumas das dimensões estudadas e sua relação com as perturbações alimentares nos dois grupos em estudo. Procura-se reflectir sobre alguns padrões que, no contexto da pressão para a magreza, diferenciam os grupos e que contribuem para criar vulnerabilidade para as perturbações alimentares. Conclui-se o presente trabalho referindo alguns dos limites do presente estudo e apontando algumas pistas para futuras investigações.

PARTE 1

Revisão Teórica



Capítulo I

A Distribuição das Perturbações Alimentares

1 As Perturbações Alimentares

1.1 Aspectos Históricos

A palavra anorexia deriva do grego significa “falta de apetite”. É consensual que já no século XII se podiam encontrar alguns dos traços característicos do que hoje é descrito como Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo apesar das descrições clínicas aparecerem mais tarde. Era frequente encontrar anorexia entre as mulheres religiosas que eram canonizadas devido às suas práticas de jejum. Estas mulheres são geralmente referidas como “santas anorécticas” (Carmo, 1994). O jejum extremo era praticado por penitentes, geralmente mulheres, que repudiavam desta forma os prazeres terrenos. Estas mulheres viviam em culturas muito religiosas que valorizavam a saúde espiritual, o jejum, a abnegação/contenção, tal como actualmente se valoriza a magreza, o auto-controlo, o ascetismo e o atletismo. A “santa anorexia” conferia à mulher um estatuto altamente valorizado pela igreja e pela sociedade. Neste período histórico, entre o século XIII e XV há, também, algumas referências a situações que poderiam ser semelhantes à bulimia, mas não se encontram descrições sistemáticas e consistentes de caso. Suspeitava-se que algumas das santas anorécticas tinham práticas de empanurramento pontual associadas à restrição. No entanto, esta suspeita não está suficientemente documentada (Carmo, 1994; Davis & Bell cit in Silva, 1993; Zerbe, 1995). A partir do século XVII, quando a definição de santidade foi alterada, e as mulheres com o poder do jejum foram perseguidas como “bruxas”, eventualmente a incidência da “santa anorexia” também se modificou (Carmo, 1994).

Considera-se que os primeiros casos clínicos descritos de anorexia nervosa foram os relatados por Richard Morton em 1694 que se referia a uma rapariga e um rapaz com 18 e 16 anos respectivamente que sofriam de “consumpção nervosa” (“nervous consumption”) que lhes conferia o aspecto de um esqueleto, isto é, “só pele e osso” (Carmo, 1994; Pinto-Gouveia, 2000; Silva, 1993; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Outros autores (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996) atribuem a primeira descrição de anorexia nervosa a Marcé em 1859.

Mais tarde, na década de 1870, aparecem duas descrições independentes de casos de perturbação alimentar caracterizadas por um padrão de jejum extremo. Sir William Gull em 1874 descreve uma situação clínica que designa como sendo “anorexia nervosa” caracterizada por hiper-actividade e energia excessiva que era acompanhada de amenorreia. É consensual que terá sido este autor a criar a designação usada actualmente desta perturbação e a enfatizar os aspectos

psicológicos e a dinâmica familiar inerente à doença (Carmo, 1994; Gelder et al., 1996; Silva, 1993; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Também no ano de 1874, mas em Paris, Lasegue centra-se nas atitudes face à comida assim como na dinâmica familiar da “anorexia histérica”: “Não deve causar surpresa que eu coloque sempre em paralelo a condição mórbida da doente histérica e as preocupações daqueles que a rodeiam. Estas circunstâncias estão intimamente ligadas e teremos uma ideia errada da doença se nos confinarmos ao exame da doente. Quando um elemento moral intervém numa doença, como acontece aqui sem nenhum sentido, o meio imoral que rodeia a vida da doente exerce uma influência que será muito negativa se for vista superficialmente ou mal-entendida” (Lasegue, cit. in Carmo, 1994).

As descrições acima referidas parecem corresponder às doentes com anorexia nervosa do tipo restritivo, não estando contemplada nestas descrições sintomatologia associada à ingestão compulsiva e ao vómito.

O estudo da anorexia nervosa das décadas subsequentes foi influenciado pelo espírito positivista e a visão médica dominante do final do século XIX e início do século XX, sendo a vertente psicológica da perturbação pouco investigada. As descrições de caso são raras e centradas na fenomenologia, fisiologia e etiologia orgânica das perturbações (Pinto-Gouveia, 2000; Silva, 1993). De acordo com Silva (1993) nenhum dos autores, na altura, se refere a alguma preocupação específica com o peso corporal, insatisfação ou perturbação da imagem corporal ou receio de ser gorda, dimensões actualmente amplamente estudadas como características centrais das descrições clínicas das perturbações alimentares.

A palavra bulimia também deriva do grego “bous” (boi) e “limos” (fome) e significa “ter um grande apetite”. No tempo de César (700 A.C.), os comportamentos bulímicos estavam amplamente difundidos como pode ser demonstrado pela presença de vomitórios nas salas de banquete das casas mais abastadas. Os vomitórios serviam para os patrícios esvaziarem os estômagos e continuarem a comer. Este culto do deleite gastronómico como via para a abstenção da felicidade é bem expresso pela máxima “Come, bebe e sê feliz” (Thaddeus, cit. in Zerbe, 1995).

Esta prática é ricamente descrita no filme *Satyricon*¹ em que o ciclo que auto-perpetua entre o vómito e o empanturramento é equiparado a um ciclo de contínuo prazer digestivo e purgativo. Na época romana imperial, o comportamento bulímico

¹ O filme *Fellini - Satyricon* é uma co-produção italiana e francesa de 1969, realizada por Federico Fellini. Neste retrato histórico livre da Antiga Roma, o realizador encena uma orgia romana em que se descreve a actividade gastronómica com recurso ao vomitório como prática comum e normativa. O uso do vomitório é indispensável à continuidade da actividade gastronómica. O acto de comer surge como elemento chave para a interacção social.

seria provavelmente normativo dentro de uma camada social com maior acesso à riqueza, e os episódios de empanturramento e indução do vômito constituiriam uma norma cultural específica. Este comportamento não estaria associado nem teria como elemento central a preocupação com a imagem corporal nem o medo de engordar.

No século XVII a palavra “boulimie” era utilizada na literatura libertina francesa para referir os ambientes de luxúria onde excessos sexuais e gastronómicos se encontravam associados (Parry-Jones & Parry-Jones, 1995).

Apesar deste apontamento histórico, e da mencionada suspeita de já haver alguns comportamentos do tipo bulímico em algumas das “santas anorécticas”, somente a partir dos trabalhos de Russel durante a década de 70 esta perturbação passa a ser foco de interesse por parte da comunidade científica. Inicialmente conceptualizada como uma variante da anorexia nervosa, esta perturbação autonomiza-se como quadro diagnóstico com características próprias na terceira edição revista do *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-III-R, APA, 1993).

Até finais da década de 1970, o interesse pelas perturbações do comportamento alimentar cingiu-se, quase exclusivamente, ao estudo da anorexia nervosa.

É a partir da proliferação do pensamento psicanalítico e do crescimento da psicologia (Silva, 1993) que as perturbações alimentares passam a ter interesse para a teorização psicológica em geral. A partir de meados do século XX, o interesse pelas perturbações renasce particularmente devido ao trabalho e descrições feitas por Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russel (Pinto-Gouveia, 2000; Silva, 1993). É com a introdução da teoria biopsicossocial de Hilde Bruch, no início da década de 1970, que se rompe com o domínio da conceptualização e investigação médica acerca da anorexia nervosa e se volta a dar relevo ao papel desempenhado pelos factores desenvolvimentais e da dinâmica familiar (Striegel-Moore & Cachelin, 2001).

Russel tem um papel determinante na conceptualização das perturbações alimentares. É este autor que introduz o termo bulimia nervosa e faz a primeira descrição clínica deste distúrbio como uma variante da anorexia nervosa (Silva, 1993; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). A bulimia nervosa é um quadro de definição recente² pelo que é um quadro menos estudado do que a anorexia nervosa (Corcos, Agman, Chambry, Bouchereau & Jeammet, 2002). Russel (cit. in Silva, 1993) propõe que o quadro clínico tem vindo a mudar ao longo do tempo, o que explica a ausência de algumas características actuais da patologia nas primeiras descrições da doença. A mudança ao longo do tempo na classificação psicopatológica, isto é, dos critérios

² A bulimia nervosa foi descrita pela 1ª vez por Russel em 1979.

diagnóstico, pode também ser a razão pela qual é difícil encontrar no passado descrições clínicas que apresentem os sinais e os sintomas tal como se encontram actualmente agrupados na definição de um quadro clínico específico.

1.2 Abordagem Categorical

De seguida aborda-se a definição categorial e dimensional das perturbações alimentares. Faz-se uma descrição das formas mais comuns de evolução das perturbações alimentares. Finalmente, discutem-se as críticas mais comuns às categorizações actuais dos distúrbios alimentares.

1.2.1 Critérios Diagnóstico

De seguida faz-se uma descrição das categorias diagnóstico das perturbações alimentares. Cada perturbação será abordada isoladamente. Reporta-se a diferentes edições do *Diagnostic and Statiscal Manual for Mental Disorders da American Psychiatric Association* (DSM) uma vez que grande parte da investigação é desenvolvida nos Estados Unidos da América e usa este manual diagnóstico como referência.

1.2.1.1 Anorexia Nervosa

De acordo com Silva (1993), é Russel em 1970 que primeiro apresenta critérios que foram bastante influentes na conceptualização da anorexia nervosa. Estes critérios foram:

- A indução deliberada de perda de peso através do jejum, por vezes acelerada por outros meios tais como o vómito, o excesso de exercício físico e o abuso de laxativos;
- Evidência de alterações endocrinológicas, isto é, amenorreia;
- Psicopatologia característica que envolve um medo acentuado de engordar e uma distorção na apreciação do tamanho corporal (Russel cit. in Silva, 1993).

Em 1980 a anorexia nervosa é descrita pela primeira vez na DSM III (APA, 1980) e os critérios diagnóstico definidos para a anorexia nervosa são:

- A. Recusa em manter um peso corporal acima do mínimo normal para a idade e altura, por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal 15% abaixo do valor do esperado ou incapacidade em ganhar o peso esperado

durante a altura do crescimento, conduzindo a um peso 15% inferior ao esperado.

- B. Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo quando magro.
- C. Perturbação na forma de encarar o peso corporal, a forma e o tamanho; por exemplo, o indivíduo "sente-se gordo" ou sente que uma determinada área do corpo está "demasiado gorda", mesmo quando obviamente magro.
- D. No sexo feminino ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos sem outra razão (amenorreia primária ou secundária). (Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormonas, por exemplo, administração de estrogénios).

A crescente investigação na área permitiu que os critérios se tornassem mais específicos e discriminativos. Os estudos de Garner vão influenciar a definição dos critérios diagnósticos da DSM IV da anorexia e bulimia (Gelder et al., 1996).

De acordo com a DSM IV (APA, 1994) nos critérios diagnóstico para a anorexia nervosa especificam-se os subtipos de anorexia nervosa. Actualmente, os critérios diagnóstico são:

- A. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior só minimamente normal para a idade e altura (por exemplo, perda de peso que leva a manter um peso inferior a 85% do esperado; ou incapacidade em ganhar o peso esperado para o crescimento, ficando aquém de 85% do previsto).
- B. Medo intenso de 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 grande emagrecimento actual.
- D. Nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após a administração de hormonas, por exemplo, estrogénios.)

Especificar o tipo:

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

Tipo Ingestão Compulsiva / Tipo Purgativo: durante o episódio actual de anorexia nervosa a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vómitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas) (APA, 2002).

Corcos et al. (2002) consideram que existe, desde a conceptualização inicial da anorexia nervosa até à definição actual da doença, uma tríade sintomatológica clássica da perturbação: emagrecimento, anorexia e amenorreia. Passa-se a enumerar cada um destes aspectos.

1.2.1.1.1 Emagrecimento

O aspecto emagrecido da anoréctica³ é um sintoma observável: a perda de peso oscila entre os 15 e os 25% em relação ao peso inicial. O aspecto é geralmente o de um corpo curvado, todo em osso, anguloso. As marcas da feminilidade - como os seios, ancas e nádegas - estão esbatidas. As maçãs do rosto salientes, os olhos enormes e encovados nas órbitas e o nariz saliente conferem à face da doente um ar cadavérico (Corcos et al., 2002). A massa muscular está diminuída o que confere aos membros um ar descarnado quando visíveis (geralmente estão escondidos por roupas largas). Os sinais da carência nutricional são muitas vezes visíveis: os cabelos são secos e sem brilho, as unhas estriadas e quebradiças. As consequências vasculares são constantes: palidez geral, rubor e frio nas extremidades corporais, tensão arterial baixa e pulsação diminuída (Corcos et al., 2002).

Face a sinais evidentes de emagrecimento, a anoréctica relativiza a sua intensidade, negando o grau de gravidade do seu estado de saúde. O desejo de emagrecer e o medo de engordar reforçam-se mutuamente e as doentes acreditam e vêem-se como mais gordas do que são na realidade. As mulheres com anorexia nervosa submetem-se a rituais incessantes de verificação do peso e do volume de partes do corpo com o objectivo de os "ver" diminuir (Corcos et al., 2002; Fairburn, 1997). Esta perturbação apresenta sinais clínicos comuns à dismorfobia uma vez que a anoréctica se centra em partes do corpo ou da face que acredita estarem a ficar mais volumosas e, consequentemente, são percepcionadas como sinal de que os seus esforços para emagrecer são insuficientes ou inadequados.

³ Uma vez que as perturbações alimentares são significativamente mais prevalentes no sexo feminino e que grande parte dos estudos tem sido feito com amostras da população constituídas por mulheres, passa-se daqui para a frente a usar a forma feminina para referenciar os sujeitos com esta perturbação.

1.2.1.1.2 Anorexia

A anorexia traduz-se por uma conduta activa de restrição alimentar (Corcos et al., 2002). É o sintoma central da anorexia nervosa. As suas características particulares traduzem a dimensão psicológica e o significado da conduta relacional das doentes com anorexia nervosa. Esta é a manifestação clínica que geralmente sinaliza a severidade das dificuldades. O emagrecimento é secundário à prática de restrição alimentar. Esta conduta é geralmente inicialmente justificada pela anoréctica como sendo atribuível a um enjoo ou a dificuldades digestivas. Apenas mais tarde a anorexia nervosa se manifesta ou instala através da perda de apetite e da intolerância gástrica e/ou intestinal à alimentação que poderá conduzir a um estado de caquexia (Corcos et al., 2002).

A anorexia faz parte de um conjunto de atitudes particulares e de um interesse exagerado por tudo o que diz respeito à nutrição: a anoréctica pensa na comida durante todo o dia, coleciona receitas, cozinha e alimenta os outros sem participar nos repastos que ela própria prepara. Contrariamente aquilo que a doente alega, a restrição alimentar representa uma luta contra a fome.

Além da restrição alimentar, a forma de comer sinaliza o diagnóstico: os alimentos são escolhidos em função de critérios pessoais, são divididos em porções mínimas. A anoréctica enche a boca de forma a poder deitar fora grandes quantidades de comida (geralmente para o guardanapo) com uma destreza admirável enquanto os outros convivas percebem que “já está de prato vazio” (Corcos et al., 2002). Alguns destes comportamentos, tais como a potomania, o mericismo, a indução do vómito e o abuso de laxativos e diuréticos, têm uma gravidade particular pelas consequências que implicam para o estado de saúde geral.

1.2.1.1.3 Amenorreia

Considera-se amenorreia a ausência de 3 meses de menstruação, nas mulheres com ciclos menstruais regulares, e 6 meses para mulheres com ciclos menstruais irregulares. Este sintoma tem suscitado grande controvérsia no que diz respeito à sua utilização como critério diagnóstico (Corcos et al., 2002; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998) uma vez que a sua ausência exclui todas as anorécticas que estão numa fase de evolução da doença em que este sintoma ainda não se manifesta e que são diagnosticadas como perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. Ficam também excluídas as raparigas pré-pubertárias que apresentam outros critérios diagnóstico, mas por razões de maturação

fisiológica ainda não são menstruadas, logo, à partida não podem apresentar amenorreia.

De acordo com Cachelin & Maher (1998) a amenorreia não é um critério útil ou válido para o diagnóstico de anorexia nervosa. Cachelin & Maher (1998) fizeram um estudo com 42 mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa (amenorreicas) e 12 mulheres com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação que menstruavam normalmente e que por esta razão não tinham diagnóstico de anorexia nervosa. Ambos os grupos foram avaliados usando os questionários EDI (*Eating Disorders Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*), FES (*Family Evaluation Scale*) e MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) entre outros. Os autores concluíram que ambos os grupos apresentavam a mesma severidade de sintomatologia apresentada: níveis altos de insatisfação corporal, perturbação da imagem corporal, índice de massa corporal baixo, sintomatologia de perturbação alimentar e psicopatologia. Os grupos apenas diferiram na FES. Nesta escala as anorécticas não-amenorreicas percebem as suas famílias como mais controladoras e menos activas social e recreativamente. As mulheres não amenorreicas têm uma maior história de anorexia nervosa o que, segundo os autores, parece indicar que quando a anorexia nervosa é crónica (com períodos de remissão da sintomatologia seguidos de recaídas na condição clínica) a menstruação parece tornar-se regular.

1.2.1.1.4 Outros Sinais Clínicos

A ausência de fadiga e a hiperactividade associam-se à diminuição do número de horas de sono e a um estilo de vida de ascetismo: andar até à exaustão, dormir somente até o sol nascer, etc. (Corcos et al., 2002). É importante notar que o diagnóstico de anorexia nervosa não inclui sintomatologia psicótica (delírios, alucinações, sinais dissociativos). Excluem-se do diagnóstico de anorexia nervosa os quadros clínicos onde apareçam episódios de restrição alimentar decorrentes de actividade delirante.

A aceitação da tríade sintomatológica clássica deve ter em conta o funcionamento psicológico específico da doente com anorexia nervosa. A anoréctica tem marcadas dificuldades no relacionamento interpessoal e a evolução da doença caracteriza-se por um marcado e progressivo isolamento social (Corcos et al., 2002). Este isolamento social é justificado perante si e perante os outros através da necessidade de autonomia e isolamento. Esta percepção da anoréctica muitas vezes contrasta com as dificuldades de autonomia que geralmente apresenta em relação ao

sistema familiar (Corcos et al., 2002; Pinto-Gouveia, 2000; Rodin, Striegel-Moore & Silberstein, 1990). Um estudo feito com estudantes com perturbações alimentares revelou que uma relação de dependência dos pais e um *self* indiferenciado são preditivos de desenvolvimento subsequente de perturbações alimentares (Friedlander & Siegel cit. in Skowron & Friedlander, 1994).

No que diz respeito às relações de intimidade, as doentes com anorexia nervosa apresentam um desinvestimento geral na erotização do corpo e uma negação do desenvolvimento de relações erotizadas (Corcos et al., 2002; Silva, 1993).

1.2.1.2 Bulimia Nervosa

Russel (cit. in Silva, 1993) sugere, em 1979, como critérios diagnósticos para a bulimia nervosa:

- A. Preocupação com a comida, *craving* irresistível pela comida, com episódios recorrentes de empanturramento.
- B. Desenvolvimento de mecanismos para anular os efeitos da comida, por exemplo, indução de vômito, abuso de laxativos.
- C. Psicopatologia semelhante à Anorexia Nervosa, isto é, medo mórbido de ficar gorda.
- D. Um episódio prévio de Anorexia Nervosa (Russel, cit. in Silva, 1993).

A doença aparece pela primeira vez definida como categoria diagnóstica na DSM III sob a designação de "bulimia" e é na DSM III-R que aparece referida como "bulimia nervosa".

De acordo com a DSM III-R (APA, 1993) os critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa são:

- A. Episódios de voracidade recorrentes (consumo rápido de grandes quantidades de comida, num período de tempo limitado).
- B. Sensação de perda de controlo sobre o comportamento alimentar durante os episódios de voracidade.
- C. Regularmente o indivíduo auto-induz o vômito, usa laxantes ou diuréticos, faz dietas restritivas, jejuns ou exercícios vigorosos para impedir o ganho ponderal.
- D. Um mínimo de dois episódios de voracidade por semana, em média, durante pelo menos, três meses.
- E. Preocupação persistente e excessiva com o peso e forma corporal.

Acompanhando os dados da investigação os critérios tornam-se mais precisos. Na DSM-IV (1994) aparecem descritos os subtipos de bulimia nervosa. De acordo com a DSM IV-TR (APA, 2002) os critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa são:

- A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:
 - 1. comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até duas horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias.
 - 2. sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).
- B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar, usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum, ou exercício físico excessivo.
- C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

Especificar o tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio actual de bulimia nervosa a pessoa induz regularmente o vómito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo não Purgativo: durante o episódio actual de bulimia nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vómito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

A forma clínica mais frequente de bulimia nervosa é a do tipo purgativo (Corcos et al., 2002). Manter o peso baixo implica algumas restrições, isto é, esforços conscientes para ignorar as pistas internas de fome. Paradoxalmente estas restrições aumentam a probabilidade de haver episódios de empanturramento e, subsequentemente, sentimentos de desapontamento e depressão por causa das falhas no cumprimento das dietas (Craighead & Kirkley, 1994).

1.2.1.2.1 Empanturramento

O cenário da crise bulímica é relativamente estereotipado. O seu desenvolvimento brutal, o seu carácter imperioso, a sua evolução a partir de um ímpeto até ao mal-estar físico ou ao vômito, conferem-lhe um cunho de crise. Essa crise consiste na ingestão massiva, quase frenética de uma grande quantidade de comida. Este empanturramento ocorre fora das refeições principais e surge frequentemente associada a um momento de solidão. Estes momentos de solidão tornam-se mais frequentes com o progressivo isolamento criado pela própria doente para comer e para ritualizar a saída da crise com os métodos purgativos. O episódio de ingestão compulsiva pode ser preparado com antecipação e os sujeitos geralmente aprovisionam-se com os alimentos necessários. Estes são escolhidos em função do seu valor calórico (pão, manteiga, chocolates, patês) (Corcos et al., 2002). A quantidade sobrepõe-se à qualidade, isto é, a necessidade de se empanturrar sobrepõe-se à de degustar. Os comportamentos bulímicos encontram-se também nos obesos e em indivíduos de peso normal.

1.2.1.2.2 Métodos Purgativos

O empanturramento é geralmente seguido de vômitos provocados. Com o tempo estes vômitos vão-se tornando quase automáticos. O fim das crises pode ser seguido de um estado de torpor que no limite pode dar a sensação de despersonalização. Esse estado é acompanhado de dores físicas intensas, sobretudo na zona abdominal. Após o episódio bulímico a doente vivencia um sentimento de doença, de vergonha, de recusa de si. Apesar desse sentimento, é necessário eliminar o problema. O uso de diferentes medicamentos, laxativos, diuréticos, anorexígenos pode dar lugar a abusos e complicações somáticas graves (Corcos et al., 2002).

Na bulimia nervosa a frequência das crises é variável, de 1 a 2 vezes por semana até 15 vezes por dia. A periodicidade, duração e intervalo entre as crises é variável. Entre as crises podem surgir períodos de restrição alimentar e/ou sobreinvestimento na actividade física (Corcos et al., 2002). Os danos físicos da bulimia nervosa são principalmente os derivados da prática dos métodos purgativos (Craighead & Kirkley, 1994).

1.2.1.2.3 Imagem Corporal

Tal como na anorexia nervosa, a imagem corporal é objecto de preocupações exageradas e obsessivas. No entanto não existe uma distorção massiva da percepção da realidade corporal. O peso é geralmente normal ou um pouco abaixo das normas.

1.2.1.3 Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

A Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação é uma categoria de diagnóstico na qual são incluídas as perturbações que não preenchem os critérios completos para uma perturbação do comportamento alimentar específica. Os exemplos incluem:

1. Para as mulheres, todos os critérios de anorexia nervosa estão presentes excepto a amenorreia.
2. Todos os critérios de anorexia nervosa estão presentes e apesar de uma perda de peso significativa, encontrando-se este dentro dos valores normais.
3. Todos os critérios de bulimia nervosa estão presentes excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a duas vezes por semana, ou têm uma duração inferior a três meses.
4. Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após ingestão de pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, indução de vômito após comer duas bolachas).
5. Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos.
6. Perturbação de ingestão alimentar maciça: episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência dos comportamentos compensatórios inapropriados característicos de bulimia nervosa.

Recentemente, os indivíduos que manifestam vários sintomas, mas não preenchem todos os critérios para o diagnóstico da perturbação têm sido alvo de maior interesse. Na DSM-IV estes casos aparecem enquadrados dentro das perturbações alimentares sem outra especificação (PCASOE). Para alguns autores (Garner, Rosen & Barry, 1998) esta denominação é insuficiente e irrealista face à severidade de alguns dos sintomas apresentados por algumas das doentes que recebem este diagnóstico. Outras denominações, como *síndrome parcial* e como casos *sub-clínicos*, têm sido usadas na literatura para identificar aqueles que preenchem alguns, mas não todos os critérios de perturbação alimentar. A utilização destas designações não implica que a severidade dos sintomas seja mais ou menos significativa do que nos sujeitos que preenchem todos os critérios⁴ para o diagnóstico de anorexia nervosa ou

⁴ Por exemplo, uma mulher que tenha 38 kilos, que vomite 10 vezes por dia e que preenche todos os critérios para anorexia nervosa do tipo purgativo, mas não é amenorreica, seria considerada uma (PASOE).

bulimia nervosa. As síndromes sub clínicas contribuem para o mal-estar sôcial e psicológico mesmo quando não há diagnóstico de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa (Agras, 2001; Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Richards & Blais, 1999).

1.2.1.4 Perturbação de Ingestão Compulsiva

Na DSM IV (APA, 1994), dentro das propostas de categorias diagnóstico que necessitam de estudo, propõe-se a investigação de um distúrbio específico do comportamento alimentar: a perturbação por ingestão compulsiva de alimentos. Esta perturbação tem como critérios diagnóstico para investigação:

- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:
 - 1. ingestão, num período de tempo isolado (por exemplo, qualquer período de duas horas), de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo período de tempo e em circunstâncias similares.
 - 2. sensação de perda de controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer).
- B. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três ou mais dos seguintes sintomas:
 - 1. ingestão muito mais rápida de que o habitual;
 - 2. comer até se sentir desagradavelmente cheio;
 - 3. ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
 - 4. comer sozinho para esconder o embaraço pela sua voracidade;
 - 5. sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.
- C. Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.
- D. As ingestões compulsivas de alimentos têm lugar, em média, pelo menos dois dias por semana durante seis meses.

A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma anorexia nervosa ou uma bulimia nervosa.

Os episódios de ingestão podem ocorrer na sequência de humor disfórico (depressão ou ansiedade), mas mesmo que não haja um precipitante determinado, há

geralmente um estado de tensão que desaparece com a ingestão de alimentos. O diagnóstico só deve ser feito se o indivíduo apresentar, durante os episódios, sensação subjectiva de falta de controlo com sintomas conformes aos descritos no critério B. Em comparação com a bulimia nervosa, e apesar de apresentarem os episódios de ingestão compulsiva em comum, esta perturbação diferencia-se por não apresentar estratégias compensatórias para contrariar os efeitos da ingestão.

Esta categoria de diagnóstico mostra um ratio de 3 mulheres em cada 2 homens na população clínica e de 1:1 na população normal. Estes dados parecem indicar uma excepção na distribuição por género dos distúrbios alimentares (Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore 2002).

A diferença entre esta síndrome e as outras perturbações alimentares parece ser o papel central que a tendência para emagrecer e a preocupação com a imagem corporal têm tanto na anorexia nervosa como na bulimia nervosa. Estas dimensões não assumem níveis de relevância na perturbação por ingestão compulsiva (Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley & Fairburn, 2001).

Sendo uma categoria diagnóstica em estudo, conhecem-se poucos dados relativos à perturbação por ingestão compulsiva e que diferenciem esta perturbação das restantes perturbações alimentares. Os dados retirados dos estudos clínicos referem maior co-morbilidade psiquiátrica entre esta perturbação do que nas restantes perturbações alimentares. Nos estudos feitos na comunidade, a tendência parece ser inversa (Pike et al., 2001). Como vimos anteriormente a população clínica com perturbação de ingestão compulsiva é mais obesa o que poderá estar associada a maior co-morbilidade com a depressão e com a ansiedade. Nas raparigas os pesos mais altos estão relacionados com uma baixa auto-estima (Craighead & Kirkley, 1994), que constitui um factor de risco geral para o desenvolvimento de perturbações mentais. Será necessário estudar melhor as variáveis de risco e correlacionadas com a perturbação de ingestão compulsiva.

A perturbação por ingestão compulsiva apresenta uma co-morbilidade de cerca de 65% dos casos com a obesidade (Pike et al., 2001). Esta perturbação parece ter um papel desencadeante e de factor de manutenção na obesidade, mas esta relação ainda não está bem estabelecida (Fairburn & Harrison, 2003). A relativa pouca procura de tratamento para esta perturbação nos seus estádios iniciais de desenvolvimento é uma preocupação em termos de saúde pública, uma vez que geralmente os sujeitos procuram ajuda devido às consequências físicas da sua perturbação, o que significa que estas complicações estão geralmente já estabelecidas e são difíceis de controlar (Pike et al., 2001). Os sujeitos que procuram tratamento para a perturbação por ingestão compulsiva fazem-no essencialmente devido a problemas de excesso de

peso (Cachelin, Rebeck, Veisel & Striegel-Moore, 2001). Nesses casos é esta última condição clínica o foco dos principais cuidados devido aos danos que causa na saúde física geral.

Uma vez que a perturbação de ingestão compulsiva não apresenta métodos de controlo do peso, não será o foco de atenção do presente estudo. Para nos referirmos à anorexia nervosa e bulimia nervosa utilizaremos invariavelmente as expressões perturbações alimentares, psicopatologia alimentar, patologia do comportamento alimentar ou distúrbios alimentares.

Apresenta-se de seguida um quadro resumo dos principais critérios que diferenciam as diferentes categorias diagnósticas, e respectivos subtipos, das perturbações alimentares.

Quadro 1 - Resumo das diferentes perturbações alimentares (adaptado de Raich, 2001; APA, 2002)

Área problema	Anorexia nervosa restritiva	Anorexia nervosa bulímica	Bulimia tipo purgativo	Bulimia tipo não purgativo	Perturbação de ingestão compulsiva
Peso corporal	15% ou mais abaixo do peso normal	15% ou mais abaixo do peso normal	10% acima ou abaixo do peso normal	10% acima ou abaixo do peso normal	Excesso de peso
Episódios de ingestão excessiva	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Método de controlo de peso preferido	Dieta severa e jejum	Dieta severa	Vómitos alternados com dietas restritivas	Dietas restritivas	Não se aplica
Distorção da imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim	Não estudado
Insatisfação com a imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Evitamento de situações devido à sua imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Alimentos proibidos	Sim	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes	Alimentos preferidos
Ansiedade após a ingestão de alimentos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Tal como tem vindo a acontecer, a investigação na área das perturbações alimentares ajudará a refinar os critérios diagnóstico e a discriminar com mais precisão as diferentes patologias do comportamento alimentar.

1.2.2 Co-morbilidade

Descrevem-se de seguida alguns estudos empíricos que avaliaram a associação entre as perturbações alimentares e outras categorias diagnóstico e entre as perturbações alimentares e as perturbações de personalidade.

1.2.2.1 Outras Categorias Diagnóstico

As perturbações alimentares estão muitas vezes associadas a outras perturbações psicológicas. Os estados depressivos são a perturbação mais usualmente associada às perturbações alimentares. Fairburn & Cooper (1989) consideram as características depressivas como sendo particularmente proeminentes nas perturbações alimentares. Estes autores salientam que mesmo após a recuperação do peso e do desaparecimento da maior parte dos comportamentos decorrentes da perturbação alimentar (isolamento social, sintomatologia obsessiva, falta de concentração) a sintomatologia depressiva mantém-se e constitui factor de risco para nova ocorrência do quadro diagnóstico.

Em estudos feitos com o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) as mulheres com bulimia nervosa apresentam valores elevados nas escalas clínicas de depressão, desvio psicopático, psicoastenia, e esquizofrenia (Rodin, Striegel-Moore & Silverstein, 1990). Neste estudo emergiram alguns sub-grupos de bulímicas com perturbações obsessivo-compulsivas e comportamentos aditivos.

Lewinsohn, Striegel-Moore & Seeley (2000) fizeram um estudo epidemiológico das perturbações alimentares com adolescentes para comparar as características clínicas do síndrome completo⁵ (SC) com o síndrome parcial⁶ (SP) e providenciar informação acerca da continuidade entre as perturbações alimentares na adolescência e a psicopatologia no início da idade adulta. As jovens foram seleccionadas aleatoriamente das escolas secundárias da zona em estudo e foram avaliadas na

⁵ Neste estudo definido como englobando os sujeitos que preenchem todos os critérios para o diagnóstico de uma perturbação do comportamento alimentar.

⁶ Neste estudo definido como os sujeitos que poderão ser classificados como perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação ou que não preenchem critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa ou perturbação de ingestão compulsiva.

adolescência (n=891), um ano mais tarde (n=810) e numa 3ª fase um estrato (n=538) foi avaliado na altura do seu 24º aniversário.

A co-morbilidade encontrada entre as perturbações alimentares e outra psicopatologia foi alta durante a adolescência (89,5%), especialmente com a depressão. Os grupos com SC e SP diferiam significativamente do grupo de controlo numa série de medidas e mais de 70% das adolescentes com SC e SP preenchiam critérios para perturbações do Eixo I enquanto jovens adultas (perturbação bipolar, abuso de substâncias, depressão e quadros de ansiedade). Os SC e SP têm comorbilidade associada, maior disfuncionalidade e maior risco para psicopatologia na idade adulta do que os sujeitos do grupo de comparação.

A alta taxa de duplo diagnóstico encontrada no estudo de Lewinshon et al. (2000) salienta o facto da co-morbilidade não ser exclusiva dos SC e não estar relacionada com a cronicidade da doença. Nas correlações entre variáveis, o estudo de Lewinshon et al. (2000) verificou que os indivíduos com perturbação subliminar não diferiam dos SC mas diferiam do grupo de controlo. O significado clínico das síndromas parciais é ilustrado pela co-morbilidade com outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente tentativas de suicídio e tentativas prévias de tratamento psiquiátrico. Apesar de muitos sujeitos não estarem doentes na altura da avaliação, os sujeitos com SP e os com SC tinham cotações mais baixas no funcionamento global (actual e no último ano) e estavam mais deprimidos do que o grupo não perturbado.

A persistência da co-morbilidade psiquiátrica no início da idade adulta nos sujeitos com diagnóstico de perturbação alimentar feito na adolescência, levanta a hipótese de que apesar do carácter fugaz da psicopatologia alimentar, a sintomatologia psicopatológica associada pode perdurar após remissão da patologia do comportamento alimentar (Lewinshon et al., 2000).

Parece assim estar bem estabelecido que os distúrbios alimentares estão geralmente associados a outras perturbações do Eixo I, com especial ênfase para a co-ocorrência de depressão. Nos estudos acerca da co-morbilidade é muitas vezes difícil perceber se determinado quadro clínico é um factor predisponente para o desenvolvimento da psicopatologia em estudo ou é um sintoma associado à perturbação estudada. Como referem Johnson, Cohen, Kotler, Kasen & Brook (2002) poucos têm sido os estudos que avaliam prospectivamente o papel que as perturbações psicológicas têm no desenvolvimento de perturbações alimentares. Estes autores fizeram um estudo longitudinal em que entrevistaram, em 1983, 726 jovens de ambos os sexos (51% de raparigas). Voltaram a entrevistar estes sujeitos em 1985-1986 e 1991-1993. Os sujeitos e as suas mães foram entrevistados para avaliar variáveis demográficas e psicossociais e as perturbações do Eixo I e Eixo II. À

data de início do estudo, a idade média dos participantes era de 13,6 anos. Os resultados encontrados pelos autores sugerem que os jovens com sintomatologia depressiva no início da adolescência se encontram mais em risco de desenvolver perturbações alimentares. Estes resultados são consistentes com a investigação prévia que indica que os sintomas depressivos são preditivos do desenvolvimento de perturbações alimentares (Arnow, Kenardy & Agras, 1995). Este mecanismo pode ser mediado por factores tais como a baixa auto-estima e a insatisfação corporal. Sabe-se que os sintomas depressivos e a baixa auto-estima estão geralmente associados à insatisfação corporal e que estas por sua vez estão associadas aos problemas do comportamento alimentar e às preocupações com o peso (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Johnson et. al, 2002). Desconhecem-se os mecanismos que medeiam esta associação e de que forma esta é preditora das perturbações alimentares.

1.2.2.2 Perturbações da Personalidade

Ao nível das perturbações de personalidade, a investigação de Herzog, Keller, Lavory, Kenny, Sacks, Huong, Braganza, Brown, Ritchie & Roncolovato (1998) feita com uma amostra de 210 sujeitos, encontrou uma prevalência de 27% de perturbações de personalidade nas perturbações alimentares. As anoréxicas-bulímicas tinham mais perturbações da personalidade (39%) do que as bulímicas (21%) e do que as anoréxicas (22%). Nas anoréxicas encontrou-se um predomínio das perturbações do cluster C (personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas) e não se encontrou perturbação *borderline* da personalidade. Os sujeitos com bulimia, pelo contrário, situam-se predominantemente no cluster B (personalidade *borderline*, histriónica, narcísica e anti-social) (Herzog et al., 1998).

Num estudo feito com 61 estudantes universitárias que não apresentavam patologia do comportamento alimentar, Meyer, Leung, Feary & Mann (2001), concluiu-se que os traços de personalidade *borderline* eram preditivos do envolvimento em comportamentos patogénicos do peso do tipo bulímico. Os autores concluíram que os comportamentos bulímicos podem ter um efeito funcional na redução das emoções negativas associadas aos sintomas de personalidade *borderline*.

A edição revista mais recente da DSM IV (APA, 2002) foi modificada no que respeita a anorexia nervosa de forma a incluir dados relativamente à co-morbilidade com a perturbação estado-limite da personalidade.

1.2.3 Evolução das perturbações alimentares

1.2.3.1 Evolução entre Categorias Diagnóstico

Os estudos acerca da evolução das perturbações alimentares têm sido maioritariamente feitos com mulheres brancas da sociedade ocidental. Estes estudos indicam que há flutuações com períodos de remissão da sintomatologia e mudança no tipo de sintomas apresentado. Constatou-se igualmente que algumas doentes com bulimia nervosa já preencheram critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa (Cachelin, Veisel, Barzegarnazari & Striegel-Moore, 2000) e algumas doentes com anorexia nervosa podem evoluir para um quadro de bulimia nervosa (Fairburn & Harrison, 2003). No novo DSM-IV-TR foram actualizadas as características da evolução da anorexia nervosa de forma a esclarecer a relação entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa: "Um mudança mantida da apresentação clínica (por exemplo, ganho de peso com presença de ingestão maciça e purga) pode eventualmente fundamentar uma mudança de diagnóstico para bulimia nervosa." (APA, 2002).

Para ilustrar a complexidade das evoluções existentes entre as perturbações alimentares, Fairburn & Harrison (2003) apresentam um modelo esquemático representativo da diversidade do movimento temporal existente entre os distúrbios alimentares que se apresenta no seguinte quadro.

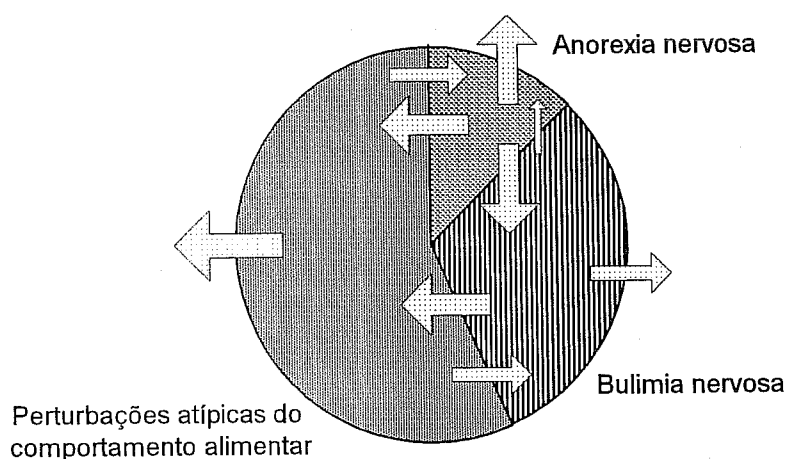


Figura 1 - Evoluções existentes entre as perturbações alimentares (Fairburn & Harrison, 2003)

Tendo em conta a diversidade da constelação sintomatológica que as perturbações alimentares podem apresentar num mesmo indivíduo ao longo do tempo,

é possível encontrar diferentes diagnósticos para uma mesma pessoa em diferentes momentos da vida. As perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação evoluem habitualmente para diagnósticos de anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Estas por sua vez, em fase de remissão, podem ser diagnosticadas como perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. No entanto, o facto de as perturbações alimentares não evoluírem habitualmente para outras condições clínicas suporta a hipótese de estas se distinguirem como categoria diagnóstica *per se* (Fairburn & Harrison, 2003).

Num estudo longitudinal feito por Lewinshon et al. (2000) poucos sujeitos experimentaram recorrência das perturbações. Parece que as perturbações alimentares nesta amostra são relativamente circunscritas no tempo (com um início e fim bem delimitados), e não são recorrentes ou crónicas. Este dado parece contrastar com os encontrados nas populações clínicas em que a recuperação é lenta e com diversas "recaídas" ao longo do processo do tratamento. No estudo de Lewinshon et al. (2000) os autores hipotetizam que a menor cronicidade encontrada para as perturbações alimentares pode ser explicada pelo facto de, por comparação, os estudos com pacientes estarem enviesados uma vez que há maior patologia e que a indicação e a procura de tratamento estão relacionadas com a própria severidade acentuada da patologia alimentar na população clínica. Há poucos estudos longitudinais com mulheres da comunidade, em contraste com maior volume de estudos feitos com populações clínicas, o que dificulta a determinação da evolução natural da doença em sujeitos não referidos para tratamento.

O tempo decorrido entre o início das perturbações alimentares e a procura de tratamento é de cerca de 4 anos (Cachelin et al, 2001), um tempo relativamente curto comparado com o de outras perturbações mentais como a depressão, ansiedade ou abuso de substâncias que é entre 6 a 14 anos (Kessler et al., cit. in Cachelin et al., 2001).

Dentro de cada categoria diagnóstica existe uma evolução progressiva da severidade dos sintomas. Apresenta-se de seguida a evolução dos distúrbios alimentares.

1.2.3.2 Evolução da Sintomatologia da Anorexia Nervosa

Apresenta-se, de seguida, a evolução da sintomatologia da anorexia nervosa de acordo com Brusset (cit. in Corcos et al., 2002):

Quadro 2 – Evolução da sintomatologia da anorexia nervosa de acordo com Brusset

1ª Fase	O início da patologia está geralmente associado a um evento de mudança de vida: uma viagem, uma mudança de residência ou da escola; uma alteração corporal própria da menarca; uma mudança num vínculo familiar (Ex.: irmão que começa a namorar); uma separação; uma conquista amorosa. A conduta de restrição alimentar instala-se sobre o pretexto de um regime de emagrecimento ao qual se associa uma alteração do humor no sentido depressivo.
2ª Fase	É a fase do optimismo. As primeiras inquietudes dos pais são acalmadas pelo discurso lógico da doente. Os pais evitam todo o tipo de conflito e confronto. A restrição alimentar e a magreza obtidas reforçam o sentimento de controlo de si mesma e dos outros.
3ª Fase	É a fase mais variável. A doente desenvolve uma hiperactividade frenética que nem sempre mascara os sentimentos depressivos, um regresso da angústia. Por vezes aparecem os comportamentos bulímicos. Esta fase pode ter períodos de melhoria mínima. A evolução pode ser até estados de anorexia nervosa crónica que duram extensos períodos de tempo e podem conduzir à morte.

A evolução anteriormente descrita pretende ilustrar o percurso típico de uma doente com anorexia. Não se exclui, naturalmente, os casos em que a evolução se processa de forma diferente, uma vez que surgem habitualmente associadas à anorexia nervosa outras perturbações, como por exemplo, a depressão, que podem conferir outra configuração ao comportamento anoréctico.

Corcos et al. (2002) numa revisão dos estudos longitudinais feitos com as perturbações alimentares encontraram alguns dados contraditórios acerca dos factores de bom e mau prognóstico dos distúrbios alimentares. No entanto, em relação à anorexia nervosa parece haver consenso em relação a alguns aspectos. Estes são enumerados no quadro seguinte.

Quadro 3 – Factores de mau prognóstico da anorexia nervosa (adaptado de Corcos et al. 2002)

- Relações familiares difíceis.
- Índice de massa corporal muito baixo.
- Número elevado de hospitalizações.
- Comorbilidade com perturbação de personalidade.
- Comorbilidade com depressão.
- Existência de práticas purgativas com vômito.

Os estudos não permitem tirar conclusões acerca da influência da idade de início da perturbação no prognóstico (Corcos et al., 2002).

1.2.3.2.1 Mortalidade

Muitos casos de anorexia evoluem para uma situação com períodos de remissão parcial dos sintomas. Posteriormente, há novamente agravamento da sintomatologia e as doentes preenchem, novamente, os critérios para o diagnóstico de perturbação alimentar (Craighead & Kirkley, 1994). As perturbações alimentares têm graves consequências ao nível da saúde e no ajustamento interpessoal e têm taxas altas de recaída (Corcos et al., 2002). A evolução para a cronicidade de grande parte das situações clínicas e a progressiva degradação do estado de saúde geral das doentes, que muitas vezes obriga a internamentos prolongados, faz com que as perturbações alimentares constituam uma situação de saúde pública com custos elevados (Agras, 2001).

A taxa de mortalidade desta perturbação varia entre os 5 e os 18% (Kaplan et al., 1994). Entre 5 a 20% dos indivíduos com anorexia vão morrer. As probabilidades de morte aumentam com a longevidade da doença (Zerbe, 1995). Em relação à anorexia nervosa entre 25 a 75% dos casos tem evolução favorável, 1 a 47% evolução intermediária e entre 5 a 30% má evolução (Corcos et al., 2002). Polivy & Herman (2002) encontraram uma variação entre 5 e 8% de mortalidade nas doentes com perturbações alimentares⁷. A anorexia tem uma das incidências de mortalidade mais altas de todas as doenças mentais (Palmer, 2003).

⁷ Os autores contabilizaram as mortes decorrentes do suicídio nas doentes com anorexia nervosa. Consideram que o suicídio é uma condição decorrente e secundária ao estado depressivo associado à anorexia nervosa.

1.2.3.3 Evolução da Sintomatologia da Bulimia Nervosa

A evolução da bulimia nervosa parece ser irregular. Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow (1999) convidaram 137 mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa, que haviam participado em estudos prévios em 1981 e 1987, para participar em um estudo de *follow-up*. O número de mulheres que mantêm o diagnóstico de bulimia nervosa diminui à medida que o *follow-up* progride. Contudo, aproximadamente 30% continuam a envolver-se em práticas purgativas, o que as incluiria no grupo com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. Os autores concluíram que uma história prévia de abuso problemático de substâncias e uma maior duração da problemática à data da 1ª entrevista, são indicadores de pior evolução da bulimia nervosa.

Na bulimia nervosa 50% dos casos tem evolução favorável, 26% uma evolução intermediária e 24% uma evolução desfavorável (cronicidade) (Corcos et al., 2002).

Quadro 4 - Factores de mau prognóstico para a bulimia nervosa (adaptado de Corcos et al., 2002)

- Abuso de substâncias aditivas.
- Abuso de álcool.
- Comorbilidade com perturbação de personalidade *borderline*.
- Tentativas prévias de suicídio.

Os factores de mau prognóstico para a bulimia nervosa encontram-se associados à impulsividade e dificuldade de controlo dos impulsos.

1.3 Críticas à categorização das Perturbações Alimentares

Cachelin & Maher (1998) notaram a presença de comportamentos purgativos sem episódios de empanturramento como sendo um sintoma frequente nas doentes com anorexia nervosa. Estes autores verificaram, no seu estudo com 52 mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa, que o comportamento purgativo é mais frequente do que o comportamento de empanturramento (Cachelin & Maher, 1998). Ao grupo de anorexia nervosa com comportamentos purgativos e sem episódios de empanturramento está associada maior severidade de psicopatologia: maior distorção da imagem corporal, mais preocupação com o peso, *locus* de controlo externo, depressão e sintomas de despersonalização. Os autores argumentam que os subtipos existentes de anorexia nervosa (restritivo ou bulímico/purgativo) deveriam ser

repensados à luz destes resultados. Os autores propõem um terceiro subtipo de anorexia nervosa, o subtipo purgativo que se autonomizaria do grupo bulímico.

Na bulimia nervosa a dificuldade em operacionalizar, de forma inequívoca, critérios como "de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo período de tempo e em circunstâncias similares" tem gerado polémica uma vez que é um critério que depende do avaliador (Polivy & Herman, 2002; Lewinsohn et al., 2000).

Outra questão frequente na discussão acerca da diferenciação entre anorexia nervosa e bulimia nervosa diz respeito às semelhanças apresentadas pelos quadros de anorexia nervosa do tipo purgativo e os quadros de bulimia nervosa. Em termos operacionais, as doentes distinguem-se pelo facto de no caso da anorexia nervosa do tipo purgativo o peso estar abaixo dos 85% previstos e na bulimia nervosa não estar previsto este critério diagnóstico. Uma vez que as flutuações de peso são constantes nas doentes com perturbações alimentares, uma mesma pessoa pode oscilar entre os dois diagnósticos com a mesma frequência que oscila de peso. Uma característica que parece distinguir a bulimia nervosa da anorexia nervosa é a impulsividade, que caracteriza mais frequentemente as doentes com bulimia nervosa (Polivy & Herman, 2002). Esta impulsividade é caracterizada pela associação frequente entre bulimia nervosa e comportamentos como as tentativas de suicídio, utilização de drogas, roubo e comportamentos sexuais inadequados (Polivy & Herman, 2002). A bulimia nervosa e a anorexia nervosa do tipo purgativo seriam uma variação da anorexia nervosa em que os sujeitos teriam dificuldade em tolerar a privação provocada pela restrição alimentar⁸, capitulando à tentação de comer (Bullik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000). Posteriormente, os sujeitos culpabilizam-se e tentam reparar o seu comportamento inadequado (ou seja a ingestão descontrolada de alimentos) através de métodos compensatórios. Estes métodos incluem os comportamentos de restrição alimentar e os comportamentos purgativos.

Numa tomada de posição acerca das perturbações alimentares na adolescência, a *Society for Adolescent Medicine* (Lewinshon et al., 2000) nos Estados Unidos da América recomendou que fosse aplicada uma definição mais ampla das perturbações alimentares uma vez que durante a adolescência as síndromas parciais podem ter custos elevados no desenvolvimento e estado de saúde geral.

⁸ Esta variabilidade na tolerância à restrição alimentar e ao peso baixo é um factor individual que pode ser explicativo da evolução de um mesmo quadro clínico no sentido da anorexia nervosa (para as doentes com maior tolerância à fome) ou da bulimia nervosa (para os sujeitos com menor tolerância à perda de peso) (Bullik et al., 2000).

1.4 Abordagem Dimensional

De seguida apresenta-se uma abordagem dimensional das perturbações alimentares, que inclui estes distúrbios dentro das perturbações obsessivo-compulsivas e que é uma alternativa à abordagem categorial.

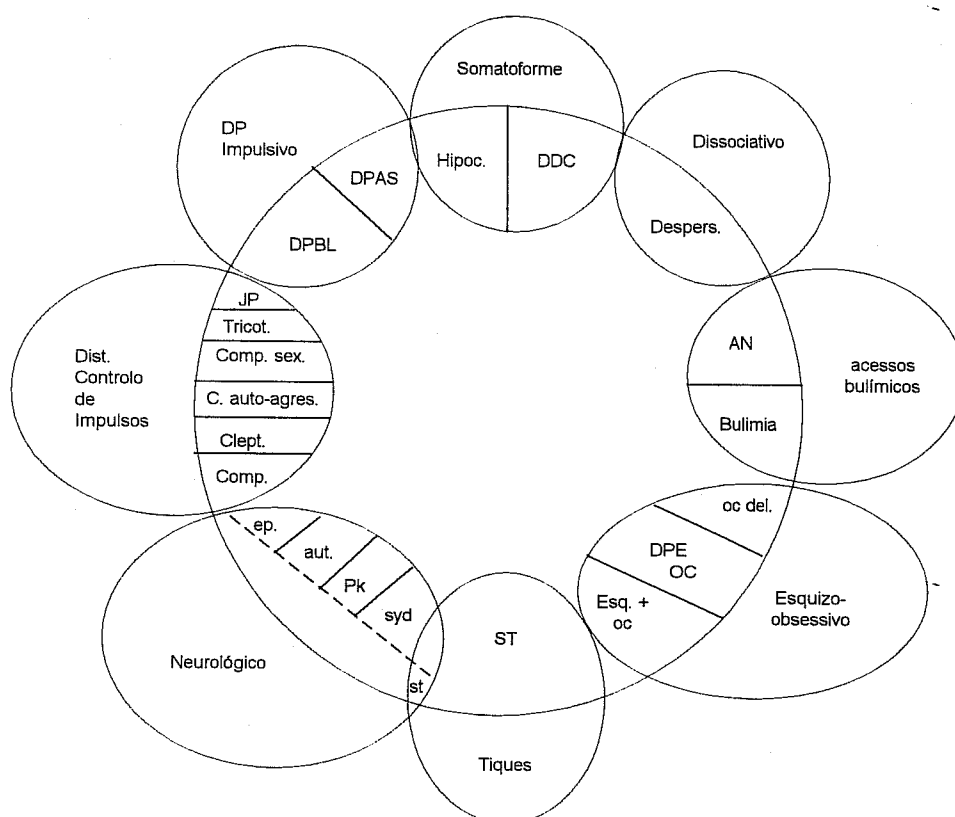
Hollander & Benzaquen (cit. in Macedo, Pocinho, Soares, Dourado, Campos, Domingues, Pinto de Azevedo & Pato, 2002) enunciaram a hipótese de os distúrbios alimentares pertencerem, em conjunto com uma série de outras entidades nosológicas, a um grupo unificador, o espectro obsessivo-compulsivo. O espectro obsessivo-compulsivo compreende uma abordagem dimensional que tem em conta a distribuição das categorias num *continuum*, permitindo a classificação de doentes atípicos. Nesta abordagem é possível integrar os doentes que estão nos limites das categorias clássicas, isto é, aqueles que não preenchem em pleno todos os critérios diagnóstico que permitam um diagnóstico categorial.

A abordagem dimensional salienta as hierarquias e os agrupamentos entre as categorias para sugerir relações específicas e predominantes entre estas. São as sobreposições sintomáticas que salientam as ligações específicas entre as perturbações, isto é, é a partilha de características comuns que explica as ligações entre as patologias. Assim, doentes que tradicionalmente seriam diagnosticados com dupla patologia por apresentarem características de mais do que um diagnóstico, podem ser compreendidos à luz da relação que existe entre elas: “o espectro obsessivo [-compulsivo] é constituído por um grupo de distúrbios que mostram uma significativa sobreposição de características clínicas e associadas (idade de início, comorbilidade, curso da doença), história familiar e possível resposta terapêutica preferencial a determinados fármacos específicos.” (Macedo et al., 2002, pp. 205).

No espectro obsessivo-compulsivo salienta-se a organização cognitiva obsessiva e os rituais compulsivos. Esta organização não é exclusiva da perturbação obsessivo-compulsiva e é comum a uma série de outras perturbações, nomeadamente aos distúrbios alimentares. Hollander (cit. in Macedo et al., 2002) afirma que as perturbações alimentares se relacionam com a perturbação obsessivo-compulsiva, com a perturbação dismórfica, com a falta de controlo dos impulsos e com a personalidade *borderline*.

As classificações categoriais e dimensionais não se excluem mutuamente. O modelo do espectro obsessivo-compulsivo considera que as duas perturbações alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa, são manifestações diferentes de uma mesma síndrome (Vanderham et al., cit. in Polivy & Herman, 2002). Nos sujeitos com perturbações alimentares a obsessão é caracterizada pela preocupação extrema

com a comida, com o controlo alimentar e com o medo de ganhar peso. Nas perturbações alimentares a compulsão reporta-se à ingestão compulsiva de alimentos e aos rituais de verificação da imagem corporal, isto é, à hiper vigilância da forma corporal (Macedo et al., 2002; Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999). Apresenta-se na seguinte figura o modelo dos espectro obsessivo-compulsivo, no qual estão incluídas as perturbações alimentares.



Abreviaturas: (do top, para a direita) **Hipoc** = hipocondria; **DDC** = distúrbio dismórfico corporal; **Despers.** = distúrbio de despersonalização; **AN** = anorexia nervosa; **OC del** = DOC delirante; **DP** = distúrbio de personalidade; **DPEOC** = dist. personalidade esquizotípico + obsessões/compulsões; **Esq.+OC** = esquizofrenia-obsessões/compulsões; **ST** = síndrome de Tourette; **SYD** = Coreia de Sydenham; **Pk** = doença de Parkinson; **Aut.** = autismo; **Ep** = epilepsia; **Comp.** = compras compulsivas; **Clept.** = Cleptomania; **C. Auto-agress** = comportamentos auto-agressivos; **Comp. sex** = compulsões sexuais; **Tricot.** = tricotilmania; **JP** = jogo patológico; **DPBL** = dist. personalidade border-line; **DPAS** = dist. personalidade anti-social.

Figura 2 - Espectro dos distúrbios relacionados como distúrbio obsessivo-compulsivo (adaptado de Hollander & Benzaquen, cit. in Macedo et al., 2002)

A pertença das patologias do comportamento alimentar ao espectro obsessivo-compulsivo é apoiada por alguns dados empíricos. Recentemente Claes & Vandereycken & Vertommen (2002) fizeram um estudo comparativo entre 52 sujeitos

com perturbação alimentar e 112 sujeitos como grupo de comparação. Os autores tinham como objectivo estudar o padrão de obsessividade-compulsividade e impulsividade. Os resultados confirmaram que os sujeitos que apresentam maior índice de perturbação alimentar são os que também apresentam maior obsessividade e compulsividade. Dentro dos sujeitos com perturbações alimentares, as doentes bulímicas e as doentes com anorexia nervosa do tipo purgativo distinguem-se das doentes com anorexia nervosa do tipo restritivo uma vez que estas últimas apresentam menor impulsividade (Claes et al., 2002).

A conceptualização das perturbações alimentares dentro de uma abordagem dimensional, permite conceber os distúrbios alimentares como patologias distribuídas num continuum. Esta abordagem parece ser uma alternativa que dá resposta satisfatória a algumas das críticas enumeradas à abordagem categorial. Ao longo deste trabalho usar-se-á a abordagem categorial como referência uma vez que, tal como já referido, a maior parte dos estudos empíricos desenvolvidos assenta nesta abordagem.

2 Epidemiologia

Passa-se agora a descrever resumidamente alguns dados epidemiológicos relativos à prevalência, incidência, evolução e prognóstico para cada distúrbio alimentar. Apresentam-se alguns dados relativos a uma amostra retirada da população portuguesa e no final faz-se uma pequena discussão acerca da inconsistência, variabilidade e pertinência dos dados encontrados.

2.1 Anorexia

Relativamente à incidência da anorexia, Gelder et al. (1996) referem que esta varia entre 0,37 e 4,06 por cada 100 000 sujeitos no Reino Unido e Estados Unidos da América. Estes mesmos autores consideram que estes dados podem subestimar a incidência real da doença. Pensa-se que a incidência da anorexia nervosa tenha aumentado nas últimas décadas (APA, 2002). O aumento da incidência pode ser explicada por um maior conhecimento da perturbação por parte da população geral e dos profissionais de saúde em particular.

2.1.1 Idade de Início

A fase da vida em que a maior parte dos casos se inicia é a meio da adolescência. A prevalência da preocupação com o peso tem vindo a aumentar nas faixas etárias mais baixas, isto é, nas jovens pré-púberes (Nylander, 1971; Wardle & Marsland, 1990). No entanto, o início da anorexia nervosa situa-se geralmente na faixa etária dos 16 ou 17 anos e, eventualmente, após os 30 anos (APA, 2002; Gelder et al., 1996). Outros estudos referem que a idade em que habitualmente a doença se desencadeia é bimodal, com picos aos 14 e 18 anos (Halmi, Casper, Eckert, Goldberg & Davis, 1979; Lewinshon et al., 2000; Pinto-Gouveia, 2000). Os picos bimodais de início da anorexia nervosa (aos 14 e aos 18 anos) podem ser explicados pelo facto de certos eventos do ciclo de vida, por exemplo a puberdade e a entrada na faculdade, servirem como factores desencadeantes da perturbação. Somente cerca de 5% dos casos se desencadeiam no início da idade adulta (Kaplan et al., 1994)⁹.

⁹ Os estudos feitos com população comunitária adulta são escassos.

2.1.2 Distribuição por Sexos.

A alta taxa de prevalência da anorexia nervosa entre as raparigas com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos torna esta perturbação a 3ª doença crónica mais comum entre as adolescentes norte-americanas, logo a seguir à obesidade e à asma (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991). A anorexia é um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns entre as jovens do sexo feminino (Hsu, 1996). Entre 1 a 2% das mulheres norte-americanas sofrem de anorexia (Zerbe, 1995).

Alguns dados apontam para uma baixa prevalência no sexo masculino. Em 1987 o DSM-III-R (APA, 1993) referia uma distribuição da anorexia nervosa por sexos com 95% dos casos a ocorrerem predominantemente no sexo feminino.

Num estudo de Gelder et al. (1996) refere-se que entre os doentes diagnosticados, somente 5 a 10% são homens. Dados actualizados e publicados na mais recente edição da DSM apontam para uma prevalência de cerca de 0,5% de anorexia nervosa na população feminina, e de prevalência da perturbação nos homens de cerca de um décimo da das mulheres (APA, 2002).

2.1.3 Prevalência em Estudantes

Kaplan et al. (1994) referem prevalência de cerca de 0,5 a 1% de casos de anorexia entre adolescentes e jovens adultos estudantes.

Os estudos de Gelder et al. (1996) revelam uma prevalência de cerca de 1% de casos entre estudantes do ensino secundário e estudantes universitárias.

Num estudo feito com população universitária nos Estados Unidos da América, Heathorton, Nichols, Mahamadi & Keel (cit in Keel et al., 1999) compararam os resultados encontrados em 1982, relativamente à presença de perturbações alimentares, com os resultados encontrados em 1992. Os autores concluíram que houve uma diminuição da prevalência de distúrbios alimentares e comportamentos associados na população universitária. Houve, contudo, um aumento do desejo de perder peso.

2.1.4 Diferentes Culturas e Classes Sociais

As perturbações alimentares têm maior prevalência nas sociedades ocidentais (Gelder et al., 1996). A anorexia nervosa é mais frequente nos países desenvolvidos e pode ser visto com maior frequência entre jovens mulheres com profissões que requerem magreza, tais como o trabalho de modelo e de bailarina (Kaplan et al., 1994;

Garner, 1991). Garner e Garfinkel (1980) encontraram uma prevalência de 6,5% de anorexia nervosa em estudantes de dança e de 7% num curso de modelos.

A perturbação foi inicialmente descrita como mais frequente nas classes sociais mais altas (Power & Moynihan, 1988). Alguns autores (Gelder et al.) encontram dados que confirmam uma maior prevalência nas classes sociais mais altas, mas esta distribuição não se tem vindo a confirmar de forma consistente (Kaplan et al., 1994; Cachelin, Rebeck, Chung & Pelayo, 2002).

2.1.5 Evolução dos Dados Epidemiológicos

Andersen (1999) defende que tem havido aumento das perturbações alimentares em ambos os géneros e que isso se deve por um lado a um aumento real da ocorrência das perturbações, por outro, à progressiva melhoria da aptidão dos profissionais de saúde para fazer o diagnóstico deste tipo de perturbações.

Por outro lado, tal como refere Hof (1994), o aumento das taxas de incidência de anorexia nervosa geralmente aceite (APA, 1993; APA, 2002) pode dever-se ao aumento da investigação e à maior familiarização com a doença entre a população geral e os técnicos de saúde e não a um aumento real do número de novos casos.

Numa revisão de todos os estudos feitos sobre anorexia nervosa entre 1970 e 1995, Fombonne (1995) não detecta aumento da prevalência desta perturbação nos estudos mais recentes. Houve, no entanto, um aumento de casos desta perturbação nas últimas décadas entre jovens do sexo masculino e entre as jovens pré-púberes (Kaplan et al., 1994).

2.2 Bulimia Nervosa

De acordo com Kaplan et al. (1994) há uma maior prevalência de bulimia nervosa entre as jovens do sexo feminino (entre 1 a 3%) do que de anorexia nervosa.

2.2.1 Idade de Início

A bulimia nervosa inicia-se habitualmente mais tarde do que a anorexia nervosa surgindo habitualmente no final da adolescência e no início da idade adulta (Kaplan et al., 1994). A maior taxa de incidência da bulimia nervosa dá-se entre os 20 e os 39 anos (Keel et al., 1999).

2.2.2 Prevalência

A bulimia nervosa tem uma prevalência entre 1 a 2% nas mulheres com idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos e não tem sido encontrada noutras culturas que não a dos países mais desenvolvidos (Gelder et al., 1996).

2.2.3 Distribuição por Sexos

A prevalência reportada pela DSM III-R em 1987 era de 4,5% nas mulheres e 0,4% nos homens (APA, 1993). Em 2002 a prevalência apontada pela DSM-IV-TR oscila entre os 1 e 3% na população feminina sendo a distribuição por géneros semelhante à da anorexia nervosa, isto é, 1 homem por cada 9 mulheres (APA, 2002).

2.2.4 Dados Relativos aos Síndromas Parciais

Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm & Fairburn (2000) notam que os comportamentos purgativos associados à bulimia nervosa e ao subtipo purgativo/bulímico da anorexia nervosa têm vindo a aumentar nas diferentes etnias nos Estados Unidos da América. Episódios esporádicos de empanturramento e sintomatologia de bulimia nervosa estão presentes em cerca de 40% das estudantes universitárias. Um estudo longitudinal comunitário feito no Canadá durante os anos 80 detectou um aumento de comportamentos purgativos nas adolescentes do sexo feminino (Phelps, Andrea, Rizzo, Johnston & Main, 1993). Estes dados apontam para uma maior prevalência de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação e/ou dos síndromas sub-clínicos, do que as taxas respeitantes à categoria diagnóstica tal como esta é definida na DSM.

2.3 Perturbação de Ingestão Compulsiva

A perturbação de ingestão compulsiva parece ter em média um início mais tardio do que as outras perturbações alimentares, sendo que esta ocorre no início da idade adulta (Pike et al., 2001). Por ser uma perturbação ainda em estudo, não existem dados epidemiológicos precisos acerca da sua distribuição e evolução. Alguns estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar uma maior prevalência deste distúrbio entre as populações negra e hispânica (Cachelin, Rebeck, Chung & Pelayo, 2002). Noutro estudo cujos resultados são semelhantes, numa amostra de afro-americanas existe o

dobro do número de casos de perturbação de ingestão compulsiva do número existente nas mulheres brancas (Striegel-Moore et al., 2000).

2.4 Perturbações do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação

De acordo com a DSM-IV-TR, as pessoas com diagnóstico subclínico e síndrome parcial ou perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação são mais comuns do que as pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa (APA, 2002). A incidência na população geral de perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação é de cerca de 5% (Gelder et al., 1996; Kaplan et al., 1994).

2.5 Dados Relativos a uma Amostra de Estudantes em Portugal

Em 1996, o *Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria* realizou um estudo da prevalência da anorexia nervosa em jovens do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge, 1999). O universo estudado era constituído por 2398 jovens do sexo feminino de 29 escolas secundárias dos dois distritos. Os dados foram recolhidos através da distribuição de um questionário com perguntas relativas à imagem corporal, hábitos alimentares, eventuais perdas de peso e amenorreia.

O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência da anorexia nervosa, calcular o número de jovens com síndrome parcial¹⁰ e encontrar o número de jovens com peso normal ou baixo que praticava restrição alimentar e que se sentiam insatisfeitas com o corpo. Os resultados encontrados foram de existência de anorexia nervosa em 0,4% da amostra estudada - valor inferior ao encontrado em estudos europeus e dos Estados Unidos da América (Gelder et al., 1996; Sampaio et al., 1999). Relativamente ao síndrome parcial, a taxa encontrada foi de 12,6% na amostra da população estudada (Sampaio et al., 1999). Em 7% das jovens inquiridas encontrou-se perturbação da imagem corporal sem perda de peso.

Na amostra estudada, a idade onde foi encontrada maior prevalência foi a de 19 anos e a menor prevalência ocorreu aos 10 anos (Sampaio et al., 1999).

¹⁰ O síndrome parcial foi definido por estes autores como perda de peso inferior a 15%, mas sem amenorreia.

No que diz respeito às profissões/actividades dos pais das jovens estudadas, foi encontrada uma maior percentagem de jovens com anorexia nervosa, síndrome parcial e perturbação da imagem corporal no estrato dos técnicos/funcionários administrativos. A menor percentagem de anorexia nervosa e síndrome parcial foi encontrada nas filhas dos funcionários de serviços e nas filhas dos trabalhadores manuais. Foram encontradas percentagens muito baixas de psicopatologia alimentar nas filhas dos trabalhadores manuais não especializados. No grupo de jovens cujo agregado tinha maior rendimento a altura média das jovens foi superior ao das restantes estudantes. Nesse mesmo grupo, contudo, o IMC encontrado foi inferior ao das restantes jovens. Em todas os grupos profissionais registou-se uma diferença entre o IMC actual e o desejado. No total das inquiridas, 38% das jovens com peso normal ou baixo desejavam ser mais magras, 49% diziam ter “uma parte do corpo gordo”, 51,5% tinham “horror a aumentar de peso” (Sampaio et al., 1996).

2.6 Reflexão Acerca dos Dados Epidemiológicos

Os dados epidemiológicos fornecidos por diferentes estudos nem sempre são concordantes entre si. Esta dificuldade relaciona-se com um problema comum à generalidade dos estudos epidemiológicos feitos na área da saúde mental: a dificuldade em aceder às populações clínicas fora do contexto hospitalar ou institucional. Os estudos com populações clínicas têm geralmente duas limitações: restringem-se aos indivíduos que procuram tratamento e/ou que preenchem os critérios diagnóstico conceptualizados de uma forma restrita.

Eagles, Johnston, Hunter, Lobban & Harry (1995) salientam o facto de existir maior prevalência no nível sócio-económico mais alto. Este nível sócio-económico é aquele que tem maior acesso aos cuidados de saúde e, consequentemente está mais representado nas taxas de referência dos casos clínicos.

Os desenhos de investigação têm vindo a recolher dados dentro das populações não clínicas e tem havido maior cuidado no controlo empírico da associação entre nível sócio-económico e etnia (Striegel-Moore et al., 2000). Os estudos epidemiológicos feitos com populações clínicas não devem ser usados como ilustrativos da distribuição étnica das perturbações alimentares, uma vez que as populações das minorias étnicas têm menor acesso aos cuidados de saúde e procuram menos o tratamento (Pike et al., 2001).

Outra dificuldade relaciona-se com o facto da população com perturbações alimentares ter como característica da própria perturbação o esconder e negar os sintomas (Carmo, 1994; Gelder et al., 1996). Os sujeitos com psicopatologia alimentar

tendem a falsear a informação que disponibilizam por auto-relato (Polivy & Herman, 2002). A recusa ou distorção da informação disponibilizada acontece dentro e fora de um contexto clínico (Pinto-Gouveia, 2000). As doentes com anorexia nervosa frequentemente ignoram e aparentam ser indiferentes à doença. São geralmente os casos “difíceis” (isto é, aqueles em que há grande degradação do estado de saúde geral) que são detectados nas consultas de especialidade (Polivy & Herman, 2002). Por acréscimo, as pessoas com perturbações alimentares tendem a recusar-se a participar nos estudos feitos na comunidade sobre estes distúrbios.

Os estudos feitos com a população clínica abrangem uma parte da população com maior severidade dos sintomas. Com as doentes bulímicas, a dificuldade em efectuar estudos epidemiológicos usando população clínica é ainda mais acentuada pois esta perturbação não apresenta geralmente sintomatologia alarmante ao nível da perda de peso que a torne tão facilmente detectável pelas pessoas mais próximas. Desta forma, muitos casos de bulimia nervosa poderão estar por detectar e diagnosticar pois raramente são encaminhados para consultas de especialidade.

Em estudos epidemiológicos feitos nos Estados Unidos da América (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside, 1995), encontrou-se uma prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa baixa e estas perturbações foram consideradas como perturbações típicas da adolescência. Polivy & Herman (2002) salientam que os estudos prospectivos têm-se focado nos sintomas e/ou quadros clínicos e pouco nos síndromas parciais ou perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação o que se traduz num corpo empírico pobre acerca da epidemiologia e importância destes casos no desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Os estudos de prevalência, na sua maior parte feitos nos Estados Unidos da América são altamente influenciados pelas mudanças de critérios da DSM (Garner et al., 1998; Russel, cit in Silva, 1993). Diversos estudos confirmam que quando não se estudam as categorias de diagnóstico isoladamente se encontra uma maior taxa de prevalência de perturbações alimentares na população de adolescentes e jovens adultos estudantes de ambos os sexos (Kaplan et al., 1994). Uma taxa de prevalência de 7,5% foi encontrada num estudo feito especificamente com estudantes universitárias canadianas em 1988 (Chandarana, Helmes & Benson, 1988). Num estudo longitudinal feito com adolescentes, encontrou-se uma incidência de menos de 2,8% de perturbações alimentares aos 18 anos e de cerca de 1,3% de distúrbios alimentares dos 19 aos 23 anos (Lewinsohn et al., 2000). Garfinkel et al. (1995) fizeram um estudo epidemiológico na comunidade, onde verificaram que usando todos os critérios para o diagnóstico das perturbações alimentares excepto um, os casos

encontrados duplicavam. Striegel-Moore & Steiner-Adair (1998) defendem que há uma sub representação das taxas de prevalência e incidência das perturbações alimentares devido à rigidez na utilização dos critérios diagnósticos que definem a patologia alimentar. É de salientar que para o diagnóstico da anorexia nervosa é necessário que haja amenorreia o que exclui uma série de mulheres que apresentam todos os outros critérios clínicos. Corcos et al. (2002) acrescentam que grande parte dos estudos não apresenta dados sobre as populações sub-clínicas e são feitos com populações adolescentes e de estudantes. Ficam geralmente excluídos destes estudos os quadros que aparecem antes da puberdade e as anorexias nervosas tardias.

Já anteriormente, Wardle & Marsland (1990) notavam que grande parte da investigação feita acerca da imagem corporal, dieta, e atitudes face à comida, tinha sido maioritariamente feita com populações de jovens na fase tardia da adolescência ou então com estudantes universitárias. Estes autores consideram que existiam poucos estudos feitos com grupos etários mais baixos e que integrassem um vasto leque de níveis socio-económicos que permitissem recolher mais informação acerca dos aspectos socio-desenvolvimentais na evolução das patologias do comportamento alimentar (Wardle & Marsland, 1990). Esta tendência tem-se mantido na última década.

Fora dos Estados Unidos da América, os primeiros resultados de um estudo epidemiológico e prospectivo iniciado em Espanha em 1998, vieram mostrar que cerca de 100 000 espanhóis entre os 14-24 anos (entre 0,5% a 2% da população desta faixa etária) ou têm uma perturbação alimentar ou incorrem em risco de desenvolver uma (Bosch, 1999). O aumento da incidência da anorexia nervosa em Espanha tem sido de cerca de 15% por ano. Este dado epidemiológico levou a que o governo espanhol designasse uma comissão inter partidária para investigar o problema. Esta comissão desenvolveu um plano de acção que inclui a obrigatoriedade dos designers de moda e produtores da indústria têxtil a fabricar números mais largos e maiores de roupa disponível nas lojas. Tentou-se, também, persuadir as companhias de publicidade a usar modelos cuja forma corporal estivesse mais próxima da realidade social e menos próxima de imagens idealizadas e quase inatingíveis (pelo menos de forma saudável) de peso (Bosch, 1999).

Tal como referido, não são conhecidos dados epidemiológicos referentes à população portuguesa. O estudo conduzido por Sampaio et al. (1999) com um grupo de jovens estudantes do ensino secundário demonstra que apesar de apresentarem prevalências de anorexia nervosa inferiores às encontradas noutros países, encontrou-se insatisfação com o peso ou com a forma corporal em cerca de metade das

estudantes o que as coloca em risco para o desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar.

Como vimos, há autores que defendem que os dados epidemiológicos não ilustram a real prevalência ou incidência das perturbações alimentares na população geral. A polémica à volta dos limites que uma definição restritiva da doença através de critérios diagnósticos rígidos, faz com que alguns investigadores utilizem nos seus estudos categorias de perturbação alimentar que estão para além das propostas pela DSM-IV¹¹. Pensa-se que uma utilização mais flexível das categorias da DSM-IV nos estudos epidemiológicos poderia encontrar prevalências e incidências diferentes das encontradas na maior parte dos estudos actuais.

¹¹ Num estudo feito com 330 estudantes universitárias do sexo feminino com o objectivo de testar a hipótese de as perturbações alimentares estarem relacionadas com experiências prévias de abuso sexual, Petrie (2001) utilizou seis categorias para diferenciar os sujeitos com psicopatologia alimentar que não correspondem aos critérios definidos pela DSM-IV: anorexia nervosa, bulimia nervosa, anorexia com ciclo menstrual, bulimia subclínica, bulimia sem ingestão compulsiva e síndrome de ingestão compulsiva.

Capítulo II

Etiologia: Factores Sócio-Culturais

3 Etiologia

3.1 A Importância do Estudo do Risco

No final da década de 1960 e início da década de 1970 a anorexia nervosa tornou-se mais conhecida nas sociedades ocidentais (Polivy & Herman, 2002)¹². As jovens raparigas de níveis sócio-económicos médios e altos “matavam-se de fome”. Na década seguinte, a de 1970, foi descrita uma nova perturbação, a bulimia nervosa, em que a dieta restrita era intercalada com períodos de ingestão massiva de alimentos, a que, usualmente, se sucediam comportamentos purgativos (tentativas activas de libertar o corpo do excesso de calorias) (Polivy & Herman, 2002). Ambas as perturbações alimentares tornaram-se alvo de crescente investigação¹³.

Numa revisão acerca dos artigos e modelos explicativos das perturbações alimentares, Polivy & Herman (2002) encontram duas tendências básicas na literatura: o estudo do papel de factores de risco causais específicos para o desenvolvimento de perturbações alimentares e a elaboração de teorias que pretendem combinar vários factores num modelo compreensivo global.

A investigação na área das perturbações alimentares ainda está na sua infância o que explica, parcialmente, os modestos resultados existentes. Outras dificuldades na investigação na área da patologia do comportamento alimentar são comuns às dificuldades existentes na investigação na generalidade das ciências sociais. Estas dificuldades dizem respeito à dificuldade de manipular um único factor causal, e na dificuldade em distinguir factores causais de factores correlacionados (Polivy & Herman, 2002).

As perturbações alimentares são geralmente explicadas por um modelo biopsicosocial (Polivy & Herman, 2002, Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Este modelo considera todos os factores; desde os mais abrangentes, como os culturais, aos mais restritos, como os biológicos, considerando os factores familiares, sociais, cognitivos, educativos e de personalidade. O modelo biopsicosocial é um modelo aceite por grande parte dos investigadores da área das perturbações alimentares desde que

¹² A divulgação de casos de anorexia nervosa de figuras mediáticas como Kathleen Carpenter, Jane Fonda e Twiggy contribuiu para um maior divulgação e discussão acerca desta problemática (Polivy & Herman, 2002).

¹³ Existem, actualmente pelo menos 4 revistas científicas dedicadas ao tema específico das perturbações alimentares: *International Journal of Eating Disorders*; *Eating Behaviours*; *European Eating Disorders Review*; *European Eating Disorders Review*.

introduzido por Bruch na década de 1970 (Pinto-Gouveia, 2000; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). No entanto, os modelos compreensivos globais acabam por ser pouco específicos uma vez que dificilmente se consegue determinar o efeito preciso de cada uma das variáveis que contribuem para o fenómeno das perturbações alimentares. As metodologias de investigação e de recolha de dados dificilmente permitem a generalização dos resultados para a população geral.

Existem diversos modelos explicativos das perturbações alimentares, no entanto há um acordo generalizado acerca da determinação multi-factorial das perturbações alimentares (Bouça & Soeiro, 2001; Petrie, 2001; Pinto-Gouveia, 2000; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998). Os factores envolvidos na explicação das perturbações alimentares são de ordem social, cultural, desenvolvimental, psicológica, física e fisiológica (Petrie, 2001). Os modelos etiológicos psicossociais salientam o papel do ambiente cultural, do contexto familiar e dos eventos de vida adversos no processo de vulnerabilidade e protecção (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998).

Tradicionalmente o risco era conceptualizado de uma forma estática, como um acontecimento que predizia resultados negativos. No entanto, os mesmos factores podem funcionar como risco em relação a determinado aspecto, mas como neutrais em relação a outros em determinadas condições.

3.2 Factores de Risco

Seguidamente fala-se da importância do estudo dos factores de risco operacionalizando este conceito. Descrevem-se os diferentes grupos de factores de risco privilegiados no estudo da etiologia e/ou manutenção da patologia do comportamento alimentar: factores individuais, familiares e sociais.

3.2.1 Conceito de Factor de Risco

O significado do conceito de factor de risco não é consensual (Kaplan, 1999). Concorde-se com a concepção de Clayton (cit in Kaplan, 1999) que considera que um factor de risco é "um atributo individual, característica individual, condição situacional ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade" de ocorrência de um dado problema.

Considera-se, também, que as manifestações iniciais de um dado problema devem ser estudadas como factor de risco para o desenvolvimento e agravamento dessa ou de outra condição. Finalmente, considera-se que a vulnerabilidade e

existência de factor de risco não são sinónimos. A existência de factores de risco não determina a emergência de disfuncionalidade. Os factores de risco tomam as pessoas vulneráveis ao desenvolvimento de uma determinada perturbação. A existência de um ou mais factores de risco aumentam a vulnerabilidade, isto é, predispõem um indivíduo para o desenvolvimento de perturbação. A vulnerabilidade "não é um traço estático, impossível de ser modificado, mas [é] uma condição epigenética, que envolve transacções entre o indivíduo e o meio ao longo de todo o ciclo de vida" (Canavarro, 1999, pp. 158).

A investigação acerca da etiologia das perturbações psicológicas necessita que se distinga entre factores *correlacionados* e *factores de risco*. Um factor correlacionado é qualquer factor que esteja associado com a manifestação clínica de uma perturbação. Há muitos factores associados às perturbações alimentares. Os estudos que identificaram estes factores serviram de ponto de partida para ajudar a diferenciar entre factores concomitantes e factores de risco. *Concomitante* é uma variável que se mostrou relacionada com o resultado, mas não precedeu o resultado (por exemplo, baixa densidade óssea na anorexia nervosa ou níveis baixos de potássio na bulimia nervosa). Um *factor de risco* é um factor "que poderá ser precursor de uma determinada condição" (Moreira, 2001, pp. 17), isto é, é um atributo ou uma característica individual ou um contexto específico que aumenta a probabilidade de determinada condição ocorrer. Se o factor de risco não é mutável, é considerado um *marcador fixo* (por exemplo, o sexo); se o factor muda ou pode ser modificado é um *factor de risco variável* (por exemplo, preocupação com a imagem corporal). Se se puder comprovar que a manipulação do factor de risco altera o resultado, então estamos perante um *factor de risco do tipo causal* (Striegel-Moore & Cachelin, 2001).

Os marcadores fixos geralmente indicam quais as populações onde a prevalência e incidência de determinada condição tem maior probabilidade de existir (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Os marcadores fixos são mais fáceis de medir e são geralmente identificados antes dos factores de risco causais. No caso das perturbações alimentares, o sexo tem sido estudado como marcador fixo. Existem por isso mais estudos feitos com a população feminina.

A dificuldade de levar a cabo estudos prospectivos e/ou longitudinais dificulta a distinção entre os factores correlacionados com os distúrbios alimentares que constituem factor de risco e os factores correlacionados que constituem característica da própria doença. O risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares deriva da combinação de um grande número de factores de risco gerais para as perturbações psicológicas (por exemplo, a presença de psicopatologia nos pais) com factores de risco específicos para a patologia alimentar (por exemplo, iniciar uma dieta). A

exposição aos factores de risco ocorre em diferentes contextos e o potencial de risco destes factores deriva do momento do desenvolvimento em que eles actuam. O risco é cumulativo, isto é, a exposição a um número mais elevado de factores aumenta a probabilidade de desenvolver perturbações alimentares (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998).

Muitos são os factores de risco considerados como tendo um papel no desenvolvimento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. No entanto, o contributo relativo de cada um deles é difícil de determinar. Em muitos casos não é claro sequer, os que constituem factores de risco específicos para a anorexia nervosa e para a bulimia nervosa, os que constituem risco para as perturbações alimentares e os que contribuem para as perturbações psiquiátricas de uma forma geral (Fairbum, Cooper, Doll & Welch, 1999a). Um determinado factor pode constituir risco para um conjunto específico de perturbações mentais, por exemplo, para as perturbações do espectro obsessivo-compulsivo.

Como já foi descrito neste trabalho, o género e a adolescência têm sido estudados como marcadores fixos para o desenvolvimento de perturbações alimentares. De acordo com Rodin et al. (1990) há dois factores de risco variáveis que são específicos para o desenvolvimento da patologia alimentar. Estes factores são: a insatisfação com a imagem corporal e o envolvimento em múltiplas tentativas de redução do peso (restritivas e/ou purgativas). Estes factores só por si não são predictivos do desenvolvimento da patologia alimentar e encontram-se presentes na população feminina das sociedades ocidentais de uma forma geral (Lewinsohn et al., 2000; Rodin et al., 1990). Devem ser estudados quando associados com outros factores que potenciam o aparecimento das perturbações alimentares.

Recentemente Striegel-Moore & Steiner-Adair (1998) fizeram uma revisão dos estudos acerca dos factores de risco associados à anorexia nervosa e à bulimia nervosa. Apresenta-se nos 2 seguintes quadros os factores encontrados por Striegel-Moore & Steiner-Adair (1998).

Quadro 5 – Factores de Risco para a Anorexia Nervosa (adaptado de Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998)

Sociais • Nível sócio-económico alto
Familiares • Sobre protecção maternal • Familiar próximo com anorexia nervosa ou bulimia nervosa • Psicopatologia nos pais
Individuais • Problemas precoces com a alimentação • Baixo auto-estima • Neuroticismo elevado • Abuso sexual na infância

Quadro 6 - Factores de Risco para a bulimia nervosa (adaptado de Striegel-Moore, Steiner-Adair, 1998)

Sociais • Pressão Social acerca do peso e/ou da comida
Familiares • Dietas familiares • Familiar com perturbações alimentares • Estilos parentais inadequados • Discórdia parental • Psicopatologia nos pais
Individuais • Menarca precoce • Locus de controlo externo • Baixa auto-estima • Obesidade na infância • Preocupação com o peso • Abuso sexual na infância

Mais recentemente, Fairburn & Harrison (2003) apresentaram um resumo dos factores de risco comuns para o desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa. Enumera-se os factores de risco descritos no quadro seguinte.

Quadro 7 - Factores de risco para os distúrbios alimentares (Fairburn & Harrison, 2003)

Factores Gerais • Sexo feminino • Adolescentes e jovens adultos • Viver numa sociedade ocidental
Factores Específicos Individuais Sociais • Pressão ocupacional ou recreativa para a magreza. Familiares • História familiar • Padrões familiares inadequados (especialmente pouco contacto, expectativas altas, discórdia parental) • Dieta na família • Comentários críticos acerca da alimentação, da forma corporal e do peso por parte da família e de outros significativos Individuais • Perturbação alimentar de qualquer tipo • Depressão • Abuso de substâncias (especialmente alcoolismo na bulimia nervosa) • Obesidade (bulimia nervosa) • Experiências pré-morbidas • Abuso sexual • Características pré-mórbidas (por exemplo, história de obesidade) • Baixa auto-estima • Perfeccionismo (mais intenso na anorexia nervosa) • Ansiedade e perturbações da ansiedade • Obesidade (bulimia nervosa) • Menarca precoce (bulimia nervosa)

Nem todos os indivíduos em risco seguem caminhos desenvolvimentais de perturbação. Os diferentes padrões de resposta aos acontecimentos negativos são condicionados “pelas variações constitucionais em termos das susceptibilidades

individuais, pelas vulnerabilidades e resiliências criadas pelo contexto social e pelas características da interacção indivíduo-ambiente” (Rutter, cit in Canavarro, 1999, pp. 132). Quer características do sujeito, quer do ambiente, não determinam só por si a emergência da disfuncionalidade, mas criam vulnerabilidade, ou seja, predisposição para trajectórias desenvolvimentais menos adaptativas. Cada fase do desenvolvimento traz novos desafios, recursos e vulnerabilidades ao indivíduo, sendo importante averiguar em cada período os factores que podem influenciar uma melhor ou pior resolução dos desafios desenvolvimentais.

De seguida descreve-se alguns dos factores de risco individuais, familiares e socio-culturais mais estudados.

3.2.2 Características Individuais

Diversos domínios das características individuais podem constituir factor de risco ou protecção para as perturbações alimentares: as variáveis biológicas; o desenvolvimento da imagem corporal e as características de personalidade e comportamento. O comportamento de restrição alimentar, isto é, a dieta é normalmente aceite como o factor que em determinado contexto se associa ao conjunto de factores de risco e desencadeia a patologia (Fairburn, 1989; Fairburn, 1997; Fairburn et al, 1999a; Garner & Bemis cit. in Vitousek, 1996; Williamson, Davis, Duchmann, Mackenzie & Watkins, 1990).

3.2.2.1 Variáveis Biológicas

A predisposição genética para o maior peso do que o ditado pelo ideal de beleza contemporâneo parece funcionar como factor de risco para o desenvolvimento da bulimia nervosa (Rodin et al., 1990). Num estudo recente acerca dos factores de risco para a bulimia nervosa, Fairburn (1997) encontrou como factores de risco comuns para a bulimia nervosa e para a perturbação de ingestão compulsiva, a obesidade na infância e a pressão social acerca do peso. As mulheres mais pesadas do que as suas pares sentem-se e poderão ser mais pressionadas para a magreza e têm maior probabilidade de desenvolver bulimia nervosa (Fairburn & Cooper, 1989b). De acordo com este ponto de vista, as variáveis biológicas são potenciadas por factores sociais para favorecer o aparecimento de perturbações alimentares.

3.2.2.2 Estudos com Gémeos

A questão da predisposição genética para o desenvolvimento de perturbações alimentares não está resolvida uma vez que os estudos não mostram resultados concordantes. Na revisão feita por Fairbum, Cowen & Harrison (1999b) dos estudos feitos com gémeos os resultados são contraditórios e inconsistentes o que não permite tirar conclusões acerca da influência genética e ambiental na etiologia da patologia alimentar. Bullik et al. (2000) fizeram uma revisão bibliográfica dos estudos de gémeos para esclarecer a importância dos factores genéticos na etiologia das perturbações alimentares.

Na sua revisão de estudos de gémeos, Bullik et al. (2000) avaliaram os estudos feitos na área das perturbações alimentares na última década do século XX .

Quadro 8 - Revisão dos estudos feitos com gémeos (Bullik et al., 2000)

- As perturbações alimentares são fortemente familiares.
- A bulimia nervosa aparece de forma consistente como melhor explicada mais por efeitos genéticos cumulativos/aditivos do que por factores ambientais.
- Os resultados encontrados para a anorexia nervosa são pouco conclusivos.
- Os factores ambientais são provavelmente mediadores ou moderadores que regulam a expressão dos distúrbios alimentares em indivíduos geneticamente susceptíveis.
- Os factores ambientais de risco devem ser identificados.

De acordo com a revisão feita por Bullik et al., (2000), parece que não são os factores genéticos que explicam isoladamente o aparecimento de perturbações alimentares. Os autores consideram que deve estudar-se quais os factores ambientais e os processos que a eles se associam para produzir sintomatologia de patologia do comportamento alimentar em indivíduos previamente susceptíveis.

3.2.2.3 Modelos Cognitivos: Estilos de Processamento da Informação

Em relação à anorexia nervosa, a primeira conceptualização conhecida que aplica as formulações do modelo cognitivo de Beck acerca do processamento de informação e respectivo contributo para a psicopatologia é a de Garner & Bemis (cit in Vitousek, 1996; cit in Fairburn et al., 1999c) que tem vindo a ser reelaborada para as

perturbações alimentares. A abordagem de Garner & Bemis é sumariada da seguinte forma: "as perturbações alimentares são mantidas por um conjunto de características de ideais sobrevalorizadas acerca das implicações pessoais do peso e forma corporal. Estas atitudes têm a sua origem na interacção de características individuais estáveis (tais como o perfeccionismo¹⁴, ascetismo, e dificuldades na regulação dos afectos) com os ideais socioculturais de idealização da aparência feminina. Uma vez formadas, as crenças influenciam os indivíduos que as possuem a envolver-se em padrões alimentares estereotipados e comportamentos de eliminação, a ser responsivos às contingências reforçadoras e a processar a informação de acordo com enfierezamentos cognitivos previsíveis e eventualmente ser afectados pelas sequelas fisiológicas que também servem para manter crenças e comportamentos inadequados" (Vitousek, 1996, pp. 384).

Numa revisão bibliográfica dos modelos cognitivos e dos modelos cognitivo-comportamentais das perturbações alimentares e das suas componentes específicas, Vitousek (1996) conclui que muitas das variáveis precipitantes e de manutenção identificadas pelos modelos cognitivo-comportamentais (por exemplo, distorção da imagem corporal, preocupação exagerada com o peso) não são específicas destes modelos, isto é, elas são consideradas pela generalidade dos modelos contemporâneos de compreensão das perturbações alimentares.

Relativamente às perturbações alimentares, os modelos cognitivos têm enfatizado o papel das crenças e valores acerca do peso como aspecto central no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Fairburn & Cooper, 1989b; Garner & Bemis cit in Vitousek, 1996; Williamson et al. 1990). Estes modelos têm salientado e descrito a influência que o enfierezamento automático da informação ao nível da percepção, dos pensamentos, e das emoções têm no comportamento dos indivíduos com distúrbios do comportamento alimentar.

Os modelos cognitivos têm acentuado a similitude do sistema de crenças das anoréxicas e das bulímicas sugerindo que os padrões sintomatológicos diferem superficialmente em cada uma das patologias. Ambos os quadros clínicos assentam em ideias sobrevalorizadas acerca do peso como aspecto central da auto-avaliação (Vitousek, 1996). Ambos os grupos diagnósticos (anorexia nervosa e bulimia nervosa) apresentam semelhanças nas respostas à maior parte dos inventários clínicos, o que é consistente com a observação de que muitos indivíduos podem ser diagnosticados em

¹⁴ Descrever-se-á posteriormente o papel que o perfeccionismo pode ter como desencadeante e factor de manutenção das perturbações psicológicas em geral e nos distúrbios alimentares em particular.

ambos os quadros (anorexia nervosa e bulimia nervosa), quer simultânea, quer sucessivamente.

É possível que a partir de um tronco comum de crenças erradas acerca do valor próprio, da alimentação e da imagem corporal, as perturbações alimentares evoluam de forma diferente. Os sintomas que diferenciam e demarcam a fronteira entre cada quadro diagnóstico (nomeadamente o peso diminuído e a presença de episódios de ingestão compulsiva de alimentos) podem estar relacionados com a intolerância biológica para a fome e a descompensação a partir de um peso "set point". A maior tolerância biológica à fome designa a forma como a perturbação evolui para um quadro de anorexia nervosa. A intolerância biológica à fome induziria episódios de empanturramento e a evolução para a bulimia nervosa (Bulik et al., 2000).

Uma explicação alternativa a esta premissa explicativa biológica é a de que as doentes com anorexia nervosa e as doentes com bulimia nervosa diferem ao nível do conteúdo e da formulação dos esquemas cognitivos acerca do peso. Vitousek (1996) hipotetiza que as anorécticas distinguem-se por terem um estilo cognitivo preferencialmente "simplista", mais dogmático e do tipo "Resolução de Ano Novo"¹⁵ do que as bulímicas.

3.2.2.4 Características da Personalidade e do Comportamento

Algumas características de personalidade são comuns às doentes com anorexia nervosa e bulimia nervosa, outras diferenciam-nas entre si. De acordo com Rodin et al. (1990) a falta de estudos prospectivos com populações controlo e subclínicas dificultam as conclusões que se possam tirar acerca das características de personalidade pré-mórbida que possam constituir risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

As mulheres com bulimia nervosa evidenciam maior necessidade de aprovação social, evitamento do conflito e dificuldades na identificação e exposição das suas dificuldades apresentando baixos níveis de assertividade (Rodin et al., 1990). Ao nível comportamental, as mulheres com bulimia nervosa apresentam dificuldades em lidar com acontecimentos que percebem como indutores de stress. Não é claro a partir

¹⁵ O estilo cognitivo de "Resolução de Ano Novo" é caracterizado por pensamentos de tudo ou nada em que a partir de uma certa data se pretende atingir uma série de objectivos ou atingir rapidamente um nível alto de competências. No caso das perturbações alimentares este tipo de pensamentos podem ser "A partir de amanhã só como vegetais, por isso perderei 10 quilos num mês"; "Este mês tenho que emagrecer 5 quilos no mínimo"; "Vou começar uma dieta líquida e vou começar a ir ao ginásio todos os dias. Daqui a 3 meses já posso usar biquíni."; "Nunca mais como chocolates ou alimentos hiper-calóricos porque senão estou a mostrar que sou incapaz de manter as minhas resoluções".

dos estudos efectuados se as mulheres com bulimia nervosa estão expostas a maior stress, se tendem a percepcionar as situações como mais indutoras de stress ou se têm menos aptidões para lidar com o stress (Rodin et al., 1990).

3.2.2.5 Insatisfação Corporal

Desde há décadas que as mulheres têm vindo a mostrar insatisfação marcada com o seu corpo. No entanto a investigação tem vindo a demonstrar que há um hiato progressivamente maior entre a forma corporal real e a forma corporal idealizada pelas mulheres e que estes factores estão associados ao aumento da insatisfação corporal nas jovens mulheres (Garner, 1997). Muitos adolescentes de peso normal, principalmente as raparigas, estão insatisfeitos com o seu peso e gostariam de ser mais magras (Wardle & Marsland, 1990, Sampaio et al., 1999). As preocupações com o peso e a insatisfação corporal que lhe está associada estão geralmente associadas às tentativas de restringir a ingestão de alimentos muitas das raparigas tentam perder peso através de dietas o que as coloca em risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (Wardle & Marsland, 1990).

É Bruch quem em 1962 primeiro se refere à perturbação da imagem corporal e à insatisfação corporal como elemento chave da anorexia nervosa (Silva, 1993). É comumente aceite que a insatisfação corporal aumenta significativamente o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares e é uma característica central deste tipo de distúrbios (Durkin & Paxton, 2002; Pinto-Gouveia, 2000; Rodin et al., 1990; Stice & Shaw, 2002; Stice & Whitenton, 2002).

Actualmente a insatisfação corporal é um aspecto central que caracteriza os distúrbios alimentares e constitui critério diagnóstico para as perturbações alimentares e que é definido pela acentuada insatisfação com a forma do e imagem corporal (APA, 2002).

Vários autores atribuem a insatisfação corporal nas mulheres à exposição repetida de raparigas vulneráveis a imagens mediáticas de corpos ultra magros e elegantes nos media (Stice, Spangler & Agras, 2001). A consciência das normas de magreza está fortemente associada à insatisfação corporal. A tradução desta interiorização e da insatisfação corporal em patologia do comportamento alimentar depende de factores como a ausência de apoio social e a percepção de grande pressão social para a magreza (Twamley & Davis, 1999).

Existe um número significativo de adolescentes que sofre de insatisfação corporal que está associada com sofrimento emocional acentuado, ruminações acerca

da aparência e uso desnecessário da cirurgia cosmética (Thompson, Heinberg, Altabe & Tanflett-Dunn, cit in Stice & Whitenton, 2002).

O modelo de Williamson et al. (1990) para a anorexia nervosa enfatiza o papel que a insatisfação corporal tem na problemática anoréctica. Os autores postulam que existem três entidades no seio da problemática anoréctica: uma perturbação perceptiva ao nível da imagem do corpo, medo de ganhar peso e uma preocupação marcada com a forma do corpo. Estes três elementos entram em interacção com a patologia de base da psicopatologia da anorexia da forma seguinte: a insatisfação corporal conduz a restrições dietéticas que determinam o aparecimento da fome e uma baixa da energia vital. Estes elementos fazem interromper a dieta, mas desencadeiam a ansiedade associados ao receio de ganhar peso e de perder o controlo sobre a alimentação. Essa etapa conduzirá naturalmente a novas restrições alimentares, que diminuirá a ansiedade e uma diminuição progressiva do apetite. O metabolismo sofre uma “baixa” o que reforça a necessidade de manter as restrições dietéticas, restabelecendo assim um ciclo vicioso. A estes elementos associam-se a patologia ansiosa e depressiva, as atitudes obsessivas e uma forma deficiente de gerir o stress.

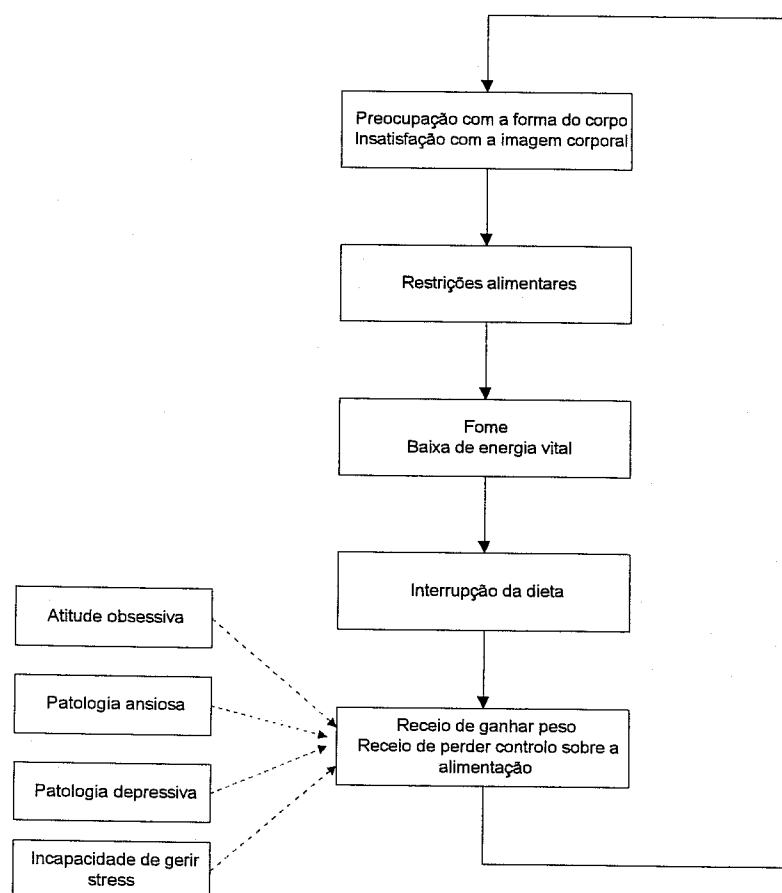


Figura 3 - Modelo de Williamson (cit in Corcos et al., 2002)

Este modelo parece ser apoiado por diversos estudos entre os quais o estudo de Raich, Claraso & Giral (2001) feito com 104 mulheres estudantes da Universidade de Barcelona em que verificaram que a auto-estima baixa, a percepção de massa corporal elevada e a psicopatologia geral quando associadas à insatisfação corporal contribuem significativamente para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Mais recentemente, a partir de uma revisão acerca dos estudos feitos que analisam as origens e as consequências da insatisfação corporal, Stice & Shaw (2002) desenvolveram um modelo que integra os dados mais significativos dos estudos revistos e que se apresenta na seguinte figura.

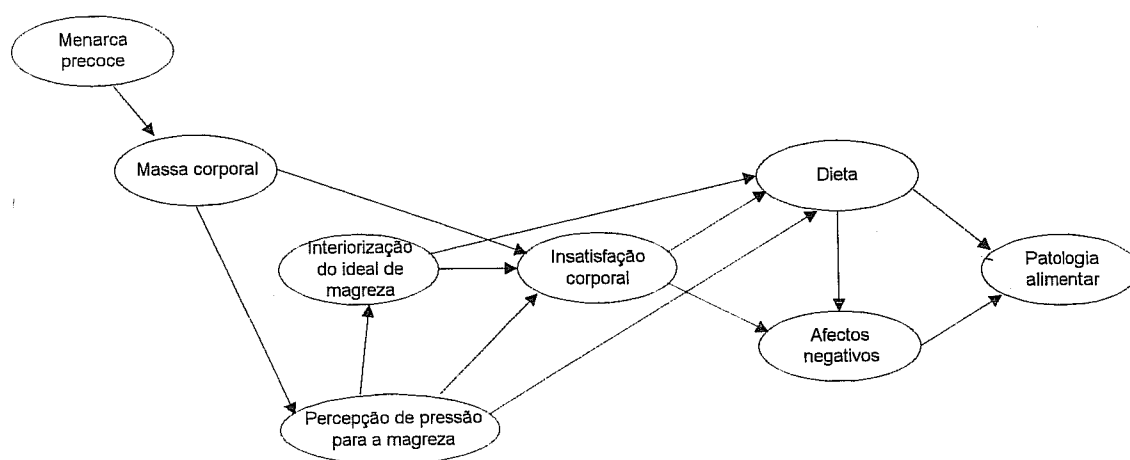


Figura 4 – Representação dos factores percursores e das consequências da insatisfação corporal (Stice & Shaw, 2002)

De acordo com os autores (Stice & Shaw, 2002) o ideal dominante de magreza associa-se à percepção de pressão cultural para a magreza nas mulheres (oriunda de diversas fontes entre as quais se encontram os media, os pares e a família) e à menarca precoce que provoca alterações abruptas na forma corporal. O “novo corpo”, mais redondo e com mais tecido adiposo, afasta-se mais marcadamente do corpo idealizado e a insatisfação corporal conduz a comportamentos de dieta acentuados o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa. A insatisfação corporal produz emoções negativas as quais o sujeito tenta evitar centrando-se na dieta e assuntos com ela relacionados reforçando a sua auto-estima através da sensação de auto-controlo.

Num estudo recente Schur, Sanders & Steiner (2000) encontraram níveis altos de insatisfação corporal em metade de uma amostra constituída por 209 crianças entre os 8 e os 13 anos. Este estudo revelou que metade destas crianças querem

perder peso e mostram interesse e/ou já se envolveram em dietas como forma de controlo do peso. Este estudo parece confirmar a hipótese de que a insatisfação corporal é um construto importante no desenvolvimento das perturbações alimentares e é adquirido precocemente na infância e não necessariamente durante ou após a puberdade. Este mesmo estudo revelou que quanto maior o índice de massa corporal maior a insatisfação corporal tanto em rapazes como em raparigas o que parece suportar a hipótese de que o peso elevado pré-mórbido é um factor de risco para a insatisfação corporal.

3.2.2.6 O Auto-controlo

Recentemente, um novo modelo considera como aspecto central na manutenção da anorexia nervosa o auto-controlo (Fairburn et al., 1999c). Este modelo explicativo da manutenção da anorexia nervosa é uma síntese e extensão de vários contributos. Fairburn et al. (1999c) reformulam os modelos anteriores (Fairburn & Cooper, 1989b; Fairburn, 1997) que assumiam como aspecto central das perturbações alimentares as distorções cognitivas acerca do peso e da forma corporal.

No novo modelo os autores apontam como característica central a necessidade de auto-controlo. A tendência para julgar o valor individual em termos de forma corporal e peso a necessidade de controlar a alimentação e que nas sociedades ocidentais é acumulada à necessidade de auto-controlo para explicar a anorexia nervosa (Fairburn et al., 1999c).

De acordo com este modelo, previamente ao estabelecimento da perturbação existe uma necessidade de controlo generalizada que poderá ser o produto da interacção da baixa auto-estima, e sentimento de ineficácia com o perfeccionismo que, como vimos, caracteriza os sujeitos com anorexia nervosa. As pessoas com anorexia nervosa provavelmente já tentaram controlar outros aspectos da sua vida (trabalho, desporto, etc) mas o controlo sobre a comida será aquele que se torna mais importante uma vez que é experimentado como “um sucesso comportamental num contexto de percepção de fracasso noutras áreas do funcionamento” (Slade, cit. in Fairburn et al., 1999).

A alimentação é o foco da necessidade de auto-controlo porque o sucesso com as restrições alimentares providencia evidência directa e observável da capacidade de auto-controlo. Em primeiro lugar, o controlo das outras áreas do funcionamento (desporto, escola, relações sociais) está mais dependente dos outros. As propriedades reforçadoras da restrição alimentar são especialmente salientes para os que valorizam o ascetismo- um conjunto de valores comum nas pessoas com anorexia nervosa. Em

segundo lugar, o controlo alimentar tem um efeito directo no ambiente, particularmente na família, uma influência que tem um especial significado quando existem relações disfuncionais. Em terceiro lugar, o foco na alimentação pode ser encorajado em famílias onde estes comportamentos são salientes e valorizados. Em quarto lugar, o facto de a perturbação se iniciar geralmente na adolescência pode também ser relevante uma vez que o controlo da alimentação providencia um meio de parar ou reverter a puberdade que representa, per se, uma ameaça ao auto-controlo.

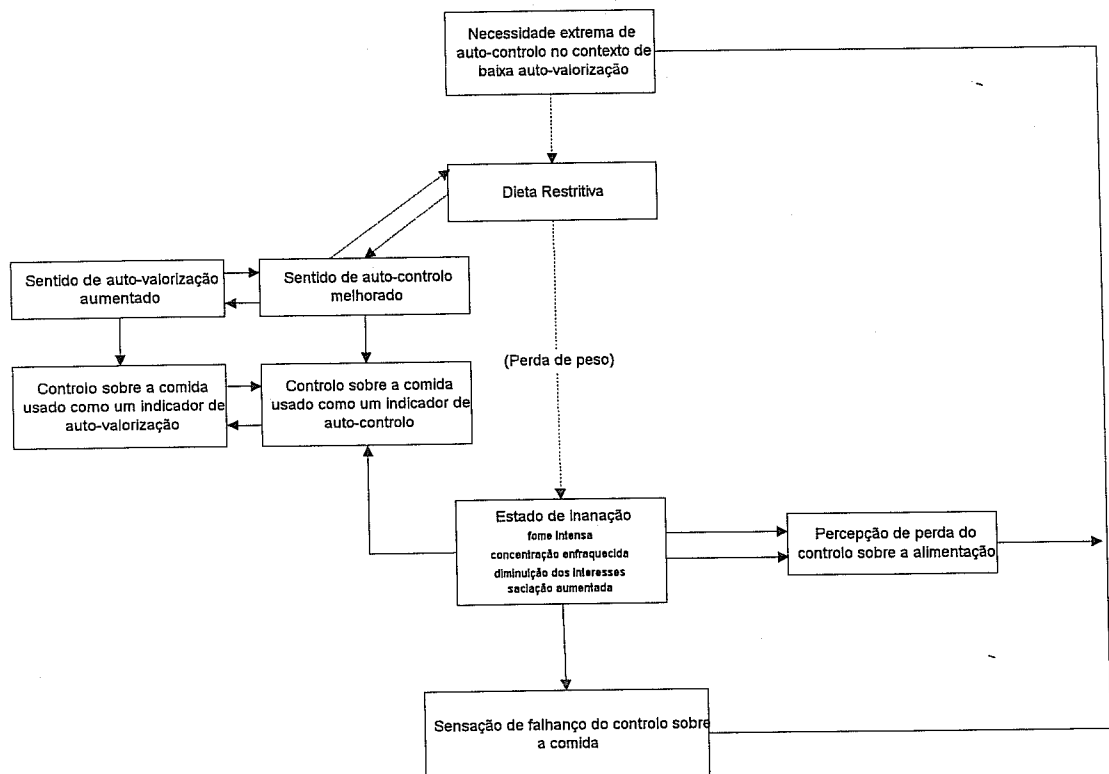


Figura 5 - Representação esquemática dos processos centrais envolvidos na manutenção da anorexia nervosa de acordo com o modelo de Fairburn et al. (1999)

De acordo com este modelo, os factores de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa dizem respeito aos eventos de vida que diminuam a percepção pessoal de auto-controlo (por exemplo, integração numa nova instituição de ensino).

Finalmente Fairburn et al. (1999c) salientam o facto de a associação entre restrição alimentar e a capacidade de controlo pode ser reforçada pelo valor que a sociedade coloca na dieta como forma de controlar a forma corporal e o peso. De acordo com Fairburn et al. existe um mecanismo de manutenção da anorexia nervosa especificamente cultural que opera em sociedades em que se procura atingir a magreza e evitar a gordura, e em que certos indivíduos tendem a julgar o seu valor

largamente em função da sua forma corporal e peso. Apresenta-se de seguida a representação gráfica do modelo de Fairburn et al. (1999c) para a manutenção da anorexia nervosa nas sociedades ocidentais. As áreas a cinzento representam os processos específicos da sociedade ocidental.

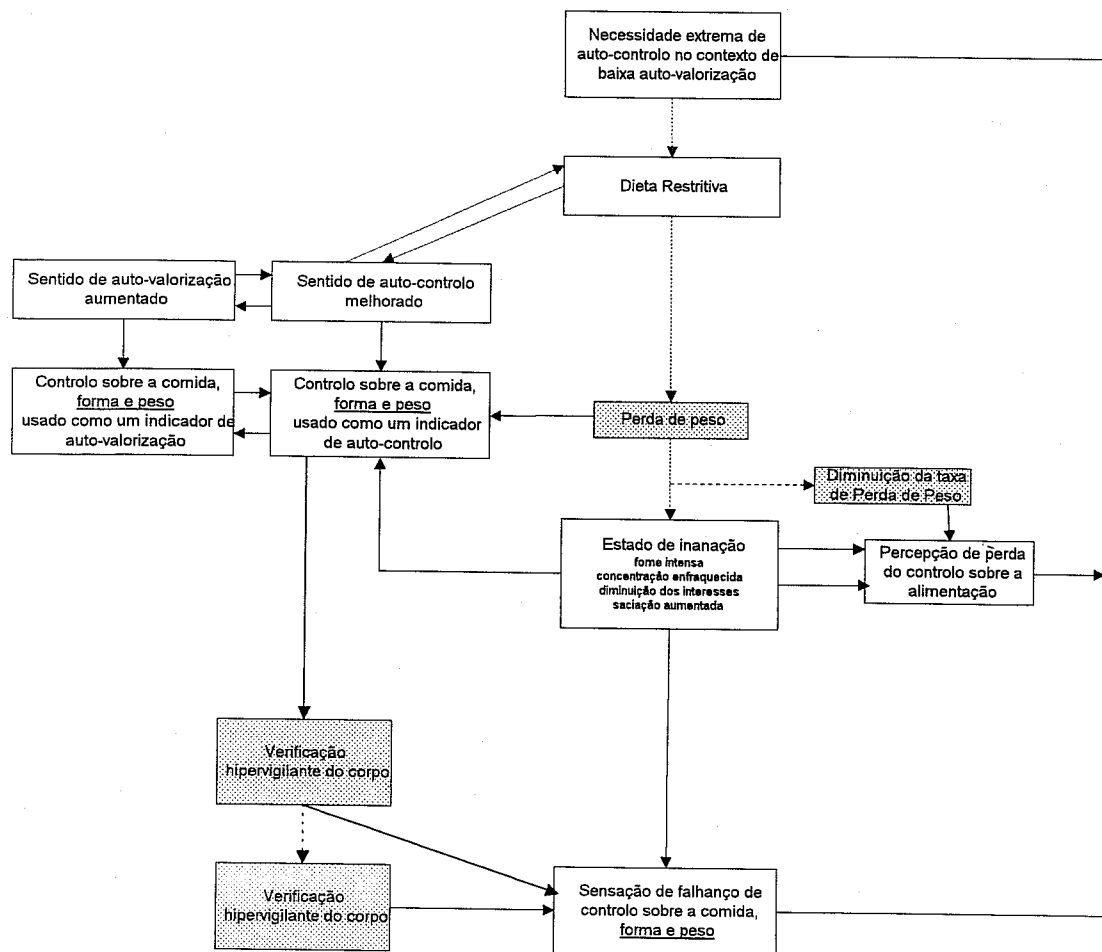


Figura 6 - Representação esquemática dos processos envolvidos na manutenção dos casos tipicamente ocidentais da anorexia nervosa (Fairburn et al., 1999c) .

Neste modelo essencialmente centrado no papel que as variáveis cognitivas têm na manutenção das perturbações alimentares, os autores salientam também o papel que os factores sócio-culturais têm como mecanismo de manutenção da anorexia nervosa e dos distúrbios do comportamento alimentar. Faz sentido, então, investigar as populações que estão mais expostas a este mecanismo. Este mecanismo terá maior influência em indivíduos que são mais sensíveis às mensagens enviadas pelo meio e que valorizam globalmente cada indivíduo em função da sua forma corporal e

do seu peso. Como já se viu, este tipo de mensagens é comum na representação mediática das mulheres: quanto mais magra, melhor.

3.2.2.7 O Perfeccionismo

O perfeccionismo é uma característica comum aos sujeitos com distúrbios alimentares e constitui um factor de risco para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares (Corcos et al., 2002; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999a; Macedo et al., 2002; Garner, 1991).

Num estudo comparativo feito com 67 sujeitos do sexo feminino com história de anorexia, 204 sujeitos como grupo de comparação, 102 sujeitos com perturbações psiquiátricas e 102 com bulimia nervosa, Fairburn et al. (1999a) concluíram que o perfeccionismo pré-mórbido e a auto-avaliação negativa parecem ser antecedentes comuns característicos de ambas as perturbações alimentares (Fairburn et al., 1999a).

Fairburn & Cooper (1989b) desenvolveram um modelo em que enfatizavam o papel que o perfeccionismo tem no desencadeamento e manutenção da bulimia nervosa. Este modelo é representado na seguinte figura.

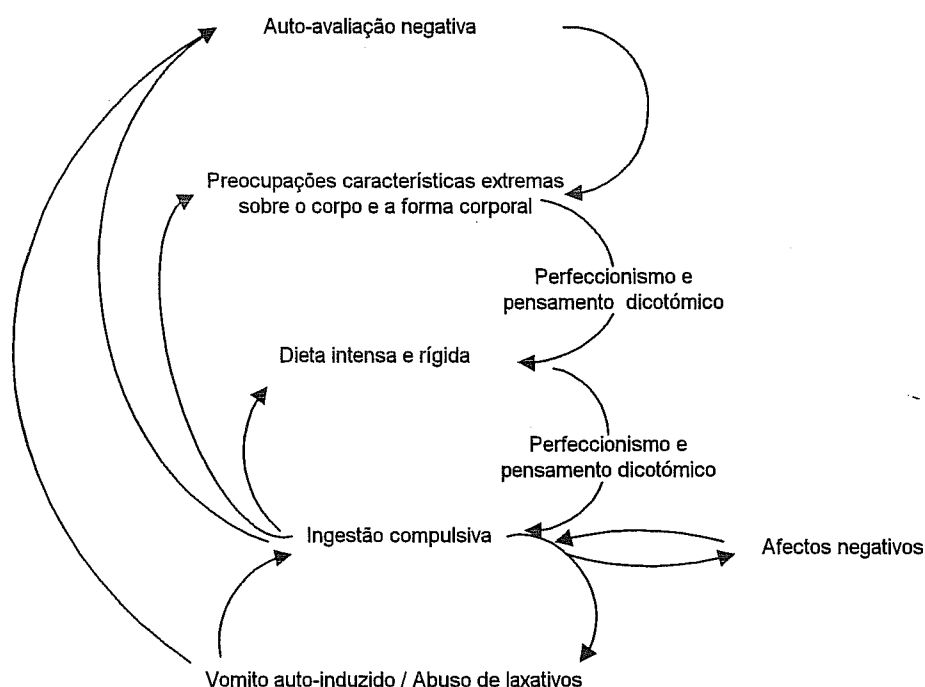


Figura 7 - A abordagem cognitiva do desenvolvimento e manutenção da bulimia nervosa (Fairburn & Cooper, 1989b)

De acordo como modelo de Fairburn & Cooper (1989b), e especificamente para a bulimia nervosa, estes autores defendem que o perfeccionismo se associa ao

pensamento de tipo dicotómico e conduz o indivíduo ao envolvimento em dietas intensas e rígidas.

O perfeccionismo pré-mórbido está presente nos sujeitos com perturbação de ingestão compulsiva que desenvolvem bulimia nervosa e não é uma característica relevante dos sujeitos que não desenvolvem bulimia nervosa (Fairburn et al., 1999a). O perfeccionismo é o factor de risco mais saliente que está presente nas jovens com bulimia nervosa e não está presente nas jovens com perturbação de ingestão compulsiva (Fairburn et al., 1999a).

As dietas restritivas parecem constituir um factor de risco para a posterior ingestão compulsiva de alimentos. Durante o período em que fazem dietas, muitas mulheres restringem o tipo de alimentos que ingerem excluindo dos seus hábitos alimentares os alimentos "proibidos". Estes são aqueles que, normalmente, elas crêem que têm um maior nível calórico. Quando suspendem as suas dietas estas mulheres tendem a ingerir compulsivamente este tipo de alimentos. Estas mulheres estão em maior risco de desenvolver padrões comportamentais purgativos característicos da bulimia nervosa como forma de eliminar os efeitos da ingestão de alimentos calóricos (Fairburn & Cooper, 1989b; Rodin et al., 1990). A patologia depressiva e ansiosa associada a esta perturbação decorre de sentimentos negativos acerca dos episódios de perda de controlo sobre a ingestão de alimentos (Fairburn & Cooper, 1989b).

Para Corcos et al. (2002) o perfeccionismo¹⁶ é uma característica clínica singular e particular. O perfeccionismo expressa comportamentalmente uma vulnerabilidade genética já existente nas doentes com anorexia nervosa. Num estudo português, Macedo et al. (2002) levantam uma hipótese semelhante, mas conceptualizam a vulnerabilidade genética como sendo comum tanto aos distúrbios obsessivos como às perturbações alimentares. Esta hipótese é apoiada na revisão de estudos com familiares feita por Macedo (cit in Macedo et al., 2002) no que diz respeito aos distúrbios obsessivos e na revisão feita por Collier (cit in Macedo et al., 2002) em relação às perturbações alimentares.

¹⁶ O perfeccionismo de acordo com Macedo et al (2002) que assenta no pensamento perfeccionista como "padrão cognitivo prototípico caracterizado pela crença de que existe um estado perfeito susceptível de ser atingido" (Macedo et al., 2002, pp. 169). Associado ao perfeccionismo temos um ciclo vicioso em que o sujeito se impõem metas inatingíveis, não as consegue atingir, coloca-se debaixo de pressão constante para não falhar, culpabilizando-se e criticando-se constantemente e diminuindo a auto-estima. Neste ponto pode desistir para iniciar novo ciclo em relação a novos objectivos. No caso das perturbações alimentares o 1º objectivo pode ser perder 2 quilos num mês, o 2º objectivo pode ser perder 2 quilos em 15 dias, etc.

De acordo com uma abordagem dimensional, as perturbações alimentares inserem-se no espectro obsessivo-compulsivo em cujo desenvolvimento o perfeccionismo, de acordo com Macedo et al. (2002) tem um papel central.

O modelo de Macedo et al. (2002) tenta explicar a forma como o perfeccionismo se constitui como factor de risco para o desenvolvimento de personalidade e sintomatologia obsessivo-compulsiva.

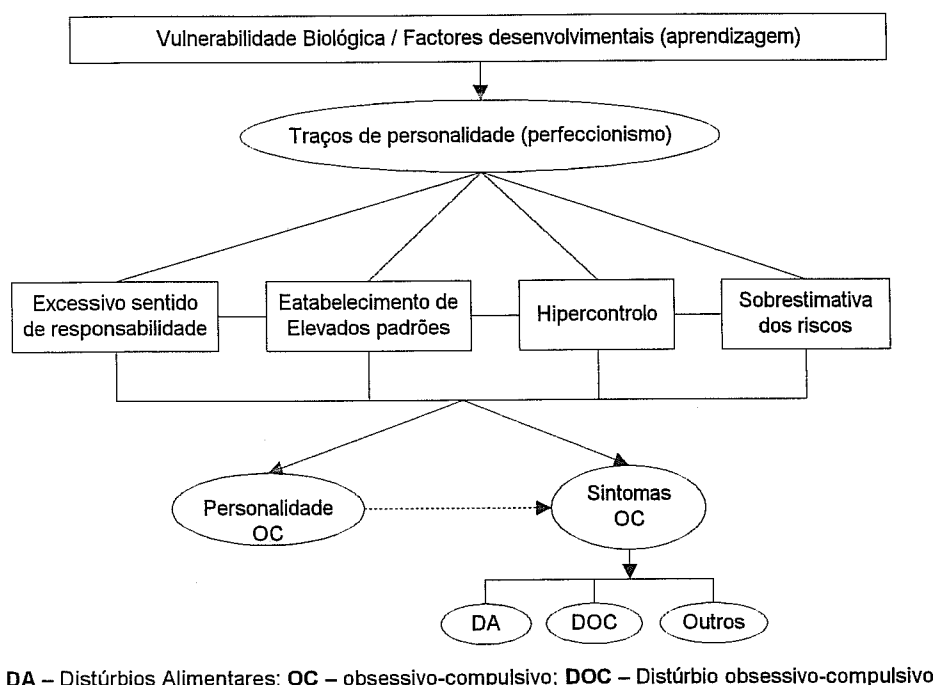


Figura 8 - Factores etiológicos, características cognitivas e consequências de perfeccionismo (Macedo et al. , 2002)

De acordo com este modelo as aprendizagens prévias contribuem para o desenvolvimento de traços de personalidade perfeccionistas que se traduzem em padrões excessivos, níveis elevados de controlo, excessivo sentido da responsabilidade e sobrestimativa dos riscos que criam vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do tipo obsessivo-compulsivo onde se enquadram as perturbações alimentares.

3.2.3 O Contexto Familiar

A família constitui o primeiro contexto onde se transmitem mensagens socio-culturais. É no seio familiar que se desenvolvem padrões comportamentais, afectivos e relacionais e onde se desenvolvem estilos de atribuição de significados. A

investigação acerca do papel da família na etiologia e manutenção das perturbações alimentares teve um aumento considerável a partir da década de 1990.

3.2.3.1 As Atitudes dos Familiares em Relação ao Peso

"As atitudes dos familiares em relação ao peso, aparência física e à realização de dietas pode ser uma variável moderadora (amplificar ou amortecer) da pressão socio-cultural para a magreza e realização de dietas" (Pinto-Gouveia, 2000). O risco de desenvolvimento de bulimia nervosa é maior em famílias que dão importância à aparência e à magreza (Corcos et al., 2002; Rodin et al., 1990). Este efeito pode ser exercido através dos comentários dos pais acerca do seu próprio peso, do peso e figura de outros ou dos comentários directos acerca da forma física e peso da criança ou adolescente. Entre os factores de risco para o desenvolvimento de perturbação de ingestão compulsiva, encontra-se uma maior exposição na infância e adolescência a comentários negativos acerca do peso e forma corporal por parte de familiares e pares (Fairburn et al., 1999a). Alguns autores consideram que a existência de uma irmã mais velha pode ter um papel determinante como modelo de comportamentos e atitudes disfuncionais ou protectoras em relação à imagem corporal (Rodin et al., 1990).

Os familiares, tal como os pares, têm um papel privilegiado no reforço e ampliação das mensagens difundidas pelos media e cultura circundante (Irving, 2001).

3.2.3.2 Psicopatologia nos Pais

A presença de psicopatologia nos pais constitui um factor de risco para a generalidade das perturbações psicológicas. São considerados factor de risco específicos para as perturbações alimentares a história de depressão e de obesidade na família (Andersen, 1999). De acordo com Fairburn et al. (1999) as perturbações psiquiátricas dos pais, a obesidade dos pais e a menarca precoce são factores de risco que distinguem as bulímicas dos grupos de jovens sem patologia (Fairburn et al., 1999a).

Dentro da população clínica, a presença de antecedentes psiquiátricos nos pais é mais elevada nas doentes com bulimia nervosa do que nas doentes com anorexia nervosa. É mais frequente a depressão nos pais dos sujeitos com bulimia nervosa do que nos pais dos sujeitos com anorexia nervosa (25% contra 8%). O alcoolismo e o abuso de drogas são mais frequentes nos pais dos sujeitos com bulimia nervosa (Fairburn et al., 1999a).

As mães com patologia do comportamento alimentar tendem a ter um efeito negativo nas atitudes e comportamentos dos seus filhos, alimentando-os

irregularmente, utilizando a comida para finalidades não nutritivas e expressando preocupações com o peso das suas filhas a partir de altura em que estas têm 2 anos (Agras, cit. in Polivy & Herman, 2002). Cerca de 50% dos filhos de mães com patologia do comportamento alimentar têm problemas psiquiátricos (Hodes et al., cit in Polivy & Hennen, 2002).

3.2.3.3 Padrões Alimentares na Família

Com o nascimento da criança a díade conjugal acumula as funções de díade parental e novos ritmos se impõem na organização das novas rotinas impostas pelas necessidades do bebé¹⁷ (Alarcão, 2000). A prestação de cuidados por parte das pessoas significativas, a satisfação das necessidades imediatas das crianças e a total dependência dos bebés para se alimentar nos primeiros meses de vida confere ao momento das refeições um estatuto privilegiado no desenvolvimento de vínculos afectivos. Concomitantemente, a criança interioriza e desenvolve significados acerca do valor comunicacional e hedónico da comida. Quando a mãe responde a cada sinal de desconforto da criança providenciando comida, esta não aprende a regular a ingestão de alimentos de forma adequada e interioriza que a ingestão de comida é uma forma de obter atenção e diminuir a ansiedade. Deste modo, os padrões alimentares iniciais, desenvolvidos na família podem ser determinantes na definição da relação que os sujeitos têm com a regulação da ingestão de alimentos.

As refeições são momentos de intensa interacção familiar. São ocasiões privilegiadas para a gestão de reforços e punições e para a transmissão de valores acerca da comida. As refeições são um veículo importante para o desenvolvimento de crenças acerca da comida (Rodin et al., 1990).

3.2.3.4 Dinâmica Familiar

Diversos estudos têm encontrado diferenças entre doentes com anorexia nervosa, bulimia nervosa e grupos de comparação relativamente à percepção de funcionamentos familiares diferentes (Pinto-Gouveia, 2000; Rodin et al., 1990). As doentes com anorexia nervosa do tipo restritivo percebem as suas famílias como mais rígidas, com pouca expressão aberta do conflito e maior organização (Corcos et al., 2002; Pinto-Gouveia, 2000). Actualmente estuda-se se o incentivo familiar à autonomização dos filhos funciona como factor de protecção para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Polivy & Herman, 2002). As doentes anorécticas do

¹⁷ Cada novo nascimento implica a reorganização familiar.

subtipo bulímico e as doentes com bulimia nervosa percebem as suas famílias como conflituosas, pouco encorajadoras da autonomização das filhas, menos coesas e com menor ajuda e apoio mútuo (Pinto-Gouveia, 2000; Rodin et al., 1990)..

Estudos feitos acerca dos tipos específicos de interação familiar que constituem risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares têm-se debruçado sobre a relação entre as filhas e as suas mães (Rodin et al., 1990). As mães das doentes com perturbações alimentares pensam que as filhas deveriam perder peso, estão mais descontentes com o funcionamento familiar e apresentam mais patologia do comportamento alimentar do que as mães das jovens sem perturbações alimentares (Polivy & Herman, 2002). Num estudo recente que acompanhou durante 5 anos os filhos de mães com perturbações alimentares, Park, Lee, Woolley, Murray & Stein (2003) verificaram que em comparação com outras crianças, as crianças com mães com patologia do comportamento alimentar têm mais representações maternas relacionadas com a comida e que estas crianças verbalizam mais frequentemente preocupações acerca da temática da comida, da forma corporal, das refeições e dos hábitos alimentares das mães.

Os pais também parecem ter um papel importante como transmissores de mensagens acerca dos padrões de beleza e dos comportamentos alimentares. Num estudo recente feito acerca da influência da figura paterna nos comportamentos de dieta das filhas adolescentes, Dixon (2003) verificou que os pais que valorizam a beleza, magreza e controlo alimentar como aspecto central da feminilidade têm mais probabilidade de ter filhas que utilizam a indução do vómito para controlo do peso.

A maior parte dos estudos feitos com as famílias são, naturalmente, correlacionais o que não permite dizer se é a disfunção familiar que contribui para as perturbações alimentares, se a disfunção familiar é consequência da existência na família de um membro com psicopatologia alimentar ou ainda se há um elemento comum que contribua para ambas as situações. Estudos prospectivos/longitudinais permitiriam perceber se estes padrões relacionais nas famílias estão na génese ou são a consequência das perturbações alimentares (Pinto-Gouveia, 2000; Polivy & Herman, 2002).

Por outro lado, mesmo que a família modele e encoraje comportamentos alimentares inadequados, valorize a magreza e reforce os comportamentos de dieta, é preciso considerar que outros factores de vulnerabilidade se associam e aumentam o risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Abordar-se-ão de seguida algumas destas dimensões.

3.3 Os factores Sócio-culturais e o Paradigma Feminista

Sendo o género um marcador fixo de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares, o paradigma feminista deu fortes contributos para a compreensão dos distúrbios alimentares numa perspectiva socio-cultural em que o papel de género constituía um factor central nos postulados e estudos desenvolvidos. Antes da descrição de alguns dos factores socio-culturais de risco para as perturbações alimentares, faz-se um enquadramento deste tipo de estudos no paradigma feminista.

Face aos dados epidemiológicos, pode-se considerar que o género constitui um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares, isto é, ser mulher é um factor de risco para o desenvolvimento de patologia alimentar. Por ter sido o mais óbvio e mais precocemente identificado factor de risco, o género foi um factor que marcou o tipo de população com que se fizeram grande parte dos estudos na área da psicopatologia alimentar. Durante a década de 1980 o paradigma feminista serviu de referencial para grande parte dos estudos efectuados e ajudou a chamar a atenção para muitas dimensões importantes do desenvolvimento, manutenção, tratamento e prevenção das perturbações alimentares. Nesta altura, o paradigma feminista dá um grande contributo para o desenvolvimento dos estudos na área das perturbações alimentares. A perspectiva feminista foca a sua atenção em assuntos de desigualdade social entre géneros e na questão de como a distribuição desigual do poder entre homens e mulheres pode contribuir para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Striegel-Moore, 1993). O paradigma feminista considera o género como variável central para a compreensão do comportamento humano, advoga uma visão positiva da mulher, adopta uma abordagem contextual, valoriza um espectro largo de metodologias de investigação e considera as implicações dos resultados da investigação para a mudança social (Striegel-Moore, 1993).

3.3.1 Paradigma Feminista Aplicado às Perturbações Alimentares

Em 1986, Striegel-Moore, Silberstein & Rodin (cit. in. Pietre, 2001) propõem um modelo que sublinha a influência de factores e valores socio-culturais no desenvolvimento das perturbações alimentares, particularmente na bulimia nervosa. Estes autores (Striegel-Moore et al., cit. in. Pietre, 2001) argumentaram que as mulheres são mais fortemente pressionadas socialmente do que os homens para a magreza e que sofrem com maior intensidade a estigmatização da obesidade. A beleza constitui um aspecto central na construção social da feminilidade e este

construto está, geralmente associado à magreza (Raich, 2001). As mulheres e jovens que internalizam e aderem mais prontamente a estas construções socioculturais de atracção correm maior risco de desenvolver perturbações alimentares e de depender da forma corporal para uma visão positiva de si mesmas (Raich, 2001). Striegel-Moore & Cachelin (2001) salientam que os modelos feministas foram inicialmente puramente culturais, descrevendo a anorexia nervosa como o resultado do “papel de subordinação da mulher na sociedade patriarcal” (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Este ponto de vista parece ter sido reforçado com o aparecimento da bulimia nervosa. O grande mérito da abordagem feminista foi o de ter chamado a atenção para o papel determinante que os factores de risco específicos têm na conceptualização destas perturbações, rompendo com a visão dominante do modelo médico que imperava até à década de 1970.

Quadro 9 - Fundamentos da abordagem feminista das perturbações alimentares (adaptado de Steiner-Adair & Purcell, 1996):

- “O pessoal é político”, isto é, é necessário oferecer uma compreensão das perturbações alimentares que inclua como aspecto central a crítica dos valores e normas socio-culturais que criam o contexto cultural em que aparecem as perturbações alimentares.
- As diferenças de género na epidemiologia das perturbações alimentares devem ser consideradas de uma perspectiva política.
- As perturbações alimentares são identificadas como uma estratégia de *coping* face aos eventos de vida adversos.
- A prevenção deve incluir uma oportunidade de resistir activamente e denunciar as fontes percepcionadas do problema (por exemplo, as imagens dominantes de mulheres nos media).
- Ensinar a história de outras épocas e culturas onde os valores culturais acerca da beleza feminina e dignidade conduziram a diferentes formas de magreza na mulher.

No entanto, estes modelos estritamente culturais explicativos da etiologia não têm sido suportados pela investigação empírica, uma vez que não se conseguiu desenhar uma investigação que utilize e controle a multiplicidade de factores envolvidos e propostos pelos trabalhos teóricos (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). A validade de uma abordagem puramente feminista é posta em causa pelos novos dados da investigação. A abordagem feminista enfatiza o papel que a cultura, ao

definir um papel social passivo e subordinado à mulher na sociedade patriarcal, tem na etiologia das perturbações alimentares. Como referido anteriormente, as perturbações alimentares parecem ter vindo a ser mais frequentemente detectadas em grupos específicos da população (por exemplo, certas modalidades desportivas, modelos do sexo masculino, homossexuais) o que coloca em causa os postulados mais restritivos da abordagem feminista. Contudo, a abordagem feminista das perturbações alimentares deu um contributo importante no desenvolvimento de programas de prevenção da patologia alimentar desenhados especificamente para diferentes populações (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998). Salienta-se também o facto de apesar de muitos dos argumentos da abordagem feminista não servirem para explicar a etiologia das perturbações alimentares, explicarem alguns dos mecanismos da manutenção das perturbações alimentares nas mulheres da sociedade ocidental (Fairburn et al, 1999). Dentro de um paradigma diferente, outros autores (Fairburn & Cooper, 1989b; Garner et al., 1987; Garner & Garfinkel, 1980; Garner 1991; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Garner, Garfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980; Raich, 2001; Russel, cit in. Silva, 1993) salientaram o impacto dos factores socio-culturais no desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares.

3.3.2 Os Factores Sócio-culturais

Vários autores consideram que a pressão social para a magreza é um dos factores que contribui de forma determinante para uma maior prevalência das perturbações alimentares na população feminina (Raich, 2001; Silva, 1993). Abordaremos de seguida alguns dos factores socio-culturais que têm sido referidos na literatura como factores de risco para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares especificamente nas mulheres.

3.3.2.1 O Papel dos Media

Os media têm sido frequentemente acusados de difundir um ideal de beleza distorcido e irrealista que promove a infelicidade e insatisfação corporal e, em última análise, favorece o alastramento das perturbações alimentares. Têm sido feitos estudos que tentam relacionar a exposição a imagens de magreza e o desenvolvimento de sintomatologia associada às perturbações alimentares. Polivy & Herman (2002) chamam a atenção para o resultado do estudo feito por Tiggemann & Picketing (cit in Polivy & Herman, 2002) que indica que as pessoas que sobrevalorizam ou estão mais insatisfeitas com a sua imagem corporal, tendem a

expor-se mais a conteúdos relacionados com esta temática. Para alguns autores (Rodin et al., 1990) a divulgação crescente de imagens 'glamourizadas' de mulheres através de vários meios de comunicação tem contribuído para a crescente interiorização destes modelos em diferentes etnias e níveis sócio-económicos.

A análise da página central da revista Playboy entre 1959 e 1979 e da evolução do índice de massa corporal da Miss América nas últimas décadas demonstrou que em ambos os casos as mulheres se tinham tornado significativamente mais magras. Em simultâneo, houve um aumento da publicidade a produtos e regimes dietéticos nas revistas femininas (Garner & Garfinkel, 1980). Esta tendência continua a replicar-se, sendo de salientar que a matéria inicial de estudo (Playboy e Miss América) representa mulheres com índice de massa corporal superior às modelos de alta costura e actrizes cuja imagem é divulgada nas revistas femininas e programas televisivos de moda (Garner, 1997).

Os estudos mais recentes (Irving, 2001) têm revelado inconsistências acerca do papel que a interiorização das imagens de magreza emitidas pelos diferentes media, tem no desenvolvimento das perturbações alimentares. A exposição a imagens 'glamourizadas' de magreza eleva os níveis de insatisfação corporal e de humor depressivo. Nas raparigas com índice de massa corporal normal este efeito causado pela exposição a conteúdos de magreza desaparece rapidamente (Durkin & Paxton, 2002). De acordo com Irving (2001) é necessário estudar os factores associados à resiliência (suporte social, prática de desporto) que se associam à menor interiorização e valorização destas imagens de magreza por alguns sujeitos.

3.3.2.2 O Estereótipo de Atractividade

As mulheres atraentes são percepcionadas como mais felizes, com maior êxito em diferentes áreas de funcionamento global e com maior número de atributos pessoais desejáveis (Pinto-Gouveia, 2000). Este estereótipo aplica-se e é vivido por pessoas de todas as idades, mais fortemente pelas mulheres jovens. No entanto, as mulheres diferem entre si na forma como internalizam e enfatizam a importância da atractividade. Rodin et al. (1990) hipotetizam que as mulheres que mais interiorizam os dogmas acerca da atractividade são as que mais valorizam a magreza e estão em maior risco para o desenvolvimento de patologia alimentar.

3.3.2.3 O Ideal Contemporâneo de Beleza

As perturbações alimentares não têm vindo a ocorrer uniformemente em todas as culturas em simultâneo. A preocupação e valorização da magreza está presente em

culturas ou sub-culturas de abundância. Em culturas de pobreza e grande carência, a forma ideal de beleza corporal é normalmente mais volumosa. Esta tendência parece indicar que os ideais de beleza estão normalmente associados ao que é difícil de atingir em determinado contexto (Polivy & Herman, 2002).

O ideal de beleza para as mulheres tem vindo progressivamente a tornar-se mais magro apesar de o índice de massa corporal médio das adolescentes ter vindo a tornar-se progressivamente maior¹⁸. Há uma discrepância entre o peso das figuras idealizadas e o peso real das mulheres. A investigação tem demonstrado que o ideal de beleza para as mulheres com perturbação alimentar é mais magro do que para as mulheres sem perturbação alimentar (Rodin et al., 1990). Da mesma forma que difunde e 'glamouriza' imagens de magreza, a sociedade difunde igualmente as estratégias para atingir o ideal dominante de beleza. No passado estas estratégias eram aplicadas através de meios externos ao indivíduo (por exemplo, o espartilho). Actualmente a prática das dietas tem colocado a ênfase no controlo interno (Rodin et al., 1990).

Alguns contextos específicos constituem terreno fértil para o desenvolvimento destas patologias. Dentro destes contextos encontramos os membros de profissões que exigem um corpo magro tais como as bailarinas, as modelos e as actrizes. O início do desenvolvimento da patologia alimentar parece estar relacionada com a entrada nestas actividades e a importância dada à magreza nestas culturas (Rodin et al., 1990). O facto de certas actividades colocarem uma atenção especial no corpo, constitui só por si risco para o desenvolvimento de patologia alimentar. Outras actividades, como por exemplo as ligadas ao desporto, colocam um ênfase acentuado no corpo, mas não parecem estar associadas às perturbações alimentares, talvez porque a instrumentalização do corpo para fins performativos seja protector em comparação com a utilização do corpo para fins estéticos (Rodin et al., 1990). Um facto que parece funcionar como protector nas mulheres, devido ao desafio que coloca aos padrões dominantes de beleza da cultura ocidental, é a orientação homossexual. Esta hipótese não está completamente confirmada pois não está suficientemente estudada (Andersen, 1999; Rodin et al., 1990). Num estudo Meyer, Blissett & Oldfield (2001) feito com homossexuais masculinos e femininos, os autores verificaram que as

¹⁸ No final do século XX o ideal de beleza associou-se à cultura da tonicidade muscular. Actualmente existe uma preocupação em estudar as síndromas associadas à imagem corporal e à prática desportiva como, por exemplo, a vigorexia que é caracterizada pela prática obsessiva de actividades físicas com o objectivo de atingir um ideal de beleza corporal associado às práticas atléticas.

lésbicas apresentavam maior índice de masculinidade do que os controlos e que este factor parecia proteger este grupo da sintomatologia de perturbação alimentar.

3.3.2.4 Grupo de Pares

Outro factor importante a considerar é a influência do grupo de pares. Os comportamentos de dieta podem servir para reforçar a ligação ou para aumentar a competição entre mulheres (Rodin et al., 1990). Nas mulheres os laços de amizade são consistentes com a preocupação com a imagem corporal, isto é, as amigas tendem a apresentar o mesmo padrão de preocupação com a imagem corporal (Polivy & Herman, 2002). É difícil avaliar qual o peso relativo da influência dos pares quando comparado com o das mensagens concordantes enviadas pelos media acerca da importância da magreza e em comparação com o tipo de mensagens enviadas pela família.

3.3.2.5 O Estereótipo do Papel Feminino

A crescente preocupação com a imagem corporal nas sociedades ocidentais associa-se a dois outros factores: a preocupação com o controlo do peso e a mudança do papel social da mulher (Gordon, 1990). A beleza e a magreza estão associadas à feminilidade (Meyer et al., 2001), sendo que diversos estudos comprovam que as mulheres mais magras são também percebidas como mais femininas (Rodin et al., 1990). A forma como as mulheres comem tem também efeito na percepção que os outros têm da sua feminilidade. As mulheres descritas como comendo pequenas quantidades de comida às refeições foram percebidas como mais femininas e atraentes. As mulheres restringem o montante de comida ingerida quando pretendiam causar uma impressão favorável nos homens (Mori, Chaiken & Pliner, cit in Rodin et al., 1990).

A diversificação e multiplicação de papéis para as mulheres não as liberta necessariamente da pressão para serem magras. As mulheres que desempenham papéis para além dos tradicionalmente designados para as mulheres (mãe e dona de casa) também se preocupam com a magreza e forma corporal (Rodin et al., 1990). Uma das explicações possíveis pode ser o facto de a imagem de magreza ser antagónica à imagem volumosa associada à mulher que desempenha o papel de mãe e esposa (Rodin et al., 1990). Outra explicação enfatiza o papel central do perfeccionismo nas perturbações. Esta dimensão está, também, associada à necessidade de conquista de êxito profissional (Gamer et al., 1983; Gamer, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984). De acordo com Rodin et al. (1990) a diversificação dos

papéis disponíveis para a mulher não se traduziu num aumento de modelos alternativos disponíveis, mas numa acumulação de papéis para o mesmo modelo de mulher, criando-se o mito da "super-mulher"¹⁹.

Apesar de todas as mulheres estarem expostas a este ideal de beleza, apenas algumas desenvolvem perturbações alimentares. O facto de se crescer numa cultura que valoriza e promove a magreza não constitui causa suficiente para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Polivy & Herman, 2002). O conjunto de factores socio-culturais pode aumentar a probabilidade de haver patologia do comportamento alimentar ou servir como factor de manutenção da perturbação. Estes factores têm um impacto diferente em sujeitos com diferentes vulnerabilidades.

¹⁹ O mito da "super-mulher" representa a pressão que existe (interna e/ou externa) para mulher que se multiplica em diversos papéis e seja eficaz em todos os seus desempenhos: carreira, família, vida social e beleza (Rodin et al., 1990).

4 Diferenças entre Géneros

Independentemente de se enquadrarem numa abordagem feminista dos fenómenos ou não, actualmente a maioria dos investigadores controla a variável género nos seus estudos. Outros fazem das diferenças encontradas entre géneros o seu objecto de estudo. A relativa raridade das perturbações alimentares e o facto destas serem mais comuns nas mulheres, faz com que a maior parte dos estudos se tenha vindo a focar essencialmente na população feminina e, consequentemente, pouco se saiba acerca da patologia do comportamento alimentar no homem. No entanto, o interesse pela psicopatologia alimentar nos homens tem vindo a crescer. Um dos factores que pode justificar este interesse é o facto de os centros de tratamento terem vindo a notar um aumento de pedidos de ajuda por parte da população masculina (Woodside et al., cit. in Lewinsohn et al., 2002). De seguida descrevem-se alguns estudos que apresentam dados significativos acerca das diferenças entre os géneros.

4.1 Estudos Comparativos

Wardle & Marsland (1990) estudaram transversalmente 846 jovens de ambos os sexos entre os 11 e os 18 anos, de vários níveis sócio-económicos, recrutados em várias escolas da zona de Londres com o objectivo de avaliar as suas atitudes face ao peso e à comida, à sua imagem corporal e ao controlo do peso. Os autores usaram o sexo e o nível sócio-económico como variáveis independentes e encontraram os dados que apresentamos de seguida no quadro seguinte.

Quadro 10- Dados do estudo de Wardle & Marsland (1990)

- Os comportamentos de dieta não estão correlacionados com a idade.
- A idade não está correlacionada com a preocupação com o peso.
- Existe insatisfação corporal nas faixas etárias mais baixas.
- Uma percentagem significativamente maior de raparigas apresenta preocupação com o peso.
- Uma percentagem significativamente maior de raparigas usa o exercício físico como estratégia específica para perder peso.
- A idade está correlacionada, nas raparigas, com a insatisfação corporal acerca de partes específicas do corpo, especificamente com o estômago, ancas, coxas e nádegas.
- As crianças de nível sócio-económico mais alto são mais magras e mais altas.
- As raparigas de nível sócio-económico mais alto são significativamente mais insatisfeitas com o seu corpo e mais preocupadas em perder peso.
- Nos níveis sócio-económicos mais elevados as raparigas apresentam uma insatisfação corporal geral acentuada que aponta para a normatividade desta dimensão psicológica neste nível sócio-económico.
- Os comportamentos de dieta são mais comuns nas raparigas de etnia brancas, de nível sócio-económico alto.

Os dados do estudo de Wardle & Marshal suportam a hipótese de que há diferenças entre os géneros relativamente à preocupação com peso e que este factor não é mediado pela idade. Nas raparigas a insatisfação corporal, mais acentuada do que nos rapazes, é melhor explicada pelo nível sócio-económico do que pela idade.

Mais recentemente, num estudo feito na comunidade com cerca de 1000 jovens adultos de ambos os sexos e de vários níveis sócio-económicos, Lewinsohn et al. (2002) tentaram identificar atitudes e comportamentos alimentares problemáticos em jovens do sexo masculino e compará-los com os dos jovens do sexo feminino. Para atingir este objectivo os autores recrutaram os entrevistados a partir de um estudo epidemiológico anterior: o *Oregon Adolescent Depression Project*. No projecto inicial, feito entre 1987 e 1989, participaram 1709 adolescentes entre os 14 e os 18 anos estes jovens foram entrevistados e avaliados extensivamente no que diz respeito a psicopatologia presente e prévia. Um ano depois os mesmos jovens foram reavaliados. Voltaram novamente a ser avaliados no seu 24º aniversário para o estudo de Lewinsohn et al. (2002). Para este terceiro momento, os autores construíram e utilizaram um questionário para avaliar os comportamentos e atitudes dos jovens

relativamente à alimentação. Este questionário incluía: questões sócio-demográficas, questões relativas à patologia do comportamento alimentar (construídas a partir das sub-escalas do questionário EDI-2 relativas à tendência para emagrecer, insatisfação corporal e bulimia) e ainda questões retiradas dos critérios diagnóstico da DSM-IV relativas aos métodos purgativos, exercício excessivo e perturbação de ingestão compulsiva. Os autores concluíram que as mulheres apresentam mais sintomatologia de patologia do comportamento alimentar do que os homens e este resultado é melhor explicado pela pontuação obtida nas sub-escalas de insatisfação corporal e de tendência para emagrecer. No entanto, os homens apresentam maior pontuação no exercício excessivo. Esta dimensão não se mostrou, no geral, relacionada com o índice de massa corporal ou com outros factores.

Neste estudo (Lewinsohn et al. 2002), as dimensões psicológicas que mais contribuem para o maior valor encontrado entre mulheres, em comparação com os homens, de perturbação alimentar são a insatisfação corporal e a tendência para emagrecer que aparecem fortemente associadas.

Num outro estudo (Cachelin, Striegel-Moore, Elder, Pike, Wilfley & Fairburn, 1999) feito acerca a ingestão compulsiva de alimentos, ambos os sexos reportam montantes semelhantes de comida consumida e padrões semelhantes de ingestão de alimentos. No entanto as mulheres, mais do que os homens, referem associação destes episódios com sentimentos de perda de controlo, sentimentos negativos e percepção de anormalidade. Finalmente, os autores encontraram dados que confirmam outros estudos que, para os mesmos níveis de patologia, as mulheres procuram mais tratamento do que os homens (Cachelin et al., 1999).

Quadro 11 - Quadro resumo dos dados encontrados por Cachelin et al. (1999) e Lewinsohn et al. (2002)

- As mulheres apresentam mais sintomatologia de patologia do comportamento alimentar do que os homens.
- Os homens apresentam maior pontuação no exercício excessivo.
- As mulheres, mais do que os homens referem associação de episódios de ingestão compulsiva com sentimentos de perda de controlo, sentimentos negativos e percepção de anormalidade acerca destes episódios
- Os homens fazem mais exercício físico excessivo.
- Para os mesmos níveis de patologia, as mulheres procuram mais tratamento do que os homens.

Os estudos, apesar das diferenças metodológicas, apresentam resultados que chamam a atenção para as diferenças entre os géneros relativamente à psicopatologia alimentar. Estes resultados reforçam o argumento de que a maior parte dos estudos epidemiológicos feitos com populações clínicas dão uma visão enviesada da real distribuição das perturbações alimentares por género uma vez que os homens parecem constituir uma “população escondida” que não procura habitualmente ajuda. Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson (1995) fizeram um estudo com 25 homens com perturbações alimentares e concluíram que estes, de forma mais sistemática do que as mulheres, tendem a esconder e a mentir acerca do seu distúrbio alimentar, mostrando-se envergonhados e secretos acerca deste assunto. A falta de instrumentos de avaliação clínica desenhados tendo em conta a especificidade da população masculina explica, também a dificuldade em encontrar dados mais precisos acerca das taxas de prevalência na população masculina (Tylka & Subich, 2002). Pope (2001) salienta que estas limitações não permitem que as perturbações alimentares sejam estudadas na população masculina o que dificulta o estudo e a compreensão das dimensões específicas associadas à patologia do comportamento alimentar nos homens.

4.2 Aspectos Específicos das Perturbações Alimentares nos Homens

Estudos epidemiológicos recentes apontam para uma mudança na distribuição por género da anorexia nervosa. Woodside (cit. in Corcos et al., 2002) num estudo feito na comunidade encontrou uma proporção de anorexia nervosa de 1 homem para cada 4 mulheres. A manifestação deste quadro clínico no homem é semelhante à apresentada pela mulher. No homem a perda da libido e da capacidade erétil é considerado um sintoma fisiológico equivalente à amenorreia na mulher. No homem encontram-se mais frequente associada à anorexia nervosa: a obesidade pré-mórbida, as perturbações da personalidade e problemas com a identidade sexual (Corcos et al., 2002).

A bulimia nervosa no homem não assume formas diferentes da bulimia nervosa na mulher. Supõe-se que a conotação que a doença tem com a feminilidade contribui para que um grande número de homens esconda a perturbação e não procure tratamento (Corcos et al., 2002; Lewinsohn et al., 2002).

Enquanto que aos 13 anos, 80% das raparigas já fizeram uma dieta para perder peso (Mellin, Scully & Irving, cit. in Rodin et al., 1990) e por volta dos 18 anos, 80% das raparigas “sentem-se” gordas ou desejariam perder peso (Craighead & Kirkley, 1994), os jovens do sexo masculino têm mais probabilidade de querer ganhar peso (isto é, ganhar massa muscular²⁰) (Craighead & Kirkley, 1994) o que os pode tornar mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação de ingestão compulsiva e à prática de exercício físico excessivo do que às síndromas completas perturbações alimentares.

4.3 O Papel Mediador da Orientação Sexual

Nos homens, a orientação homossexual parece funcionar como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Yager, Kurtzman, Landsverk & Wiesmeier (1988) fizeram um estudo comparativo com uma amostra de estudantes universitários e verificaram que os estudantes homossexuais relataram elevações significativamente maiores na quase totalidade das sub-escalas do EDI-2. Estudos mais recentes parecem confirmar este dado (Striegel-Moore & Andersen, 1999). Meyer et al. (2001) demonstraram que o papel que a orientação sexual tem como factor de risco no desenvolvimento das perturbações alimentares é mediado pela feminilidade e masculinidade. De acordo com o estudo comparativo feito por estes autores com homens e mulheres homossexuais e grupos de comparação, as diferenças encontradas de maior patologia alimentar nos homens homossexuais é melhor explicada pelo constructo da feminilidade. Esta dimensão está associada à maior presença de perturbações alimentares. A feminilidade é mais intensa nas mulheres heterossexuais e nos homens homossexuais do que nos homens heterossexuais (Meyer et al., 2001; Muren & Smolak, cit. in Meyer et al., 2001). Este dado parece confirmar a hipótese de que os factores socio-culturais são uma variável importante na etiologia das patologias do comportamento alimentar.

Passa-se a apresentar no seguinte quadro o resumo das características que diferenciam homens e mulheres nas dimensões associadas às perturbações alimentares.

²⁰ Recentemente Pope (2001) descreveu o Complexo de Adónis como sendo o conjunto de perturbações associadas à preocupação com a imagem corporal no homem. Esta preocupação difere da da mulher, uma vez que a preocupação central no homem é a aquisição de massa muscular.

Quadro 12 - Aspectos específicos referentes ao género (adaptado de Andersen, 1999)

Dimensão	Mulheres	Homens
Epidemiologia	1% tem anorexia nervosa 3% a 4% têm bulimia nervosa 75% percebem-se como "fortes" ou "com excesso de peso".	1:6 (homem:mulher) e 1:20 (homem:mulher) ratio para anorexia e bulimia respectivamente 1:2 (homem:mulher) ratio para ingestão compulsiva de alimentos
Tipicidade da insatisfação corporal	Principalmente da cintura para baixo. Preocupação com o peso é maior do que com a forma corporal. 75 a 80% desejam perder peso.	Principalmente da cintura para cima. Preocupação com a forma é maior do que com o peso. 40% desejam perder peso, 40% desejam ganhar peso
Orientação sexual	Orientação lésbica é ligeiramente protectora	Orientação homossexual aumenta a vulnerabilidade
Objectivos para além da perda de peso	Nenhuns: os objectivos socio-culturais são suficientes	Desejo de aumentar a performance atlética; evitar a doença médica; aumento dos contactos homossexuais
Ganho social com a magreza	Alto	Baixo (magreza confundida com doença terminal)
Diagnóstico	Amenorreia é critério optativo quando a psicopatologia central e a perda voluntária de peso está presente.	Avaliar a perda de interesse sexual ou baixa dos níveis de testosterona.

4.4 Diferenças entre Géneros em Estudo feito com Jovens Estudantes em Portugal

Num trabalho recente, Pocinho (2000) fez um estudo em Portugal acerca da relação entre perturbações alimentares, dietas, peso e insatisfação corporal num grupo de 549 jovens estudantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre

os 12 e os 22 anos. Apresenta-se no seguinte quadro um resumo dos dados referentes às diferenças entre géneros encontrado no estudo de Pocinho (2000).

Quadro 13 - Dados referentes às diferenças entre os géneros encontrados no estudo de Pocinho (2000)

- Existem significativamente mais raparigas do que rapazes com tendência para a magreza.
- A preocupação com o peso inicia-se mais cedo nos rapazes, mas essa tendência vai diminuindo e inverte-se a partir da adolescência.
- A partir da adolescência mais raparigas do que rapazes têm preocupações elevadas com o peso.
- São as jovens do sexo feminino que mais reduzem a ingestão de alimentos e que mais se descontrolam apresentando episódios de empanurramento.
- As preocupações com o peso aumentam à medida que o índice de massa corporal aumenta nas raparigas.
- As raparigas estão significativamente mais insatisfeitas com o seu corpo do que os rapazes.
- A insatisfação corporal está relacionada com o índice de massa corporal alto.
- Um número significativo maior de jovens do sexo feminino apresenta história de dieta (84,8% nas raparigas, 15,2% nos rapazes).
- Um maior número de rapazes do que raparigas envolve-se em episódios de ingestão massiva de alimentos.

Os dados recolhidos por Pocinho (2000) são concordantes com os obtidos por Sampaio et al. (1999) e permitem concluir que em Portugal, à semelhança dos outros países estudados, há maior vulnerabilidade entre as jovens adolescentes do sexo feminino para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

5 Diferenças entre Etnias

5.1 Conceptualização Sócio-cultural das Perturbações Alimentares: Estudos com Diferentes Etnias

Por influência dos modelos socio-culturais de compreensão das perturbações alimentares, considerou-se que não pertencer à etnia branca funcionava como factor protector para o desenvolvimento de psicopatologia alimentar. As patologias do comportamento alimentar eram consideradas perturbações exclusivas das mulheres brancas da sociedade ocidental. As patologias do comportamento alimentar concentravam-se nas classes sociais mais altas e em culturas de abundância (Polivy & Herman, 2002). No entanto, à medida que a nossa cultura se foi tornando mais homogénea também as perturbações alimentares tendem a democratizar-se.

Tradicionalmente considerava-se que, entre a população dos Estados Unidos da América, as afro-americanas estariam protegidas do desenvolvimento de perturbações alimentares uma vez que na sua cultura a magreza não seria tão valorizada. Os homens afro americanos aparentemente preferiam mulheres mais pesadas do que os homens de etnia branca e as crianças afro-americanas apresentam idealizações físicas com maior índice de massa corporal do que as crianças de etnia branca (Pike et al., 2002). Os dados relativos à população dos Estados Unidos da América indicam a existência na população geral de um maior índice de massa corporal nas afro-americanas do que nas mulheres de etnia brancas (Pike et al., 2002; Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm & Fairburn, 2000). No entanto, a homogeneização cultural e a aculturação das minorias étnicas, parece ter retirado ao à pertença a uma determinada etnia o seu papel protector (Polivy & Herman, 2002).

5.1.1 Considerações acerca dos Estudos Comparativos entre Etnias

A maior parte dos estudos comparativos que estudam a variável etnia têm sido feitos com minorias étnicas nos Estados Unidos da América. Estes estudos comparam essencialmente mulheres negras com mulheres de etnia brancas. Outros estudos comparativos incluem, invariavelmente, amostras de sujeitos de etnia hispânica e asiática (Cachelin et al., 2000). Os estudos desenvolvidos incidem essencialmente nos aspectos epidemiológicos relativos à psicopatologia alimentar.

Os estudos mais recentes têm vindo a demonstrar que a prevalência e incidência destes distúrbios tem vindo a aumentar nas diferentes etnias existentes nos Estados Unidos da América. Ainda não é completamente claro, mas esta tendência parece ser explicada através dos processos de aculturação. Os desenhos de investigação têm vindo a recolher dados dentro das populações não clínicas e tem havido maior cuidado no controlo empírico da associação entre nível sócio-económico e etnia (Striegel-Moore et al., 2000). Os estudos epidemiológicos feitos com populações clínicas não devem ser usados como ilustrativos da distribuição étnica das perturbações alimentares, uma vez que as populações das minorias étnicas têm menor acesso aos cuidados de saúde e procuram menos o tratamento (Pike et al., 2002).

5.1.2 Estudos que encontram Diferenças entre Etnias

Os estudos epidemiológicos continuam a encontrar diferenças entre populações. Na população afro-americana a tendência parece ser para a predominância do quadro de ingestão compulsiva de alimentos, uma perturbação não mediada pelo impulso para a magreza (Polivy & Herman, 2002). Já Fitzgibbon, Spring, Avellone, Blackman, Pingitore & Stolley (cit in Yanovski, 2000) encontraram uma prevalência de perturbação de ingestão compulsiva semelhante entre hispânicos, caucasianos e afro-americanos, mas com maior severidade de sintomas nas mulheres hispânicas. Num estudo comparativo recente feito na comunidade nos Estados Unidos da América (Pike et al., 2002) com 150 mulheres com perturbação de ingestão compulsiva e 150 sem perturbação, as mulheres de etnia branca com perturbação de ingestão compulsiva têm 8 vezes mais probabilidade de apresentar história de bulimia nervosa. As mulheres negras apresentam menor desconforto perante a sintomatologia de perturbação de ingestão compulsiva do que as mulheres de etnia branca (Pike et al., 2002)

5.1.3 Estudos que encontram Semelhanças entre Etnias

As mulheres de etnia hispânica e negra nos Estados Unidos da América apresentam níveis de insatisfação corporal semelhantes aos das mulheres brancas. No entanto as mulheres das etnias minoritárias tendem a praticar menos exercício, fazer menos dieta ou a classificar-se menos como pouco atraentes (Cachelin et al., 2000). De acordo com estes autores, apesar de apresentarem níveis de insatisfação corporal semelhantes aos das mulheres de etnia branca, as mulheres afro-americanas

envolvem-se menos em comportamentos de controlo patogénico do peso. No entanto, os comportamentos purgativos associados à bulimia nervosa e ao subtipo purgativo/bulímico da anorexia nervosa têm vindo a aumentar nas diferentes etnias nos Estados Unidos da América (Striegel-Moore et. al, 2000). Nas mulheres de etnia não branca a insatisfação corporal não parece funcionar como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares ou de comportamentos de controlo de peso. É necessário estudar e precisar quais os indicadores de insatisfação corporal nestes grupos, uma vez que esta pode não estar relacionada com o peso mas sim com outros atributos relativos à forma e funcionamento corporal. Poderão também funcionar mecanismos de protecção específicos de determinada cultura que diminuem o potencial do factor de risco. As mulheres negras nos Estados Unidos da América tendem a apresentar uma maior auto-estima, e a percepcionaram-se como mais magras do que realmente são (Cachelin et al., 2002). Estes factores podem ser protectores em relação ao desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Nos Estados Unidos da América, na zona de Los Angeles, foi feito um estudo que pretendia avaliar as diferenças entre etnias no que diz respeito à imagem corporal e à massa corporal (Cachelin et al., 2002) com um grupo de homens e mulheres de diferentes grupos étnicos. Este grupo de 1229 sujeitos era constituído por 801 mulheres e 402 homens de diversas etnias (branca, negra, hispânica e asiática), idades, nível sócio-económico e nível de escolaridade. Através da cotação de imagens desenhadas²¹ os participantes foram avaliados no que diz respeito à percepção da sua imagem corporal, à sua imagem ideal, a imagem corporal que julgam mais atraente no sexo masculino e feminino, a imagem que julgam que o sexo oposto considera mais atraente. Foi pedido aos participantes para seleccionarem as imagens que representam: uma mulher e um homem com peso abaixo do normal, com peso normal, com excesso de peso, com obesidade, a figura mais magra e mais gorda aceitável para uma mulher e para um homem, a figura mais magra e mais gorda aceitável para o próprio, a figura mais magra e a mais gorda que o sexo masculino acha geralmente aceitável para uma mulher e vice versa. Os dados finais desta investigação não suportam a hipótese de que haja preferência ou maior tolerância face aos corpos mais volumosos nas etnias negra e hispânica. As mulheres de etnia hispânica e negra apresentaram níveis de insatisfação corporal equivalentes às mulheres de etnia branca. As mulheres de etnia branca apresentam a figura que julgam ser mais atraente para os homens como mais magra do que as outras mulheres. Os homens

²¹ O conjunto de figuras utilizadas é constituído por 9 desenhos de corpos do sexo feminino e 9 desenhos de corpos do sexo masculino que variam entre a magreza extrema e a obesidade.

das diferentes etnias não diferiram entre si na classificação da figura feminina mais atraente ou aceitável relativamente à magreza e excesso de peso. Os autores deste estudo controlaram o nível sócio-económico e concluíram que as diferenças encontradas podiam ser explicadas por este factor. O estudo foi feito com população de etnias diferentes, mas já integradas na sociedade dos Estados Unidos da América uma vez que sabiam ler e escrever inglês. A aculturação poderia ser um factor explicativo da homogeneização dos resultados entre as diferentes etnias nas faixas etárias mais baixas (Cachelin et al., 2002).

De seguida serão referidos alguns estudos que salientam o papel mediador do nível sócio-económico e da aculturação no desenvolvimento das perturbações alimentares em diferentes etnias.

5.1.4 O Papel Mediador do Nível Sócio-Económico e da Aculturação

Existem autores que consideram um mito a prevalência de distúrbios alimentares nas mulheres de etnia branca de níveis sócio-económicos mais altos. Para estes autores, estes estereótipos têm uma base sólida no que diz respeito às diferenças entre géneros, isto é, é indubitável que há maior taxa de perturbações alimentares nas mulheres. No entanto, os aspectos transculturais e sócio-económicos têm sido mal estudados, uma vez que os trabalhos de investigação têm sido conduzidos maioritariamente em universidades e hospitais onde a população é predominantemente de etnia branca de nível sócio-económico médio alto e/ou alto o que coloca sérios problemas no que diz respeito à sua generalização para o resto da população (Yanovski, 2000). As barreiras para a procura e manutenção do tratamento das perturbações alimentares entre mulheres de etnias minoritárias nos Estados Unidos da América podem ser melhor explicadas pela diferença de nível sócio-económico do que por factores especificamente ligados à etnicidade (Striegel-Moore et al., 2000).

As mulheres negras com nível sócio-económico alto têm um padrão de insatisfação corporal e de patologia do comportamento alimentar semelhante ao das mulheres brancas (Caldwell et al. cit. in Polivy & Herman, 2002). As diferenças encontradas entre a etnia branca e a negra podem ser explicadas através das diferenças de nível sócio-económico existentes entre estas diferentes etnias.

Entre as mulheres de etnia negra e hispânica nos Estados Unidos da América as pertencentes ao nível sócio-económico alto estão insatisfeitas com o seu corpo. As

mulheres de etnia negra e hispânica de nível sócio-económico baixo e médio estão mais insatisfeitas com seu corpo, mas isto não é rigorosamente equivalente ao facto de estas etnias e culturas serem mais tolerantes ou idealizarem corpos com maior massa corporal como inicialmente se pensava (Cachelin et al., 2002).

De acordo a revisão feita por Cachelin et al. (2002), no início da década de 1990 os estudos feitos com rapazes em idade universitária de etnia negra nos Estados Unidos da América indicavam que estes preferiam figuras femininas mais volumosas do que os controlos de etnia branca. A tendência tem vindo a alterar-se, e actualmente os estudos não encontram diferenças entre hispânicos, negros, caucasianos e asiáticos do sexo masculino na idealização da figura feminina. Esta mudança pode ser explicada pelo facto de a cultura ocidental ter incorporado nas suas referências modelos de outras etnias. Na cultura ocidental têm-se apresentado e difundido representações de corpos de várias etnias idealizados de forma equivalentes aos modelos anteriormente apresentados para a etnia branca dominante. Parece útil ilustrar esta tendência através do produto cultural provavelmente mais consumido pelos adolescentes: a música.

A Music Television²² é essencialmente vista por adolescentes e constitui uma actividade que, nos níveis sócio-económicos mais baixos dos Estados Unidos da América, chega a ocupar tanto tempo da sua vida como o dedicado às actividades escolares (Sun & Lull, 1986). Na década de 1980, a população que mais via a MTV era a dos adolescentes pertencentes a minorias étnicas (Sun & Lull, 1986), isto apesar de 83% dos videoclips apresentados se referirem a bandas ou cantores de etnia branca (Brown & Campbell, 1986). Estudos acerca dos conteúdos dos videoclips e comerciais apresentados pela Music Television (MTV) nos Estados Unidos da América vieram demonstrar que os videoclips têm vindo a apresentar modelos de mulher cada vez mais diversificados em termos étnicos, mas progressivamente mais homogéneo em termos de exposição de partes do corpo²³ e de volume corporal progressivamente mais reduzido (Pardun & McKee, 1995; Sommers-Flanagan, Sommers-Flanagan & Davis, 1993).

Garner (1997) refere que jovens de outras culturas mais tolerantes com o peso que vão assimilando a importância dada à magreza da cultura ocidental, tornam-se mais ansiosas com a possibilidade de engordar o que, conseqüentemente, explica o

²² A Music Television (MTV) é um canal de televisão exclusivamente dedicado à transmissão de conteúdos relacionados com a indústria discográfica.

²³ Em meados da década de 1990, mais de um terço das mulheres apresentadas nos clips da MTV usam roupas "reveladoras", isto é, que mostram mais de metade da extensão da pele, contra cerca de 4% dos homens (Pardun & McKee, 1995).

aumento da sintomatologia de perturbações alimentares nestas populações (Garner, 1997). Esta ideia parece ser suportada por um estudo feito por Cachelin et al. (2000) que correlaciona a aculturação²⁴, a etnia e as perturbações alimentares que demonstrou que quanto maior a aculturação dos sujeitos mais equivalente é o tipo e a prevalência de perturbações alimentares em relação aos sujeitos de etnia branca. Mostrando a mesma tendência, quanto maior a aculturação, maior a procura e manutenção dos sujeitos em programas de tratamento para as patologias do comportamento alimentar (Cachelin et al., 2000). Neste mesmo estudo os autores salientam que a maior aculturação também se traduz nas melhorias da qualidade de vida e maior acesso aos cuidados de saúde.

Os dados dos estudos parecem indicar que as diferenças relativas à epidemiologia das perturbações alimentares e nos níveis de insatisfação corporal e dos valores do índice de massa corporal nas diferentes etnias podem ser explicadas pelo nível sócio-económico e pela aculturação das minorias étnicas (Pike et al., 2002).

²⁴ A aculturação foi medida pelos autores equacionando 4 variáveis: domínio da língua inglesa, ser ou não bilingue, país de origem do próprio e o país de origem dos pais (Cachelin, Veisel, Barzegarnazari & Striegel-Moore, 2000).

6 Perturbações Alimentares em Desportistas

6.1 Conceptualização Sócio-Cultural das Perturbações Alimentares e Estudos com Desportistas

A maioria dos estudos feitos com desportistas na área das perturbações alimentares tem demonstrado que esta população está em risco para o desenvolvimento destas perturbações sendo um grupo onde a sua prevalência é maior do que na população geral (Benson, Alleman, Theinz & Howald, 1990; Garner et al., 1998; Thrash, 2000). Numa revisão de 23 estudos, Brownell & Rodin (cit. in Sherman & Thompson, 2001) concluíram que muitos desportistas têm problemas com o controlo patogénico do peso, práticas de restrição alimentar, preocupação com a magreza e tendência para emagrecer. A explicação mais comum é que a pressão para a dieta e para a magreza pode desencadear perturbações alimentares e comportamentos de restrição alimentar nos sujeitos previamente mais vulneráveis (Garner et al., 1998). No entanto, deve-se ter em conta que certos desportos possuem características que os tornam mais atractivos para pessoas com vulnerabilidade prévia para a perturbação alimentar²⁵ e preocupação com a imagem corporal (Garner et al., 1998). Os desportistas parecem incorporar o ideal dominante contemporâneo de beleza: tonificados, activos, esbeltos, magros, com visibilidade mediática e com sucesso. Assim, é natural que pessoas que valorizem a beleza física e que se preocupem com a imagem corporal se envolvam em actividades desportivas regulares.

Os estudos feitos com desportistas têm tido como objectivo determinar a prevalência das perturbações alimentares ou dos comportamentos de controlo patogénicos de peso neste grupo. Estes comportamentos incluem várias estratégias inadequadas para perder peso que incluem o vômito auto-induzido, o uso de laxativos, o uso de diuréticos, o uso de medicamentos para emagrecer, e a prática de exercício físico excessivo (Thrash, 2000). Estes comportamentos de controlo patogénico do peso têm potenciais efeitos nocivos para a saúde e para a performance dos desportistas (Rosen & Hough, 1988). Estas condutas assemelham-se às praticadas pela população que apresenta perturbações alimentares. Atendendo à esta sobreposição da sintomatologia entre as doentes com patologia do comportamento alimentar e os comportamentos de controlo patogénico do peso entre os desportistas,

²⁵ O facto de os desportistas praticantes de determinada modalidade (por exemplo o ballet) apresentarem um tipo de forma corporal mais magro pode atrair os indivíduos que valorizam a magreza.

Sundgot-Borgen (1994) utilizou a expressão “anorexia atlética” para se referir a um sub-grupo de desportistas que preenchiam critérios para perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação, ou que apresentavam sintomatologia subclínica (perda de peso, queixas gastro-intestinais, medo excessivo de se tornarem gordos, restrição no consumo de calorias, etc) mas não preenchiam todos os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa.

Muitos estudos têm-se centrado mais na presença de certos comportamentos específicos de alimentação desregulada nos desportistas do que na procura de síndromas clínicos. Para identificar as perturbações alimentares nos desportistas é necessário considerar não só os que preenchem os critérios formais para o diagnóstico de uma perturbação alimentar, mas também os que apresentam uma série de comportamentos de controlo do peso que têm significado clínico e que podem comprometer a saúde e a performance (Garner et al., 1998).

6.1.1 Danos Específicos decorrentes da Patologia do Comportamento Alimentar nos Desportistas

Rippon, Nash, Myburgh & Noakes (1988) encontraram disfunção menstrual nas corredoras da maratona, nas bailarinas e nas modelos fotográficas e de “alta costura”. Os estudos iniciais de Garner & Garfinkel (1980) mostraram que havia uma relação entre a presença de amenorreia e a presença de perturbações alimentares nas bailarinas. Num estudo feito por Brooks-Gunn, Warren, and Hamilton (cit. in, Garner, Rosen & Barry, 1998) com bailarinas, confirmou-se que havia uma associação nesta população entre a desregulação menstrual e as perturbações alimentares. Entre as bailarinas amenorreicas, 50% relataram ter uma perturbação alimentar. No estudo de Rippon et al. (1988), foram os resultados do EDI, em comparação com o índice de massa corporal ou a actividade física, que se mostraram mais preditivos da disfunção menstrual, o que parece confirmar que nas bailarinas a amenorreia está associada às perturbações alimentares.

As desportistas amenorreicas têm menor densidade óssea e menos minerais nos ossos. Num estudo comparativo, as bailarinas e as não desportistas que apresentaram amenorreia no estudo inicial continuavam a apresentar baixa densidade óssea, num follow-up de 4 anos mesmo após a regulação do período menstrual. A consequência desta baixa densidade óssea é o aumento do risco de fracturas ósseas; os ossos mais exercitados são os mais atingidos (Garner et al., 1998).

Num resumo feito dos estudos que avaliaram a densidade óssea de praticantes de variadas actividades desportivas, Thrash (2000) verificou que é somente entre as bailarinas que se encontram níveis de densidade óssea tão baixos como os que se encontram nas doentes com anorexia nervosa (Young, Formica, Szmukler & Seeman, cit. in Thrash, 2000).

6.2 As Desportistas Femininas

A pressão exercida para manter o peso baixo em algumas actividades desportivas, associada a um ideal generalizado de beleza que acentua a magreza, pode conduzir a que alguns jovens desportistas do sexo feminino desenvolvam o que foi chamado de "tríade atlética": perturbações alimentares, amenorreia e osteoporose.

De acordo com um resumo dos estudos feitos com estudantes desportistas e não desportistas nos Estados Unidos da América, os resultados acerca das perturbações alimentares têm sido contraditórios (Kirk, Ginger, Singh, Kusum, Getz & Hildy, 2001). Estes estudos têm sido concordantes no que diz respeito à satisfação corporal que é mais elevada nos desportistas do que nos grupos de comparação, independentemente do grau de insatisfação com o peso, do descontentamento com a imagem corporal, ou existência de distúrbios alimentares. Dentro da população dos desportistas, a satisfação corporal pode funcionar como variável protectora para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Dentro deste grupo, temos por um lado os sujeitos que entram em alta competição e que têm níveis de exigência, de regularidade de exercício físico e de pressão para a performance mais elevados do que os desportistas amadores ou profissionais; por outro lado deve-se ter em conta que a magreza é valorizada de forma diferente em diferentes desportos.

Smolak, Murnen & Ruble (2000) reviram 34 estudos feitos acerca das perturbações alimentares com desportistas do sexo feminino entre 1975 e 1999. A relação entre a participação em determinado desporto e a psicopatologia alimentar foi feita utilizando metodologia meta-analítica. Os autores estudaram o carácter protector, tal como o de risco, do envolvimento em actividades atléticas no desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar. Os autores encontraram maior probabilidade de desenvolvimento de psicopatologia alimentar na população de desportistas, especial e especificamente entre as bailarinas. A insatisfação corporal encontrada foi mais alta nos grupos de comparação do que nas desportistas. As desportistas não profissionais tinham maior satisfação corporal e menor probabilidade de desenvolver perturbações alimentares. Estes dados parecem indicar que a participação em actividades desportivas pode estar associada a alguns factores de risco (ênfase na

magreza como acontece no ballet) e a factores de protecção (maior satisfação corporal) para o desenvolvimento de psicopatologia alimentar (Smolak et al., 2000). A prática de actividades desportivas que não valorizem a magreza, tendo como motivação principal a procura de prazer, o relaxamento ou a socialização, pode funcionar como factor protector para as perturbações alimentares uma vez que aumenta a satisfação corporal. A revisão dos estudos revelou que entre os diferentes grupos de desportistas estudados²⁶ é o grupo das bailarinas/estudantes de dança que apresenta maior risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Este risco aumenta quando estas desportistas estão envolvidas na alta competição ou pertencem a uma companhia de dança de elite.

6.3 As perturbações alimentares na dança clássica

6.3.1 A Magreza nas Bailarinas

A figura corporal tipo da bailarina actual (magra; sem ancas marcadas; de peito pequeno- quase inexistente- e com uma figura global com aspecto andrógino) teve origem no século XVIII. Uma jovem bailarina chamada Marie Camargo tornou-se uma figura proeminente no palco. Era leve, pequena e delicada e mais magra, estreita e baixa do que todos os bailarinos em palco. Isto aconteceu na altura em que se tornou moda ir ao ballet. Camargo tornou-se famosa e muitas das jovens bailarinas no mundo queriam ir para a companhia de bailado da pequena Camargo. Nenhuma bailarina mais alta do que a Camargo podia entrar na companhia. Antes da entrada desta bailarina no ballet, as bailarinas não eram magras e baixas. Devido ao seu sucesso, a sua figura tornou-se uma referência e modelo de sucesso no mundo do ballet (Thrash, 2000) .

Actualmente, uma bailarina pode começar a sua aprendizagem tão cedo quanto os 4 anos de idade (Thrash, 2000). Ao longo dos anos vai interiorizando uma série de informação específica referente a mundo do bailado. O seu corpo, entretanto, vai-se modificando. Algumas formas que desafiam o corpo tipo da bailarina clássica somente se tornam evidentes a partir da puberdade (ancas salientes e desenvolvimento dos seios). Nesta fase da vida as ancas começam a crescer e as nádegas podem perder o seu contorno específico e característico de bailarinas, isto é, tornam-se mais redondas

²⁶ Entre os desportistas estudados encontravam-se praticantes de ginástica, natação, atletismo, remo, ténis e halterofilismo.

e salientes e deixam de ser pequenas. Para as bailarinas é igualmente uma preocupação que os seus peitos cresçam demais e que por isso a sua figura não se adeque à imagem tipo da bailarina estreita e pouco volumosa. É nesta altura que as jovens estudantes de ballet são mais confrontadas com a adequação da sua imagem corporal à actividade da dança clássica.

Um aluno de dança está muito alerta para as suas formas corporais. Em muitas das aulas usam-se roupas aderentes ao corpo. Nas aulas geralmente, dança-se em frente a largos espelhos. Os alunos têm que olhar para si próprios durante várias horas. O processo de aprendizagem implica muitas vezes a comparação e a modelação com os outros colegas. As alunas confrontam a sua imagem corporal consigo próprias, com o seu ideal, com as outras alunas, com as bailarinas de carreira, com as professoras e professores e com o público.

As bailarinas têm que saltar, fazer piruetas, rodopiar rapidamente e equilibrar-se nas “pontas” durante longos períodos de tempo. Já no período romântico as bailarinas faziam estas “figuras” clássicas. No entanto, é exactamente Camargo, a bailarina magra, a que dá os saltos mais altos, a que pela primeira vez na história do bailado usa as saias mais curtas para que no ar se veja a elegância das suas “cruzes”, é ela a que se torna famosa pelo rigor e excepionalidade das figuras técnicas que executa. Se uma bailarina pesa muito, ou o seu corpo muda rapidamente, estes passos são mais difíceis de executar. Uma bailarina tem que estar familiarizada com o seu peso e ser capaz de se equilibrar sem dificuldade. O peso extra altera o equilíbrio do corpo. Uma bailarina tem, também, a consciência de que o bailarino/par a tem que levantar durante períodos longos e em posições difíceis. A bailarina magra é aquela que parece adequar-se melhor às exigências técnicas e estéticas da profissão. No entanto, a actividade física dos estudantes de ballet é essencialmente anaeróbica com níveis baixos de perda de energia. Assim, o exercício físico feito durante as aulas não é o suficiente para reduzir o peso ou manter o peso baixo (Culnane & Deutsch, cit. in Dotti, Fioravanti, Balotta, Tozzi, Cannella & Lazzari, 2002).

Existem vários factores que podem fazer com que determinadas alunas procurem activa e persistentemente adquirir e manter uma figura que se aproxime da figura da bailarina “ideal”. Alguns destes factores poderão estar associados à competitividade entre colegas; outros associados à competitividade do mundo do ballet; e outros associados ao perfeccionismo e competitividade como características individuais que predominem entre as desportistas em geral, mas também entre as

alunas de dança e as bailarinas²⁷. O mundo do ballet é altamente competitivo²⁸ e um corpo leve, magro e pequeno é essencial para vencer (Hamilton, Brooks-Gunn & Warren, cit. in Dotti et al., 2002).

Entre as estudantes de dança parece predominar a ideia de que para arranjar emprego no mundo do bailado uma rapariga deve ser magra (Sherman & Thompson, 2001). Esta ideia poderá ser reforçada pelo facto de que para entrar numa companhia profissional de ballet clássico, isto é, ser bailarina, as raparigas devem ter um aspecto semelhante para no palco parecerem todas iguais. As bailarinas clássicas cujo mérito profissional é reconhecido mundialmente, isto é, as bailarinas famosas são magras, sem peito, sem ancas e sem estômago.

6.3.2 Estudos acerca das Perturbações Alimentares nas Bailarinas

Os bailarinos e os estudantes de dança foram um dos primeiros grupos de desportistas a ser estudados de uma forma sistemática. Garner & Garfinkel (1980) fizeram um estudo que revela que 6,5% das bailarinas profissionais de diferentes escolas (N=183) preenchiem os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa e as que estavam em escolas mais competitivas tinham a maior prevalência e incidência da perturbação. Neste estudo, 38% dos sujeitos da amostra de bailarinas tinha valores elevados numa série de factores comuns à anorexia nervosa.

Bettle, Bettle, Neumaerker & Neumaerker (2001) estudaram a percepção do corpo e a personalidade entre bailarinos e bailarinas de dança clássica ainda adolescentes (13-17 anos). Os resultados foram comparados com uma amostra de jovens não bailarinos. As bailarinas tiveram pontuações mais altas que os bailarinos e os controlos na indesejabilidade social e na sensibilidade. As bailarinas percepcionavam o corpo como menos atraente do que os controlos e do que os bailarinos. Os bailarinos apenas diferiram dos controlos no índice de massa corporal

²⁷ Thrash (2000) aponta como factores explicativos para a maior prevalência de perturbações alimentares em alguns desportos: a competitividade acentuada nos desportos; a pressão constante para atingir níveis elevados de performance; a consciência aumentada do corpo; a compulsividade; o perfeccionismo; a flutuação da auto-estima associada à flutuação na performance; a capacidade para tolerar a fome e a dor; a prontidão para correr riscos de forma a vencer; a importância da estética (especialmente na dança); a crença de que a magreza optimiza a performance ou de que a gordura a prejudica; e a falta de identidade para além da referente ao desporto e à dança.

²⁸ Nos Estados Unidos da América, em cada 10 000 candidatas que fazem anualmente audições para as escolas de dança somente uma se tornará bailarina profissional. (Hamilton, Brooks-Gunn, Warren, cit in Dotti et al, 2002).

que era menor nos bailarinos. As bailarinas apresentaram auto-estima mais baixa e uma imagem corporal menos favorável do que os bailarinos e os controlos (Bettle et al., 2001). Estes resultados confirmam a hipótese de que as bailarinas estão em maior risco para desenvolver perturbações alimentares.

Szmukler, Eisler, Gillies, Hayward (1985) num estudo feito com estudantes da licenciatura em ballet encontraram 7% de possíveis casos de anorexia nervosa, mas argumentaram que os casos eram benignos comparados com os que tipicamente são vistos num contexto clínico. Posteriormente, Brooks-Gunn, Burrow, & Warren (1988) fizeram um estudo comparativo entre bailarinas (N=64), outros desportistas (N=97) e não desportistas. Descobriram que as bailarinas e os outros desportistas, eram mais magras e mais esguias que as não desportistas. As bailarinas eram as que apresentavam maior número de sintomas de perturbações alimentares e eram as que tinham a menarca mais tarde. É difícil precisar, com os estudos existentes actualmente, se é a presença de perturbação alimentar que é preditiva da menarca tardia nas bailarinas. O significado e severidade da psicopatologia do comportamento alimentar tem sido relativizado à luz do contexto de emergência dos distúrbios alimentares e em função da actividade específica do grupo dos desportistas e bailarinas.

Estudos epidemiológicos com estudantes de dança, com praticantes de desporto e outros desportistas indicam que a preocupação extrema com o peso e mesmo a prática do vómito auto-induzido nestes grupos podem não estar associados com o mesmo nível de psicopatologia encontrado nos doentes com perturbações alimentares que não pertencem a estes grupos da população (Epling & Pierce, 1996). Estes dados parecem confirmar o que Szmuckler et al. (1985) argumentaram anteriormente ao dizer que as estudantes de ballet com sintomas de anorexia nervosa só se pareciam com os casos clínicos muito superficialmente, uma vez que melhoravam significativamente após um ano de intervenção. Estes dados não são confirmados pelo estudo prospectivo de Garner & Garfinkel (1987), com follow-up após 2 e 4 anos, que verificaram que as estudantes de ballet que apresentavam sintomatologia de anorexia nervosa, com elevação do impulso para a magreza e da insatisfação corporal no EDI-2, estavam em maior risco de desenvolver e manter anorexia nervosa. Mais tarde, num estudo com 49 bailarinas Le Grange et al (cit. in Garner et al., 1998) identificaram 12,3% das raparigas da amostra como tendo anorexia nervosa ou uma "síndrome parcial" de anorexia nervosa e concordaram com Szmuckler et al (1985) dizendo que as perturbações alimentares nas bailarinas não têm o mesmo significado do que nas populações clínicas. Em vez de ser conceptualizada como uma doença, Le Grange et al (cit. in Garner et al., 1998) sugerem que as perturbações alimentares nas bailarinas

devem ser conceptualizadas como adaptativas devido às necessidades especiais desta população no que diz respeito ao peso. Estes autores reforçam o seu ponto de vista argumentando que as alunas acabaram o ano lectivo com sucesso académico (Le Grange et al, cit. in Garner et al., 1998).

Dotti et al. (2002) estudaram a relação entre as estudantes de dança clássica e as perturbações alimentares. A amostra foi constituída por cerca de 160 estudantes de ballet clássico na zona de Roma, Itália, que foram avaliadas com o EDI entre outras medidas. Os autores verificaram que, na generalidade, as estudantes ingerem menos calorias do que as necessárias. O défice de ingestão calórica está correlacionado com a elevação na sub-escala do perfeccionismo do EDI. As preocupações com a alimentação, com o peso e com a imagem corporal estão relacionadas com a longevidade de tempo em que as bailarinas estão no mundo do ballet. Quanto mais cedo iniciam os seus estudos/actividades de bailarinas, maior a intensidade da sintomatologia de distúrbios alimentares. Os autores não encontraram relação entre o consumo reduzido de calorias e a presença de psicopatologia (Dotti et al., 2002). Este estudo não detectou nenhuma perturbação alimentar entre as alunas de dança clássica.

6.4 Considerações Finais

Os estudos feitos com desportistas devem ser lidos com alguma precaução uma vez que os receios de avaliação negativa pelos treinadores, assim como o carácter secreto das perturbações alimentares faz com que os desportistas se sintam relutantes em responder com sinceridade aos questionários (Whitmore, cit. in Garner et al., 1998). O carácter de voluntariado como condição para a recolha dos sujeitos pode afastar a maior parte dos sujeitos que apresentem maior número de comportamentos patogénicos ou maior severidade de perturbação alimentar. Para minimizar este efeito, deve-se tentar usar procedimentos que assegurem o anonimato e que garantam que os resultados são confidenciais (Garner et al., 1998).

A divergência dos resultados nas investigações feitas com desportistas pode ser explicada pelas diferenças dos desenhos de investigação, as diferenças nos instrumentos utilizados e a diferenças na selecção da amostra. Os estudos têm sido feitos essencialmente com mulheres desportistas²⁹. Existem contudo modalidades

²⁹ Além da população feminina apresentar maiores taxas de perturbações alimentares uma das consequências dos distúrbios alimentares é particularmente importante para as desportistas uma vez que influencia a performance: a densidade óssea.

preferencialmente praticadas por homens onde o peso é o factor que determina a inserção de um atleta em diferentes categorias que são ordenadas da categoria do peso mais baixo à categoria do peso mais alto. Neste tipo de desportos (por exemplo, boxe; judo) a perda de um quilo pode significar a passagem de elemento mais fraco (mais leve) de uma categoria a elemento mais forte (mais pesado) da categoria seguinte. Noutras modalidades (por exemplo, jockey) a magreza é uma vantagem indiscutível para o resultado da performance do atleta. Seria necessário estudar os praticantes destas modalidades de forma a perceber se a pressão para a magreza resulta em diferenças ao nível das perturbações alimentares. No estudo de Bettel et al. (2001) em que se compararam bailarinas e bailarinos, verificou-se que apesar de apresentarem índice de massa corporal mais baixo do que os controlos, os bailarinos não apresentavam resultados que os façam ser percepcionados como grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Estudos diferenciais mais precisos com esta população permitiriam precisar quais as dimensões associadas à construção do género nesta actividade e que funcionam como protectores para os bailarinos.

As desportistas do sexo feminino estão expostas à pressão geral para a magreza da sociedade ocidental e à pressão específica na actividade para o peso corporal reduzido. Entre os desportos onde existe maior pressão para a magreza está a dança (ou o ballet clássico). As bailarinas são desportistas que estão sujeitas à pressão social e à pressão do mundo do ballet para a magreza. As bailarinas e as estudantes de dança partilham como traço comum com a população com perturbações alimentares os níveis altos de exigência e o perfeccionismo (Taub & Blinde, 1992). Berry & Howe (2000) argumentam que não é a pressão para a magreza que explica a maior prevalência de perturbação alimentar nos atletas mas sim a presença de determinadas características psicológicas que estão mais presentes nos desportistas e que são, por si só, factores de risco preferenciais para o desenvolvimento de perturbação alimentar (por exemplo, baixa auto-estima, e índice de massa corporal actual acima do ideal associado à profissão). De acordo com Sherman & Thompson (2001) a pressão para a magreza em alguns desportos é uma variável que pode colocar o processo de desenvolvimento de perturbações alimentares em marcha quando existe uma combinação prévia de factores pessoais, socio-culturais e familiares de risco. É necessário precisar quais os factores de maior vulnerabilidade e resiliência para o desenvolvimento de perturbações alimentares dentro desta população.

Da revisão bibliográfica efectuada verificou-se que os estudos feitos com desportistas e com estudantes de dança/ bailarinas são essencialmente descritivos e

epidemiológicos (Bettle et al., 2001; Garner & Garfinkel, 1980; Smolak et al., 2000). Nestes estudos os autores tentam encontrar sintomatologia de patologia do comportamento alimentar, dados epidemiológicos, discutir a validade dos critérios diagnóstico quando aplicados a esta população (Epling & Pierce, 1996; Szmuckler et al., 1985), encontrar danos causados por défices alimentares (Dotti et al., 2002) e discriminar os agentes de pressão para a magreza. Não se encontrou nenhum estudo que tente relacionar a actividade da dança com características psicológicas prévias à entrada no mundo do ballet e que possam influenciar a escolha de uma actividade que valoriza a magreza. Neste sentido, para alguns autores (Berry & Howe, 2000) parece interessante perceber se determinadas características constituem, então, vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar nas bailarinas ou se são outras variáveis que se associam para apresentar um modelo significativo de compreensão do desenvolvimento da psicopatologia alimentar neste grupo.

PARTE 2

Estudo Empírico



Capítulo III

Objectivos e Metodologia do Estudo

7 Delimitação do Problema e Objectivos de Estudo

O risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares é o alvo do presente estudo. Procurou-se averiguar num grupo que tem sido considerado como pressionado para a magreza – estudantes de dança clássica no Ensino Superior Público – se existem factores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Este objectivo será concretizado através de uma análise comparativa entre dois grupos de estudantes do sexo feminino do Ensino Superior- estudantes de dança e estudantes de outro curso.

O estudo de populações de risco tem sido feito, essencialmente, de acordo com critérios externos aos próprios sujeitos. Modelos, actrizes e bailarinas têm sido estudadas como populações onde existe maior prevalência e incidência de perturbações alimentares. No nosso estudo, pretendemos verificar se estudantes de dança se percebem como pressionadas na profissão para a magreza e se há alguma relação entre esta pressão e a existência de comportamentos que são indicadores ou constituem risco para os distúrbios alimentares.

Considera-se as estudantes em relação ao sistema familiar e pretende-se averiguar se existem padrões que possam criar vulnerabilidades para o desenvolvimento de perturbações alimentares. A escolha das estruturas familiares, coabitação, fratria e história de doença mental nos progenitores está de acordo com a importância atribuída pela literatura às constelações familiares (Pinto-Gouveia, 2000).

Considera-se que as perturbações alimentares são um fenómeno complexo e multideterminado, pelo que uma abordagem somente assente nos factores sócio-culturais denota uma visão deficitária e simplista do fenómeno. A presente investigação interessa-se, assim, pelo estudo de características psicológicas estáveis, como a auto-estima corporal e auto-estima geral e os esquemas mal adaptativos precoces e sua relação com os indicadores de vulnerabilidade para as perturbações alimentares na população de “risco” estudada. Pretende-se perceber em que medida/grau são explicativos da sintomatologia de perturbações alimentares ou se se associam aos factores sócio-culturais para explicar a vulnerabilidade específica das estudantes.

7.1 Objectivos do Estudo

Tentou-se, numa primeira fase, conhecer as configurações das variáveis de estudo dos dois grupos- estudantes de dança e estudantes de outro curso (objectivos

1, 2 e 3). Numa segunda fase, averiguou-se quais os padrões que num e noutro grupo, conduzem a uma maior presença de indicadores de patologia alimentar (objectivo 4).

Objectivo 1- Averiguar que variáveis podem funcionar como antecedentes importantes, entre elas o ajustamento sócio-emocional, o nível sócio-económico, o ajustamento socio-emocional dos pais, a estrutura familiar e a coabitação.

Objectivo 2 - Verificar se os grupos diferem no peso actual e na figura física ideal, na satisfação com o peso, na percepção pessoal de pressão externa para a magreza e na quantidade e tipo de estratégias usadas para diminuir o peso.

Objectivo 3 - Analisar quais as diferenças entre os grupos nas variáveis indicadoras de perturbações alimentares e nas variáveis que medeiam e aumentam o risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Objectivo 4 - Averiguar entre as estudantes de dança quais os factores que estão associados a um peso menor e quais os que estão associados a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Objectivo 5 - Conhecer quais os factores que contribuem, em cada um dos grupos, para a explicação da variância nos indicadores de patologia do comportamento alimentar.

7.2 Metodologia

7.2.1 Desenho de Investigação

O presente estudo corresponde a um desenho de investigação do tipo observacional pois “o investigador não intervém (...) [antes], desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem, naturalmente sem a sua intervenção” (Ribeiro, 1999, pp. 41-42), descritivo porque “basicamente oferece informação acerca da população em estudo” (Ribeiro, 1999, p. 42), de comparação entre grupos, uma vez que “foca dois ou mais grupos, escolhidos com base de um possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não” (Ribeiro, 1999, p. 42) e transversal uma vez que “os dados são recolhidos num único período de tempo” (Ribeiro, 1999, p. 42). O investigador não manipula a variável independente pelo que

“só pode informar-nos das relações existentes entre as variáveis e não das causas (...) e uma vez que o experimentador não pode provocar o fenómeno tem que conformar-se em propor hipóteses que relacionem certas características que definem os grupos com a variável de interesse para o estudo.” (Izquierdo, 2000, p. 245). O presente estudo corresponde também a um desenho do tipo selectivo, isto é, “o investigador pode eleger livremente as variáveis independentes e os seus valores, mas não as pode atribuir aos sujeitos da forma que deseja, uma vez que estas variáveis são atributos já possuídos pelo próprio sujeito e é por esta característica que o sujeito é seleccionado “ (Jiménez, 2000, pp. 34).

A “estratégia de investigação” (Izquierdo, 2000) ou método de investigação (Ribeiro, 1999) baseou-se essencialmente em estudos correlacionais. O presente trabalho é multifactorial, uma vez que foi estudada mais do que uma variável independente.

Numa primeira fase, e face aos objectivos anteriormente descritos, considera-se como variável independente a variável curso, estudando-se a distribuição das diferentes dimensões (índice de massa corporal, índice de massa corporal ideal, percepção da pressão para a magreza, percepção da importância da magreza, dados dos instrumentos) pelos diferentes cursos.

Numa segunda fase estudam-se as correlações existentes entre as diferentes variáveis extraídas do QSDA e as variáveis avaliadas pelos instrumentos utilizados.

A metodologia utilizada para avaliar as variáveis foi essencialmente quantitativa. As variáveis foram medidas e avaliadas através de questionários e inventários que serão descritos mais adiante.

7.2.2 Amostra

A amostra para o estudo foi constituída através de um método de amostragem não casual do tipo “por conveniência”, isto é, “os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis” (Hill & Hill, 2000, pp. 49). A este tipo de amostra chama-se também de não probabilística ou intencional.

7.2.2.1 Critérios de Amostragem

Os critérios de amostragem inicialmente definidos orientaram a 1ª fase de selecção de sujeitos para a amostra. Nesta 1ª fase os critérios de inclusão foram:

- Estudantes de um curso de licenciatura no Ensino Superior Público ou privado.

- Estudantes da licenciatura em dança.
- Aceitação de preenchimento dos questionários

Perante os dados recolhidos e após a categorização das variáveis foram excluídos da amostra:

- As estudantes grávidas (n=3)
- Os sujeitos com idades superiores a 32 anos³⁰ (n=3)
- Os sujeitos do sexo masculino (n=11)
- Os sujeitos que não disponibilizaram dados referentes ao peso e altura (n=1)
- Os sujeitos com depressão, diagnosticada através do BDI, usando como ponto de corte o valor igual ou superior a 20³¹ na pontuação total (n=10)
- Os sujeitos que preencheram incorrectamente os questionários (n=2)
- Os sujeitos que queriam ganhar peso (n=1)

Cumprindo os critérios de exclusão, da amostra inicial constituída por 186 sujeitos, foram retirados 34 casos. A amostra final é constituída por 152 sujeitos, do sexo feminino, com idades entre os 17 e os 30 anos. Deste conjunto de sujeitos, 44 pertencem ao grupo de estudantes da licenciatura em dança (ED) e 108 pertencem ao grupo de estudantes de outro curso, isto é, não estudantes de dança (EOC).

7.2.2.2 Recolha da Amostra

Antes de se proceder à recolha da amostra fez-se o pedido de autorização aos responsáveis das instituições. A escolha das escolas para recolha da amostra dependeu da celeridade de resposta das instituições, da acessibilidade e da constituição das turmas. O Conselho Científico das instituições que aceitaram a colaboração designou os cursos para a recolha³² e indicou o nome de um ou mais docentes para acordar as datas e horário de aplicação do protocolo de investigação. Todas as recolhas foram feitas através de aplicação colectiva de questionários no espaço de sala de aula. Antes da aplicação da bateria de testes, eram explicados os objectivos do estudo pedindo a colaboração voluntária dos estudantes e enfatizando a natureza completamente anónima do estudo. Ficou sempre claro que os estudantes

³⁰ Esta foi a idade máxima a partir da qual os grupos diferiam, uma vez que no grupo das estudantes de outros cursos existiam 4 sujeitos com 32, 35, 37 e 40 anos respectivamente.

³¹ Utilizou-se o valor de cotação total de 20 como ponto de corte.

³² Foi acordado entre os Conselhos Científicos e os responsáveis deste estudo que seria mais cómodo que a recolha fosse feita em turmas em que o número de alunos fosse alto, para diminuir o número de aplicações assim como o impacto do estudo no funcionamento das aulas.

eram livres de não participar. O preenchimento dos questionários teve sempre o apoio de um licenciado em Psicologia familiarizado com os instrumentos e os objectivos do estudo.

A Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa (conhecido como "Conservatório") foi escolhida por esta instituição ter tradição de formação de profissionais de bailado clássico. No Conservatório é feita a iniciação ao ballet com alunas jovens, antes mesmo da adolescência, em paralelo com a escolaridade normal. Muitas destas jovens prosseguem os seus estudos superiores de formação clássica na dança na Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa. Por estas razões parece ser esta a instituição que melhor corresponde às características por nós procuradas para caracterizar a população procurada para o nosso estudo.

A recolha da amostra foi feita entre Outubro de 2002 e Janeiro de 2003. O seguinte quadro ilustra os locais onde foi feita a recolha da amostra e os cursos frequentados pelos sujeitos.

Quadro 14 - Locais e cursos de recolha da amostra

	<i>Local de recolha da amostra</i>	<i>Curso</i>
Estudantes de dança (ED)	Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa	Licenciatura em Dança
Estudantes de outro curso (EOC)	Escola Superior de Educação- Instituto Piaget	Licenciatura em Educação de Infância
	Escola Superior de Educação João de Deus	Licenciatura em Educação de Infância
	Instituto Superior de Psicologia Aplicada	Licenciatura em Psicologia

7.2.3 Instrumentos Utilizados

Numa primeira fase seleccionaram-se, a partir da revisão bibliográfica, os instrumentos que avaliavam as dimensões de interesse para o presente estudo. Procedeu-se então ao contacto com os autores das escalas originais ou aos responsáveis pela adaptação/tradução das escalas em Portugal, para obtenção da autorização de aplicação dos instrumentos de interesse.

Entre Junho e Julho de 2002 fizeram-se três aplicações colectivas iniciais do protocolo de investigação com três grupos diferentes de sujeitos pertencentes a cursos que não os de dança. Pretendia-se avaliar a compreensão de todos os itens pelos sujeitos. Esta versão incluía no final do Questionário Sócio-Demográfico e de

Avaliação, perguntas acerca da compreensibilidade das questões apresentadas, convidando os sujeitos a alterar/reformular as questões que suscitavam mais dúvidas. O Questionário Sócio-Demográfico e de Avaliação foi reformulado de acordo com estas sugestões.

Na primeira versão do protocolo de investigação utilizámos a versão de 205 itens do QE, o Questionário de Evitamento e o Questionário de Compensação de Young. Verificámos que os sujeitos manifestaram cansaço excessivo induzido pelo preenchimento destes questionários.

Na segunda aplicação, introduzimos algumas alterações no Questionário Sócio-Demográfico e de Avaliação, substituímos a versão longa do QE pela versão de 123 itens e aplicámos o protocolo a um grupo diferente de sujeitos. Mais uma vez os sujeitos manifestaram cansaço induzido pelo preenchimento dos Questionários de Young, pelo que optámos por retirar o Questionário de Evitamento e o de Compensação. Na terceira aplicação, o tempo médio de preenchimento do protocolo diminuiu consideravelmente e a globalidade dos sujeitos não manifestou dúvidas ou reparos acerca do protocolo. Obteve-se, então, a versão final do Protocolo de Investigação apresentado no seguinte quadro.

Quadro 15 - Protocolo de Investigação

<i>Designação e autores</i>	<i>Variáveis avaliadas e objectivos</i>
<i>Questionário Sócio-Demográfico</i>	Avaliação de dados sócio-demográficos relativamente à estudante e à família, através da resposta a um conjunto de perguntas, fechadas e abertas. Avaliação da satisfação com o peso, altura e a percepção da importância do peso. Objectivos: caracterização dos dois grupos da amostra; obtenção de informação para controlo estatístico à posteriori de algumas variáveis.
<i>Self- Esteem Scale (Franzoi & Shields, 1984)</i>	Avaliação da estima corporal no que concerne a diferentes dimensões da satisfação corporal em jovens adultos. As subescalas encontradas são a satisfação com o peso, atractividade física, e satisfação com a sexualidade. Objectivo: avaliação da estima corporal e, mais especificamente, da satisfação com o peso.

Quadro 15 (cont.) - Protocolo de Investigação

<i>Designação e autores</i>	<i>Variáveis avaliadas e objectivos</i>
<i>Eating Disorders Inventory-2 (Garner & Olmstead, 1984)</i>	Avalia as atitudes, traços de personalidade, grupos de sintomas e sinais do comportamento alimentar que se consideram importantes no desenvolvimento das perturbações alimentares. Objectivo: avaliar o grau de patologia alimentar e a presença das dimensões psicológicas relacionadas com a presença de perturbações alimentares.
<i>Questionário de Esquemas (Young, 1989)</i>	Avalia a predominância dos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces Objectivo: avaliar variáveis cognitivo-afectivas estáveis e analisar a sua relação com a patologia do comportamento alimentar
<i>Questionário de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1979)</i>	Avalia a auto-estima global e atitudes globais em relação ao "Eu". Objectivo: avaliar a auto-estima.
<i>Carpic (Ferreira, 2002)</i>	Avalia as atitudes e crenças frequentes em indivíduos com perturbações alimentares. Objectivo: avaliar comportamentos e atitudes características de sujeitos com psicopatologia alimentar.
<i>Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erlbaugh, 1961)</i>	Avalia a sintomatologia depressiva. Objectivo: Excluir os sujeitos deprimidos. Verificar a associação da depressão com a sintomatologia de perturbações alimentares

7.2.3.1 Questionário Sócio-Demográfico e de Avaliação (QSDA)

O QSDA foi concebido como um instrumento de auto-resposta, constituído por 38 itens. Para a sua elaboração contou-se com a colaboração de uma psicóloga clínica com experiência de investigação académica, trabalho na área das perturbações alimentares e formação em bailado clássico.

O QSDA foi construído pelos autores do presente estudo com vários objectivos. Em primeiro lugar, para fazer o levantamento de alguns dos critérios de exclusão. Seguidamente para avaliar os aspectos sócio-demográficos e eventualmente controlar o seu efeito nos resultados (por exemplo, idade). Em terceiro lugar, pretendemos avaliar a satisfação pessoal com o peso e a altura; a percepção pessoal da importância da magreza para o exercício da actividade profissional e a percepção pessoal da pressão para a magreza na vida em geral e na profissão em particular. Finalmente, pretendeu-se também recolher informação acerca de alguns aspectos e

dimensões importantes extraídos da revisão bibliográfica (por exemplo, existência de psicopatologia nos pais). Passamos a descrever algumas das secções inseridas no QSDA.

7.2.3.1.1 Sujeito – dados socio-demográficos e outros

Recolheram-se dados relativos à idade, etnia, coabitação durante e fora do ano lectivo, peso, altura, existência de gravidez, existência de doença física, história de psicopatologia e história de acompanhamento psicológico. As jovens foram inquiridas acerca da sua profissão ideal para avaliar até que ponto estas se coadunava com os estudos actuais uma vez que a variável curso é a nossa variável independente. Questionou-se também as jovens acerca do seu peso e altura ideais.

7.2.3.1.2 Familiares – dados socio-demográficos e outros

Pediu-se aos sujeitos que identificassem a situação conjugal dos pais. Para o pai e para a mãe as jovens referiram a idade, as habilitações literárias, as profissões, a existência de doença física e a existência de doença psicológica. Em relação aos irmãos foi recolhida informação acerca do sexo, idade, estado civil, filhos, consanguinidade, posição na fratria e profissão.

7.2.3.1.3 Sujeito – dimensões relacionadas com o peso e pressão para a magreza

Elaborou-se um conjunto de questões, com escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, relacionadas com a satisfação com o peso e altura e que oscilava entre o “muito satisfeita” e o “muito insatisfeita”; com a importância do peso para a profissão, que variava entre o “extremamente importante” e o “nada importante”; com a pressão na profissão e na vida em geral para a magreza, que variava entre o “extremamente pressionada” e o “nada pressionada”.

As jovens foram inquiridas acerca da existência de história de dieta e do tipo de estratégias utilizadas para aproximar o peso ou a figura do seu ideal. Esta questão foi apresentada como uma questão aberta de forma a abranger a maior pluralidade de respostas possível. Procedeu-se, posteriormente, a uma análise do tipo de respostas encontradas e estas foram agrupadas. Criou-se uma categoria denominada dieta/cuidados com a alimentação onde se incluíram todas as respostas inespecíficas do tipo “faço dieta”, “tenho cuidado”, “evito certas comidas”, “não como qualquer coisa”.

7.2.3.2 Escala de Estima Corporal (Body Esteem Scale- BES; Franzoi & Shields, 1984)

7.2.3.2.1 Descrição da Escala Original

A Body Esteem Scale (BES) é uma revisão da Body-Cathexis Scale⁹, desenvolvida por Franzoi & Shields em 1984. A escala modificada por estes autores, é constituída por 35 itens, cada um avaliado por uma escala de Likert e pretende avaliar componentes específicos da estima corporal. Os participantes posicionam-se relativamente a cada item numa escala de 1 a 5, em que 1 indica uma forte insatisfação e 5 uma forte satisfação. O nível de satisfação corporal pode ser obtido através da soma de todos os itens, ou seja, um resultado mais elevado equivale a uma maior satisfação corporal.

Embora rapazes e raparigas completem os mesmos itens, os autores propõem a existência de 3 subescalas diferentes para rapazes e raparigas. Para os rapazes as escalas são; a) Atracção Física, que mede as atitudes dos rapazes perante as suas feições faciais e aspectos do seu físico; b) Força Física, que acede às suas atitudes perante os seus corpos musculados; e c) Condição Física, que mede os sentimentos dos rapazes acerca da sua energia, agilidade e à sua forma em geral. Para as raparigas as 3 subescalas são; a) Atracção Sexual, que acede às atitudes das raparigas acerca das diferentes partes e funções do corpo associadas com a beleza facial e sexualidade; b) Preocupação com o Peso, que mede as atitudes perante as partes do corpo relacionadas com a alimentação; e c) Condição Física que avalia as atitudes das raparigas relativamente à sua energia, força e agilidade.

³³ Esta é uma escala originalmente desenvolvida por Secord e Jourard (cit. in Barbosa, 2001) para avaliar a satisfação ou insatisfação com várias partes ou processos do corpo. É uma das primeiras medidas para avaliar o grau de satisfação corporal e, actualmente, é ainda bastante utilizada. Na sua versão original era constituída por 46 itens, mas muitos estudos utilizaram uma revisão desta escala constituída por 40 itens (Balogun cit. in Barbosa, 2001). Poucos estudos examinaram a sua validade e consistência interna (Balogun; Franzoi & Shields; Tucker; cit in Barbosa, 2001), embora seja um instrumento bastante utilizado na Psicologia Social ou do Desporto. Franzoi e Shields (1984), com base numa versão modificada desta escala (retirando 23 itens e acrescentando-lhe 16 novos itens), demonstraram que a nova "Body Esteem Scale" possuía três factores principais que diferiam para rapazes e raparigas.

Quadro 16 - Subescalas para rapazes e raparigas (Franzoi & Shields, 1984)

<i>Rapazes</i>		
<i>Atração Física</i>	<i>Força Física</i>	<i>Condição Física</i>
- nariz	- força muscular	- apetite
- lábios	- bíceps	- porte físico
- orelhas	- constituição física	- reflexos
- queixo	- coordenação física	- cintura
- nádegas	- largura dos ombros	- nível energético
- aparência dos olhos	- braços	- coxas
- bochechas /maças do	- peito ou mamas	- coordenação física
rosto	- figura ou aspecto físico	- agilidade
- ancas	- desejo sexual	- aparência da barriga
- pés		- saúde
- órgãos Sexuais		- condição física
- cara /face		- peso
<i>Raparigas</i>		
<i>Atração Sexual</i>	<i>Preocupação com o peso</i>	<i>Condição Física</i>
- odor corporal	- apetite	- porte físico
- nariz	- cintura	- reflexos
- lábios	- coxas	- força muscular
- orelhas	- constituição física	- nível energético
- queixo	- nádegas	- bíceps
- peito ou mamas	- ancas	- coordenação física
- aparência dos olhos	- pernas	- agilidade
- bochechas /maças do	- figura ou aspecto físico	- saúde
rosto	- aparência da barriga	- condição física
- desejo Sexual	- peso	
- órgãos Sexuais		
- actividades sexuais		
- pêlo do corpo		
- cara /face		

A escala parece ter boas qualidades psicométricas para a avaliação da estima corporal na população adolescente e de jovens adultos (Cecil & Stanley, 1997; Franzoi & Herzog, 1986; Franzoi & Shields, 1984). Da revisão da literatura, constata-se que este instrumento tem sido bastante utilizado para avaliar a estima corporal de jovens universitários e adolescentes essencialmente nos E.U.A, embora a sua utilização também se verifique noutros países (Barbosa, 2001).

7.2.3.2.2 Adaptação para a População Portuguesa

Barbosa (2001) realizou um estudo com adolescentes e jovens em que adaptou a escala de estima corporal e avaliou as qualidades psicométricas do instrumento.

A adaptação do instrumento envolveu, para além da sua tradução, uma reflexão falada com um pequeno grupo de adolescentes de idades e meios sócio-económicos e culturais diversos, de forma a avaliar a adequação e compreensão da linguagem e palavras utilizadas; as alterações sugeridas foram fundamentais para uma maior inteligibilidade e clareza do questionário junto da população à qual foi administrado. Esta versão do instrumento não gerou dúvidas no que diz respeito à compreensão dos seus itens, nem no procedimento de resposta (Barbosa, 2001).

A autora procedeu à análise factorial exploratória, em componentes principais com a amostra total, optando por não dividir a amostra por géneros, tal como na escala original (Secord & Jourard cit. in Barbosa, 2001). Foi efectuada a análise em componentes principais a partir da qual se obteve uma escala composta por 23 itens, distribuídos por 3 factores, que explicam 57,54% da variância total, sendo 42% da variância explicada pelo 1º factor, 9,1% pelo 2º e 6,3% pelo 3º factor.

Quadro 17 - Estrutura factorial final da Escala de Estima Corporal (Análise em Componentes Principais e com rotação “varimax”, Barbosa, 2001).

		Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidades
Itens/ Conteúdos						
Satisfação com o peso						
10.	Coxas		0,83	0,14	0,17	0,73
35.	Peso		0,81	0,13		0,68
14.	Constituição Física		0,79	0,14	0,18	0,67
23.	Ancas		0,78	0,27	0,13	0,70
24.	Pernas		0,76	0,22	0,15	0,65
4.	Porte Físico		0,75	0,19		0,61
25.	Figura ou aspecto físico		0,74	0,25	0,20	0,66
16.	Nádegas		0,71	0,22	0,30	0,65
8.	Cintura		0,71	0,23		0,56
29.	Aparência da barriga		0,68	0,18	0,21	0,54
2.	Apetite		0,52	0,14	0,19	0,33
20.	Peito ou mamas		0,50	0,36	0,16	0,41
Atracção Física						
22.	Bochechas / Maças do rosto		0,24	0,75		0,63
13.	Queixo		0,22	0,73	0,15	0,61
11.	Orelhas		0,12	0,71	0,10	0,53
6.	Lábios		0,11	0,67	0,21	0,51
21.	Aspecto dos olhos		0,14	0,64	0,19	0,47
34.	Cara/ Face		0,42	0,55	0,21	0,52
3.	Nariz		0,19	0,53		0,32
Satisfação com Sexualidade						

Quadro 17 (cont.) - Estrutura factorial final da Escala de Estima Corporal (Análise em Componentes Principais e com rotação "varimax", Barbosa, 2001).

	Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Comunalidades
Itens/ Conteúdos					
26. Desejo Sexual		0,16	0,15	0,83	0,73
31. Actividades Sexuais		0,17	0,10	0,80	0,69
28. Órgãos Sexuais		0,36	0,28	0,69	0,68
32. Pêlo do corpo		0,35	0,25	0,44	0,38
Valor próprio		9,67	2,1	1,46	
Percentagem de var. total explicada		42,06	9,13	6,35	
Variância total explicada				57,5%	

Como se pode verificar através da análise do quadro anterior, a estrutura factorial da Escala de Estima Corporal (EEC) resultante do estudo de Barbosa (2001) deu origem a 3 subescalas. Contrariamente à proposta de Franzoi & Shields (1984), estas são comuns a rapazes e raparigas.

O primeiro factor, denominado Satisfação com o peso, agrupa 12 itens. Estes, aparecem relacionados com a aparência física, mas com as partes do corpo que podem ser fisicamente alteradas através do exercício físico ou do controle da alimentação (ao contrário das mulheres, os homens pretendem aumentar o volume dos seus corpos). Esta escala é equivalente à escala "Preocupação com o peso" encontrada pelos autores nas raparigas e que nos rapazes estes itens estavam distribuídos pelas subescalas atracção física e força física.

O segundo factor, Atracção física, é composto por 7 itens. Associa itens relacionados com as feições faciais e alguns aspectos físicos cuja aparência não pode ser, de um modo geral, modificada pelo exercício, mas através da cosmética. Os autores encontraram esta subescala para rapazes e raparigas, mas nas quais os itens estavam associados a itens de cariz sexual.

O terceiro factor, Satisfação com a Sexualidade, é formado por 4 itens. O seu conteúdo reflecte a percepção dos sujeitos acerca da sua sexualidade. Nesta escala verificou-se uma distribuição mais diferenciada dos itens relativamente às escalas inicialmente propostas pelos autores, nas quais estes estavam associados a outros relativos à aparência física.

O estudo da consistência interna e o poder discriminativo dos itens foi efectuado para cada uma das subescalas com bons resultados. No nosso estudo usámos a tradução e adaptação efectuada por Barbosa (2001) a partir da aplicação a uma amostra de jovens e adolescentes portuguesas.

Nesta investigação os sujeitos demoraram cerca de 5 minutos a preencher a BES.

7.2.3.3 Inventário de Perturbações Alimentares – 2ª versão (Eating Disorders Inventory – EDI-2, Garner, 1991; Garner & Olmstead, 1984; Garner Olmstead & Polivy, 1983)

O EDI-2 é um dos instrumentos mais utilizados e referidos na literatura para avaliar os comportamentos, sintomas e traços de personalidade relacionados com as perturbações alimentares. O EDI-2 é uma extensão do EDI (Eating Disorders Inventory, Garner et. al., 1983), cujo desenvolvimento começou em 1980. A versão inicial deste instrumento é uma escala de auto-análise destinada a medir sintomas vulgarmente associados à anorexia nervosa (AN), à bulimia (BN) e aos distúrbios de personalidade que se consideram importantes no desenvolvimento da anorexia e bulimia nervosas. É composta por 64 itens com seis hipóteses de resposta entre “nunca” e “sempre” para cada um. Originalmente continha oito subescalas, das quais cinco identificavam alguns dos factores de personalidade associados aos distúrbios de alimentação: Perfeccionismo (Perf), Medo da Maturidade (MM), Desconfiança Interpessoal (DI), Ineficácia (INEF) e Consciência Interoceptiva (CI). As outras três identificavam atitudes e comportamentos relacionados com o peso, mais directamente ligados com a sintomatologia de distúrbios alimentares: Tendência para emagrecer (TE), Bulimia (BN) e Insatisfação Corporal (IC).

7.2.3.3.1 Descrição

O EDI-2 é um instrumento de auto-resposta amplamente utilizado que mede os sintomas psicológicos associados à anorexia nervosa, à bulimia nervosa e a outras perturbações alimentares. O EDI-2 não faz o diagnóstico específico de uma perturbação alimentar. Tem como objectivo medir os traços psicológicos ou clusters de sintomas que se presume tenham relevância para perceber e tratar as perturbações alimentares. O perfil psicológico dado pelo EDI-2 é consistente com a compreensão das perturbações alimentares como síndromas multi-determinados e heterogéneos.

O EDI original foi criado em 1983 (Garner, Olmstead & Polivy, 1983), compreendendo 64 itens organizados em 8 sub-escalas. Três das sub-escalas foram desenhadas para avaliar atitudes e comportamentos relativos à alimentação, ao peso e à forma física (Tendência para Emagrecer, Bulimia, Insatisfação Corporal), referindo-se as cinco restantes a construtos e traços psicológicos clinicamente relevantes para

as perturbações alimentares (Ineficácia, Perfeição, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medo da Maturidade).

A versão actual do EDI-2 retém os 64 itens do inventário original, mais 27 adicionais e 3 novos construtos que constituem as sub-escalas provisórias: Ascetismo (ASC) que mede o regime de intensa e austera vida espiritual, caracterizada por meditação, renúncias, sacrifício e mortificação com o objectivo de alcançar a perfeição moral; Regulação de impulsos (RI), que avalia a tendência para a Impulsividade, nomeadamente para o abuso de substâncias, falta de cuidados, hostilidade, automutilação e destrutividade das relações interpessoais; e Medos Sociais (MS) que mede como é que os indivíduos sentem as relações sociais. O EDI-2 agrupa, assim, um total de 91 itens subdivididos por 11 subescalas.

O formato de apresentação dos itens é o de escolha forçada numa escala de Likert de seis pontos entre “sempre”, “normalmente”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”. Os resultados brutos nas sub-escalas do EDI-2 são agrupadas num perfil que permite a comparação com as normas de sub-escalas de doentes com perturbações alimentares e o grupo de controlo de estudantes universitárias.

7.2.3.3.2 Descrição das sub-escalas do EDI-2

Passamos a descrever as sub-escalas do EDI-2: tendência para emagrecer, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva, medo da maturidade, ascetismo, regulação de impulsos e medos sociais.

Tendência para emagrecer

A “tendência para emagrecer”, a “procura incansável da magreza” e o “medo mórbido da gordura” têm sido descritos como características cardinais das perturbações alimentares. As manifestações clínicas de um desejo intenso de emagrecer ou o medo de engordar são essenciais para o diagnóstico de uma perturbação alimentar. Os itens nesta sub-escala avaliam a preocupação excessiva com as dietas, com o peso e com o receio de ganhar peso.

Bulimia

A sub-escala da bulimia avalia a tendência para pensar ou envolver-se em episódios de empanturramento. A presença da ingestão compulsiva de alimentos é uma das características da bulimia nervosa e diferencia os tipos purgativos e restritivos da anorexia nervosa. A investigação tem mostrado que o empanturramento

é comum em indivíduos que não preenchem todos os critérios para o diagnóstico formal de uma perturbação alimentar. Na maior parte dos casos, contudo, o empanturramento está associado com acentuado sofrimento e ansiedade.

Insatisfação Corporal

Apesar da Insatisfação Corporal ser endémica/comum entre as jovens do sexo feminino do mundo ocidental, na sua forma mais extrema é considerado ser o factor primordial responsável por iniciar e manter os comportamentos extremos de controlo de peso que se encontram nas perturbações alimentares. Esta sub-escala mede a insatisfação com a forma global e com o tamanho das zonas corporais que são o principal foco de preocupação das perturbações alimentares (estômago, ancas, nádegas e coxas).

Ineficácia

Esta sub-escala avalia os sentimentos de inadequação, insegurança, desvalorização, vazio e falta de controlo sobre a própria vida. Está conceptualmente muito próximo da fraca auto-estima ou auto-avaliação negativa, mas vai para além destes constructos para incluir sensações de vazio e solidão. Valores altos nesta sub-escala reflectem um défice significativo na auto-estima devido a sentimentos de inadequação.

Perfeccionismo

Esta sub-escala avalia em que medida uma pessoa se auto-reforça a partir da aquisição de níveis altos de exigência. Itens nesta sub-escala medem a crença de que somente níveis altos de desempenho pessoal são aceitáveis e somente estes são esperados pelos outros (pais e professores).

Desconfiança Interpessoal

Esta sub-escala avalia a relutância e dificuldade em estabelecer relações próximas. Avalia também a relutância em expressar pensamentos ou sentimentos aos outros.

Consciência Interoceptiva

Esta sub-escala avalia a confusão e apreensão em reconhecer e responder com acuidade aos estados emocionais. Detecta também a incerteza na identificação de sensações viscerais relacionadas com a fome e a saciação. Confusão e desconfiança

acerca do funcionamento corporal e afectivo têm sido repetidamente descritos como um factor importante na patogénese das perturbações alimentares.

Medo da Maturidade

Esta sub-escala avalia o desejo de voltar à segurança da infância, um dos conceitos descritos como sendo uma característica central em algumas das pessoas que desenvolvem perturbações alimentares. Nestes casos, a perda de peso leva a uma regressão psicobiológica pois conduz a uma aparência e estado hormonal pré-pubertal. Esta regressão produz alívio do tumulto da adolescência e dos conflitos com a família.

Ascetismo

Mede a tendência para procurar a virtude através da procura de ideais espirituais tais como a auto-disciplina, a auto-restrição, o auto-sacrifício e o controlo dos impulsos corporais. Como já vimos, a motivação ascética para a perda de peso, comum nos primeiros casos descritos de anorexia, sendo ainda actualmente importante em alguns casos.

Regulação de Impulsos

Esta sub-escala avalia a tendência para a impulsividade, abuso de substâncias, destrutibilidade, hostilidade, auto-destruição e destrutibilidade nas relações interpessoais. A tendência para uma regulação deficitária do impulso tem sido identificada como um sinal de mau prognóstico nas perturbações alimentares. Os itens nesta sub-escala são sobreponíveis com as características “borderline” do sub-grupo de doentes que mais resistem ao tratamento.

Medos Sociais

Esta sub-escala avalia a crença pessoal que as relações sociais são tensas, inseguras, desiludem, não compensadoras e geralmente de fraca qualidade. A tendência para alguns doentes terem dúvidas acerca da sua vida social e infelicidade nesta área tem sido observada e pode ter implicações para o tratamento.

Em contextos não clínicos o EDI-2 é uma forma de identificar indivíduos que têm perturbações alimentares subclínicas ou aqueles que estão em risco de as desenvolver. Por ter estas características foi por nós escolhido para o nosso estudo. É um bom instrumento de filtragem de sintomatologia de psicopatologia alimentar e de outras áreas de desconforto. O EDI-2 tem sido usado em estudos prospectivos, em

indivíduos em risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. As sub-escalas do EDI-2 têm sido usadas para seleccionar ou definir grupos em estudos acerca da satisfação corporal, preocupação com o peso e perfeccionismo.

O tempo estimado para o preenchimento do EDI-2 é de 20 minutos. No nosso estudo os sujeitos demoraram em média 15 minutos para preencher o questionário.

7.2.3.3.3 Administração

É uma escala de auto-relato e pode ser administrada individualmente ou em grupo e tem sido usada com respondentes a partir dos 11 anos de idade, no entanto as sub-escalas do ascetismo, regulação do impulso e Insegurança social não foram validadas para amostras de jovens com menos de 12 anos de idade (Garner, 1991).

A administração do EDI-2 deve ser complementada com informação socio-demográfica para uma escolha adequada dos resultados das amostras comparativas (Garner, 1991).

7.2.3.3.4 Informação Psicométrica

Adicionalmente às normas para as doentes com perturbações alimentares e para as estudantes universitárias, o manual (Garner, 1991) providencia normas separadas baseadas em variáveis tais como diagnóstico, género e idade, que ajudam a interpretar os perfis individuais do EDI-2. Tal como indicado anteriormente, os pacientes com perturbações alimentares diferem dos controlos. Da mesma forma, homens e mulheres diferem substancialmente em algumas das subescalas do EDI-2 e a distribuição dos totais é diferente nos jovens e nos adolescentes.

No que diz respeito à consistência interna, um dos critérios para a elaboração final das subescalas do EDI foi que tivessem um coeficiente de consistência interna (alfa de cronbach) acima de 0,80 para uma amostra de doentes com perturbações alimentares. Eberenz & Gleaves (1994) encontraram coeficientes entre os valores 0,83 e 0,92 para as doentes com perturbações alimentares e entre 0,82 e 0,90 para os controlos na escala original do EDI. Num estudo feito com desportistas de alta competição os alfas encontrados variaram entre 0,65 e 0,91.

A fidedignidade, avaliada por teste- reteste tem sido estabelecida por vários estudos e encontra-se descrita no manual do EDI-2 (Garner, 1991).

Quanto à validade, existe um corpo sólido de literatura que indica que as subescalas do EDI-2 medem dimensões relevantes da experiência dos doentes com perturbações alimentares (Garner, 1991). As escalas originais revelam conteúdo apropriado e validade de critério. Existe evidência considerável da validade

convergente e discriminante para as subescalas do EDI original (Rathner & Rumpold, 1994). Os dados encontrados pelos estudos de validação originais têm sido replicados e ampliados por pesquisas subseqüentes conduzidas em diferentes situações.

As propriedades psicométricas do instrumento original são boas e os construtos medem domínios de sintomas com utilidade clínica. Os estudos de validação e de avaliação das qualidades do instrumento têm demonstrado que o EDI é sensível às mudanças clínicas, podendo desempenhar um papel valioso na avaliação clínica de doentes com psicopatologia alimentar ou daqueles que se suspeita terem distúrbios alimentares (Rathner & Rumpold, 1994; Garner, Rockert, Garner, Davis & Olmsted, 1993; Garner, 1991; Garner et al., 1984). Há menos evidência que diga respeito às escalas provisórias do EDI- 2. A análise factorial feita por Eberenz & Gleaves (1994) não suporta a validade das 3 subescalas provisórias.

No estudo já anteriormente referido de Lewinsohn et al. (2002), a escala de insatisfação corporal revelou estar menos correlacionada com o índice de massa corporal nos homens do que nas mulheres o que parece indicar que esta sub-escala pode estar mais desenhada para medir a insatisfação corporal nas mulheres do que nos homens. Os autores (Lewinsohn et al., 2002) propõem que as investigações futuras incluam questões relativas à insatisfação corporal menos dirigidas a partes do corpo que tipicamente têm mais adiposidade/ massa corporal nas mulheres (como é o caso das nádegas e das coxas).

Tal como todos os instrumentos de auto-relato, o EDI-2 pode ser criticado como vulnerável às distorções induzidas pelos enviesamentos criados pelos estilos de resposta, omissão de informação, defesa e negação da sintomatologia. Nesse sentido não é um instrumento de avaliação tão preciso quanto uma entrevista estruturada. Tem a vantagem de ser um instrumento de aplicação rápida, que pode ser colectiva, sem que seja necessário recorrer a entrevistadores treinados.

Em Portugal, Pocinho (2000) estudou as características psicométricas do EDI-2 numa amostra de 549 indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos. Nesse estudo, os autores encontraram uma consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach de 0,911 e uma estabilidade temporal, medida pelo método de teste-reteste, com intervalo de 2 semanas, de 0,923. Os valores encontrados aproximam-se dos descritos no manual do EDI-2 (Garner, 1991). Machado, Gonçalves, Martins & Soares (2001) avaliaram as propriedades psicométricas da escala original do EDI com uma amostra de 424 sujeitos da população não clínica e clínica³⁴. O instrumento

³⁴ A amostra da população deste estudo era constituída em 94 estudantes do ensino secundário de ambos os sexos entre os 15 e os 18 anos, 247 estudantes do ensino superior de

apresentou boas qualidades psicométricas, apresentando boas qualidades discriminativas das populações clínicas e não clínica.

Neste estudo o tempo de preenchimento médio da escala foi de 15 minutos.

7.2.3.4 Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES; Rosenberg, 1965, 1979)

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg é um instrumento bastante utilizado e referido na investigação como uma boa medida para avaliar a auto-estima geral. A auto-estima é uma orientação negativa ou positiva para si próprio, isto é, uma avaliação global do valor do próprio. A auto-estima difere do auto-conceito, podendo este último ser definido como a "constelação de coisas que a pessoa utiliza para se auto-descrever" (Blascovich & Tomaka, 1993). A auto-estima é a avaliação da informação contida no auto-conceito e deriva dos sentimentos acerca do que uma pessoa é (Pope, McHale & Craighead, 1991). A auto-estima pode ser globalmente definida como a discrepância entre o auto-conceito actual e o ideal do self (Pope et al., 1991).

A auto-estima é uma componente do auto-conceito definido por Rosenberg (cit. in Pocinho, 2000, pp. 33) como "a totalidade dos pensamentos e sentimentos de um indivíduo com referência a si próprio como objecto". Para além da auto-estima, a auto-eficácia e as auto-identidades são partes importantes do auto-conceito.

Devido ao seu uso comum, a auto-estima é um conceito especialmente sujeito a distorções. Muito do trabalho de Rosenberg consistiu examinar em que medida a posição de certas estruturas sociais (como, por exemplo, o estatuto social ou étnico) ou os contextos institucionais (como a escola ou as famílias) estão relacionadas com a auto-estima. As forças sociais padrão oferecem um conjunto de experiências que são activamente interpretadas pelos indivíduos de acordo com a estruturação do seu próprio auto-conceito. Pelo menos quatro princípios teóricos chave estão na base do processo de formação do auto-conceito: comparações sociais, auto-atribuições, auto-focalização e observações/comentários percebidos.

Adicionalmente à conceptualização da auto-estima como o resultado de forças sociais, esta é muitas vezes analisada como uma variável dependente ou moderadora.

ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos, 55 jovens do sexo feminino com diagnóstico de anorexia nervosa e 28 sujeitos do sexo feminino com diagnóstico de bulimia nervosa. As jovens pertencentes à amostra clínica tinham idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos de idade.

É necessário notar que a auto-estima é geralmente uma característica estável dos adultos, por isso não é facilmente manipulável como um resultado em estudos experimentais. A auto-estima não pode ser educada pois desenvolve-se através das experiências de vida individuais.

Embora desenhada como uma escala Guttman, a RSES é normalmente cotada como uma escala de Likert. Os dez itens que a compõem são respondidos numa escala de cinco pontos que varia entre concordo totalmente até discordo totalmente.

A amostra inicial a partir da qual a escala foi desenvolvida nos anos 60 consistia em 5024 estudantes universitários de dez escolas escolhidas aleatoriamente no estado de Nova Iorque. De uma forma geral a escala tem fidedignidade alta: as correlações teste-reteste situam-se entre 0,82 e 0,88 e o alfa de Cronbach para várias amostras está entre 0,77 e 0,88 (Blascovich and Tomaka, 1993; Rosenberg, 1986). Os estudos mostram uma estrutura unidimensional e de dois factores (auto-confiança e auto-depreciação). Os itens 1, 2, 4, 6 e 7 são cotados de 0 a 4 ou de 1 a 5 e os itens 3, 5, 8, 9 e 10 (que estão formulados de forma inversa/ negativa) são cotados de 4 a 0 ou de 5 a 1, respectivamente.

Os resultados situam-se entre 0-40, sendo o valor 40 o maior possível. A escala pode ser cotada de 1 a 5, sendo que nesse caso os resultados variam entre 10 e 50, sendo 50 o maior valor possível. Foi esta a cotação por nós adoptada no estudo que apresentamos. Um score de 10 a 20 indica baixa auto-estima, um score de 21 a 40 indica um grau médio de auto-estima e um score entre 41 e 50 indica uma elevada auto-estima.

No nosso estudo o tempo médio de preenchimento da RSES foi de 4 minutos.

7.2.3.5 Questionário de Esquemas (Young Schema Questionnaire- Questionário de Esquemas; Young, 1990)

O conceito mais básico na Terapia dos Esquemas é o do Esquema Mal-Adaptativo Precoce (Young, 1990). Os esquemas são temas latos e perseverantes a respeito de nós próprios e da nossa relação com os outros que se desenvolvem durante a nossa infância, são elaborados ao longo da vida e a um certo nível (momento do ciclo de vida ou situações específicas) disfuncionais. Os esquemas desenvolvem-se na infância a partir de um jogo recíproco entre o temperamento inato da criança e as experiências perturbadoras com os pais, os parentes e os pares. Uma vez que têm um início precoce, os esquemas tornam-se familiares e confortáveis. Distorcemos a visão dos eventos nas nossas vidas de forma a manter a validade dos nossos esquemas. Os esquemas podem estar inactivos até serem activados por

situações relevantes para aquele esquema em particular. Em 1990, Young propõe a existência de 15 esquemas precoces mal adaptativos que se organizavam em quatro domínios principais.

Estes esquemas foram elaborados tendo por base uma amostra clínica de doentes crónicos, tendo sofrido uma revisão constante à medida que prosseguem as investigações nesta áreas. Estas revisões serão focadas ao longo deste trabalho. É esta formulação inicial que deu origem ao Questionário de Esquemas de Young elaborado em 1990 e utilizado no nosso protocolo de investigação.

1. AUTONOMIA

Dependência: Crença de que não se é capaz de funcionar por si próprio.

Subjugação/falta de individuação: Sacrifício voluntário ou involuntário das suas próprias necessidades para satisfazer as dos outros, muitas vezes acompanhado da dificuldade em reconhecer as suas próprias necessidades.

Vulnerabilidade ao mal e à doença: Medo de que um desastre possa acontecer a qualquer momento (natural, crime, médico financeiro).

Medo de perder o auto-controlo: O medo de involuntariamente perder o controlo do seu próprio comportamento, impulso, emoções, mente, corpo, etc.

2. LIGAÇÃO

Privação emocional: A expectativa de que as necessidades de alimento, empatia, afecto e cuidado nunca serão realmente satisfeitas pelos outros.

Abandono/perda: Medo de perder outros significativos e assim ficar sozinho emocionalmente.

Abuso: Expectativa de que os outros nos irão magoar, abusar de nós, gozar-nos, mentir, manipular ou levar vantagem.

Isolamento/alienação: Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas, e/ou de que não fazemos parte de qualquer grupo ou comunidade.

3. VALIA

Defeito/incapacidade para se ser amado: Sentimento de que se tem algum "defeito" e de que não se pode ser amado por outros significativos.

Indesejabilidade social: Crença de que se é indesejável para os outros (por exemplo, feio, sexualmente indesejável, baixo *status*, pobre capacidade de diálogo).

Incompetência/fracasso: Crença de que se é incompetente para o desempenho em certas áreas (escola, carreira, etc.), para assumir as responsabilidades diárias para com os outros ou na tomada de decisões.

Culpa: Crença de que se é ética ou moralmente mau ou irresponsável e que por isso se merece ser criticado ou castigado.

Vergonha/embaraço: Sentimentos recorrentes de vergonha ou auto-consciência, experienciados porque se acredita que se é inadequado e que estas características são totalmente inaceitáveis para os outros.

4. LIMITES E PADRÕES

Padrões rígidos: Ter expectativas extremamente elevadas acerca de si próprio, de felicidade, saúde, prazer, etc.

Limites insuficientes: Crença de que se deve ser capaz de fazer, dizer ou ter aquilo que se quer imediatamente, sem ter em conta os outros. Dificuldades com a auto-disciplina.

O Questionário de Esquemas de Young (1990) é um inventário de auto-resposta constituído por 123 itens designados para medir os 15 E.P.M.s. O QE é normalmente cotada como uma escala de Likert. Os sujeitos cotam cada afirmação de acordo uma escala que varia entre 1- "Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser" e 6- "Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente". Quanto maior a cotação maior a intensidade/activação do esquema. Os itens são apresentados sequencialmente, isto é, não aleatoriamente, e agrupados de acordo com o esquema que avaliam.

Young realizou versões posteriores do Schema Questionnaire (In. McGinn and Young, 1996). Considera, a partir desse momento, a existência de 18 esquemas e define estratégias específicas cognitivas, comportamentais, experienciais e interpessoais para cada um deles (Young, cit. in McGinn & Young, 1996). Este questionário é constituído por 205 itens dos quais foram extraídos 75 itens para fazer uma versão mais curta. Têm-se desenvolvido vários estudos de validação psicométrica das novas versões do QE. OS estudos revelam que ambas as versões mais recentes do QE (longa e curta) têm boas qualidades psicométricas (Lee, Taylor & Dunn, 1999; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995).

Os esquemas mal adaptativos precoces definidos por Young (1990) e avaliados na versão original do seu questionário, constituído por 123 itens são:

1. Dependência

2. Subjugação/ falta de individuação
3. Vulnerabilidade ao mal e à doença
4. Medo de perder o auto-controlo
5. Privação emocional
6. Abandono/ perda
7. Abuso
8. Isolamento/ alienação
9. Defeito/ incapacidade para se ser amado
10. Indesejabilidade social
11. Incompetência/ fracasso
12. Culpa
13. Vergonha/ embaraço
14. Padrões rígidos
15. Limites insuficientes

Em Portugal, um estudo feito com 489 indivíduos da população geral (Pinto-Gouveia & Robalo, 1998), fez a avaliação psicométrica e avaliou a estrutura factorial da versão de 1990, constituída por 123 itens, do QE. O QE apresentou boas qualidades psicométricas. Os autores encontraram uma estrutura factorial semelhante à definida por Young originalmente, excepto em um dos factores. O estudo da estrutura factorial foi feito com base numa análise de componentes principais com rotação varimax. Foram retidos 14 factores que revelaram validade factorial, explicando 49,67% da variância. Nos factores resultantes do estudo de Pinto-Gouveia & Robalo (1998) foram somente retidos os itens que tinham saturações superiores a 0,30.

Apesar de não ser esta a versão mais actual do QE de Young, optámos por usar a versão de 1990 uma vez que as suas características psicométricas já tinham sido estudadas para a população portuguesa por Pinto-Gouveia & Robalo (1998). Os factores encontrados neste estudo são:

1. Privação
2. Culpa/Fracasso
3. Indesejabilidade Social/Defeito
4. Desconfiança/Abuso
5. Padrões excessivos
6. Medo de perder o controlo
7. Dependência
8. Isolamento social/Alienação

9. Limites Insuficientes
10. Medo de ser Abandonado
11. Vulnerabilidade ao mal e à doença
12. Subjugação
13. Vergonha
14. Miscelânea

No nosso estudo os sujeitos demoraram cerca de 20 minutos a preencher o QE.

7.2.3.6 Comportamentos e Atitudes Relativamente ao Peso e Imagem Corporal (CARPIC; Ferreira, 2002)

O CARPIC avalia as atitudes, emoções e crenças associadas com as perturbações alimentares. Os respondentes respondem a 28 questões através de uma escala Likert de 5 pontos entre “Concordo” e “Discordo”. A pontuação mais alta é indicativa de maior severidade/ patologia do comportamento.

Num estudo não publicado (Ferreira, comunicação pessoal 8 de Janeiro de 2003) feito com 816 sujeitos de ambos os sexos os itens foram agrupados em 3 subescalas definidas como: descontentamento com a imagem corporal; valorização do controlo/sucesso e comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal. A autora fez um estudo com 27 anorécticas e 480 jovens como grupo de comparação e verificou que o CARPIC discrimina sujeitos com anorexia nervosa dos sujeitos do grupo de comparação. A sub-escala do descontentamento com a imagem corporal é a única que não discrimina as doentes com anorexia nervosa dos sujeitos do grupo de comparação, apesar das anorécticas apresentarem elevação nesta sub-escala.

Sendo um instrumento ainda em estudo, não estão disponíveis os seus dados normativos e características psicométricas.

O tempo médio de preenchimento do CARPIC no nosso estudo foi de cerca de 10 minutos.

7.2.3.7 Inventário Depressivo de Beck (Beck Depression Inventory-BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

A versão original do Beck Depression Inventory (BDI) foi apresentada por Beck et al., em 1961. O BDI foi revisto em 1971. Ambas as versões (original e revista) mostraram estar altamente correlacionadas (Lightfoot & Oliver, 1985 in Groth-Marnath, 1990).

O BDI é um inventário de auto-resposta constituído por 21 itens que medem atitudes e sintomas característicos da depressão. O BDI está desenvolvido para várias formas de apresentação: em software informático, em cartões, numa versão abreviada de 13 itens e a mais recente versão o BDI-11 (Steer, Rissmiller & Beck, 2000). A classificação de cada item oscila entre 0 e 3 valores. Cada conjunto de itens é agrupado por ordem crescente de gravidade. A classificação é feita de acordo com a gravidade do sintoma a que corresponde a afirmação. A pontuação final pode variar entre 0 e 63 pontos. Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram (cit. in Pinto-Gouveia, 1990) referem como ponto de corte entre a depressão leve e a depressão moderada o valor 20. No nosso estudo este valor serviu como critério para excluir os sujeitos deprimidos.

No que diz respeito à fidedignidade, a consistência interna para o BDI varia entre 0,73 e 0,92. (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Beck e os seus companheiros não recomendaram o uso convencional de teste- reteste para o BDI (Beck et al., 1961) uma vez que se este fosse apresentado em intervalos de tempo curtos, os resultados seriam afectados por factores de memória. Se o teste fosse readministrado com períodos de tempo longo os resultados poderiam ser afectados por uma alteração da intensidade da depressão. Groth-Marnat (1990) relata que a fidedignidade teste- reteste se situa entre 0,48 e 0,86, dependendo do intervalo entre os testes e do tipo de população.

O estudo das qualidades psicométricas deste inventário tem demonstrado validades e fidedignidade elevadas (Bonicatto, Dew & Soria, 1998; Beck et al., 1988). A versão por nós usada foi traduzida e aferida por Serra & Abreu (1973) que estabeleceu a capacidade do BDI para diferenciar entre indivíduos normais e deprimidos e para abarcar com rigor os diferentes sintomas da depressão. Os 21 itens dizem respeito aos seguintes conteúdos:

1. Humor
2. Pessimismo
3. Sentimento de fracasso
4. Falta de satisfação
5. Sentimento de culpabilidade
6. Sentimento de punição
7. Ódio de si mesmo
8. Auto-acusações
9. Desejos suicidas
10. Períodos de choro
11. Irritabilidade

12. Afastamento social
13. Incapacidade de decisão
14. Distorção da imagem corporal
15. Incapacidade de trabalhar
16. Alterações do sono
17. Fatigabilidade
18. Perda de apetite
19. Perda de Peso
20. Hipocondria
21. Diminuição da Líbido

O BDI demora cerca de 10 minutos a ser preenchido. No nosso estudo-o BDI levou em média 7 minutos a preencher.

7.2.4 Procedimento Estatístico

7.2.4.1 Codificação e Cotação

Fez-se a recolha dos dados, após a qual se codificaram as respostas. No Questionário Sócio-Demográfico e de Avaliação foram criadas categorias a partir das respostas dadas. As variáveis para as quais foram criadas categorias a partir de perguntas abertas foram: doença física na mãe, no pai e na própria; doença psicológica na mãe, no pai e na própria; existência de meios-irmãos; existência de irmãos na área do bailado; tipo de estratégias usadas para ter a figura ideal; profissão ideal ajustada ao curso actual; atraso menstrual e profissão ideal: bailarina, coreógrafa, área do bailado, psicologia, educadora de infância.

Algumas variáveis foram criadas a partir da combinação de outras, outras foram compactadas e outras foram alargadas. As variáveis criadas a partir da combinação de outras foram: o nível sócio-económico, criado a partir das habilitações literárias e da profissão dos pais³⁵, o índice de massa corporal, criado a partir do peso actual e altura, segundo a fórmula peso actual dividido pelo quadrado da altura (peso actual / altura²). Usou-se um procedimento análogo para criar a variável índice de massa corporal ideal. Criou-se, ainda, uma variável à qual se chamou de "índice de massa corporal 2" com duas categorias: índice de massa corporal normal e índice de massa corporal patológico. O ponto de corte admitido foi de 19,5, uma vez que o valor 20 no

³⁵ A classificação do nível sócio-económico foi adaptada de Simões (1994) e está descrita em anexo a este estudo.

índice de massa corporal é o valor limite entre o défice de peso e a normalidade. Usou-se um procedimento semelhante para criar a variável índice de massa corporal ideal 2 a partir do imc ideal.

Os instrumentos foram cotados de acordo com as regras de cotação de cada um deles. No caso de não existir uma resposta esta era substituída pela média do grupo a que a respondente pertencia (estudante de dança ou estudante de outro curso) relativamente a esse item. Foram excluídas as inquiridas que não responderam a mais do que dois itens num dos instrumentos.

7.2.4.2 Tratamento Estatístico dos Dados

Utilizou-se o tratamento informático através do SPSS 11.0 for Windows.

Passamos a descrever o tratamento estatístico:

- Inspeção dos dados para verificar se havia desvios significativos em relação à normalidade, nas variáveis estudadas.
- Análise estatística descritiva para caracterização da amostra e dos dois grupos que a compõem.
- Cálculo das frequências e percentagens para os dados qualitativos e médias, medianas e desvios-padrão dos dados quantitativos da amostra total.
- Cálculo das frequências e percentagens para os dados qualitativos e médias, medianas e desvios-padrão dos dados quantitativos de cada um dos grupos.
- Análise estatística inferencial.
- Testes t-student, qui-quadrado, correlações r de Spearman e análise de regressão múltipla.

Capítulo IV

Apresentação e Leitura dos Resultados

8 Caracterização Geral da Amostra

As características gerais da amostra em função do curso são apresentadas no quadro seguinte.

A amostra é constituída por 152 estudantes do ensino superior com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos, do sexo feminino. A amostra subdivide-se em dois grupos: 44 estudantes do curso de dança da escola superior de dança (ED) e estudantes de outro curso (EOC).

Apresentam-se de seguida os dados que caracterizam e diferenciam cada grupo.

Quadro 18 - Características gerais da amostra

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)			Testes Estatísticos
	n (%)			n (%)			
Etnia							
Caucasiana	42	(95,5)		106	(98,1)		ns
Não Caucasiana	2	(4,5)		2	(1,9)		
Sit. Profissional							
Estudante	43	(97,7)		104	(96,3)		ns
Traba.-estudante	1	(2,3)		4	(3,7)		
Cohabitação							
Com família	21	(47,7)		87	(80,6)		$\chi^2=16,381$
Sem família	23	(52,3)		21	(19,4)		$p \leq 0,001$
NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO							
Baixo	4	(9,3)		35	(32,4)		$\chi^2=28,703$ $p \leq 0,001$
Médio	14	(32,6)		56	(51,9)		
Médio-Alto e Elevado	25	(58,1)		17	(15,7)		
Posição na Fratria							
Filha única	3	(6,8)		20	(18,7)		$\chi^2=11,761$ $p \leq 0,01$
Mais nova	19	(43,2)		43	(40,2)		
Meio	9	(20,5)		5	(4,7)		
Mais velha	13	(29,5)		39	(36,4)		
Doenças Físicas							
Ortopédica	7	(15,9)		2	(1,9)		Teste de Fisher $p \leq 0,001$
Outras	37	(84,1)		106	(98,1)		
Idade	M	DP	Min.-Máx.	M	DP	Min.-Máx.	
	20,95	3,10	17-29	21,83	2,36	18-27	ns

A partir da leitura do quadro precedente podemos fazer a leitura das características gerais dos grupos estudados. A análise comparativa dos dois grupos revelou diferenças relativamente a um número significativo de variáveis demográficas:

nível sócio-económico; nível de escolaridade dos pais; co-habitação durante o ano lectivo; posição na fratria.

Os grupos diferem no que diz respeito à posição dos sujeitos na fratria ($\chi^2=11,761$; $p\leq 0,01$). No grupo das ED há um número significativamente maior de estudantes com irmãos mais velhos (63%), o que quer dizer que há maior probabilidade de encontrarmos estudantes que são a irmã mais velha no grupo das EOC.

Observam-se também diferenças significativas entre os grupos relativamente à co-habitação durante o ano lectivo³⁶ ($\chi^2=16,381$; $p\leq 0,001$). O grupo ED apresenta um número maior de estudantes que vivem sem família (52,3%). Fora do ano lectivo não se registaram diferenças entre os grupos no que diz respeito à coabitação.

Os grupos relevaram diferença na história de tipo de doença física (teste de Fisher, $p\leq 0,01$). O grupo ED apresenta mais história de doenças ortopédicas do que o grupo de EOC. Este facto pode ser explicado pelas características da amostra de ED que trabalham mais com o corpo em esforço físico podendo estar mais vulneráveis ao desenvolvimento deste tipo de doença ou ao facto de este grupo estar mais atento à sintomatologia física.

No que diz respeito ao nível sócio-económico os dois grupos apresentam diferenças significativas ($\chi^2=28,703$; $p\leq 0,001$). O grupo ED apresenta maior percentagem de estudantes pertencente ao nível sócio-económico elevado (58%) do que o grupo EOC (15,7%). As habilitações literárias dos pais diferiam nos dois grupos. Esta característica foi usada para calcular o nível sócio-económico, variável na qual foram também encontradas diferenças entre os grupos. Nas variáveis avaliadas não foram encontradas mais diferenças entre as características das famílias dos dois grupos.

Os grupos não apresentam diferenças ao nível das seguintes variáveis sócio-demográficas: idade, etnia³⁷ e profissão. Dado o método de recolha dos dados deste estudo, todos os sujeitos da amostra são estudantes. No grupo ED encontramos uma estudante trabalhadora e no grupo EOC encontramos 4 estudantes trabalhadoras. A presença de trabalhadores estudantes não difere significativamente entre os grupos.

³⁶ Optou-se por dicotomizar a co-habitação das jovens em duas categorias: viver com família ou viver sem família. Entre as jovens que vivem com a família encontramos as que vivem com a família nuclear, com a família reconstruída e com outros familiares. Entre as jovens que vivem sem família encontramos as que vivem sozinhas, com colega/s, com amigo/s e com o namorado.

³⁷ Optou-se por dicotomizar a variável etnia em duas categorias: caucasianas e não caucasianas.

Em resumo, os dois grupos ED e EOC apresentam diferenças em relação a algumas características sócio-demográficas. Algumas destas diferenças parecem intensamente associadas ao fenómeno das perturbações alimentares (como vimos na revisão bibliográfica a pertença a um nível sócio-económico alto parece estar fortemente associado ao desenvolvimento e presença de perturbações alimentares). Optámos por não homogeneizar a amostra relativamente a esta característica, uma vez que ao retirar jovens de nível sócio-económico alto do grupo ED ou de nível sócio-económico baixo e médio do grupo EOC estaríamos a descaracterizar os grupos.

9 Estudo de Comparação entre Estudantes de Dança (ED) e Estudantes de Outro Curso (EOC)

9.1 Resultados do Questionário Sócio-Demográfico

Passamos a apresentar os dados do questionário sócio-demográfico comparando os dois grupos. Realizou-se sempre que possível testes estatísticos para análise dos dados. Para encontrar diferenças significativas entre os grupos usou-se o teste χ^2 para analisar dados qualitativos e testes t de student para comparar médias entre amostras independentes e ainda testes Mann Whitney para análise de dados ordinais.

Os dados apresentados dividem-se em três partes: os dados referentes ao peso, e os dados referentes à percepção que as estudantes têm em relação à pressão externa para o aspecto físico e as estratégias utilizadas pelas estudantes para ter a forma física ideal.

9.1.1 Família das estudantes

Descreve-se de seguida a informação relativa à família dos estudantes ED e EOC.

9.1.1.1 Estrutura familiar

O quadro seguinte apresenta a frequência e percentagem de estudantes em cada um dos grupos nas diferentes constelações familiares³⁸.

³⁸ A classificação foi obtida a partir da categorização da resposta à questão relativa à coabitação fora do ano lectivo. Categorizam-se em família nuclear intacta as estudantes que vivem com a família de origem (pai e mãe casados) ou com o "conjuge"; classificam-se na categoria "monoparental" as jovens que vivem somente com um dos pais por razões de separação, divórcio, viuvez ou outras; categorizaram-se em família reconstituída as estudantes que viviam com um dos progenitores e seu "conjuge" após uma separação ou divórcio; na categoria "outros" incluímos as estudantes que viviam com outros familiares, co colegas, sozinhas ou com namorados.

Quadro 19 - Estrutura familiar

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)
	n (%)	n (%)
Estrutura Familiar		
Familiar Nuclear Intacta	35 (79,5)	89 (82,4)
Monoparental	3 (7)	11 (10,2)
Reconstituído	2 (4,5)	4 (3,7)
Outros	4 (9)	4 (3,7)

Não se encontraram diferenças nos dois grupos relativamente às configurações da estrutura familiar. Em ambos os grupos as estudantes têm maioritariamente a família nuclear intacta.

9.1.1.2 Saúde mental e física dos pais

No quadro seguinte apresenta-se para cada grupo os dados da distribuição de doença física e mental em cada um dos progenitores.

Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente à existência de doença física ou mental em cada um dos progenitores.

Quadro 20 - Saúde mental e física dos pais

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)
	n (%)	n (%)
Doença Física		
Na Mãe	12 (27,3)	21 (19,4)
No Pai	10 (23,8)	17 (16,3)
Doença Psicológica		
Na Mãe	10 (22,7)	17 (15,7)
No Pai	5 (11,9)	7 (6,7)

Da análise global dos dados salienta-se que há uma maior proporção de estudantes com pais sem história de doença física e/ou mental.

Os grupos não diferem em relação ao tipo de doenças físicas ou mentais apresentadas pelos progenitores. Em nenhum dos grupos foi mencionada história de perturbações alimentares em nenhum dos pais.

9.1.1.3 Fratria

Apresenta-se de seguida os dados relevantes referentes ao sub-sistema filial

9.1.1.3.1 Existência de irmãos

O Quadro 21 ilustra a existência de irmãos na família dos dois grupos em estudo.

Quadro 21 - Irmãos

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Irmãos			
Sim	41 (93,2)	89 (82,4)	ns
Não	3 (6,8)	19 (17,6)	

A observação do quadro anterior permite-nos concluir que os grupos não diferem no que diz respeito à existência de irmãos na família. A maioria das estudantes tem irmãos. Há mais filhas únicas entre o grupo EOC.

9.1.1.3.2 Posição na fratria e número de irmãos

No Quadro 22 ilustra-se em cada grupo a posição das estudantes na fratria assim como o número médio de irmãos existente em cada grupo.

Quadro 22 - Posição na fratria

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)			Testes Estatísticos
	n (%)			n (%)			
Posição na Fratria							
Filha única	3 (6,8)			20 (18,7)			$\chi^2=11,761$ p≤0,01
Mais nova	19 (43,2)			43 (40,2)			
Meio	9 (20,5)			5 (4,7)			
Mais velha	13 (29,5)			39 (36,4)			
Número de irmãos	M	DP	Min.-Máx.	M	DP	Min.-Máx.	t=3,30 p≤0,01
	1,55	0,95	0-4	1,06	0,75	0-4	

O grupo ED apresenta menos estudantes que são a irmã mais velha da fratria, sendo que 63,7% das estudantes do grupo ED tem irmãos mais velhos. O grupo ED possui em média mais irmãos do que o grupo EOC. Em ambos os grupos a maioria dos casos situa-se na irmã mais nova.

Os grupos não diferem relativamente ao sexo dos irmãos, à existência de meios-irmãos, e à existência de irmãos na área do bailado.

Em resumo pode-se dizer que as estudantes do grupo ED pertencem a um nível sócio-económico mais alto do que as estudantes do grupo EOC e que têm maior probabilidade de ser a filha mais nova da fratria, ter um maior número de irmãos e viver durante o ano lectivo fora da família nuclear intacta.

9.1.2 Estudante

Descreve-se de seguida o resultado do estudo comparativo acerca dos dados referentes ao ajustamento socio-emocional, peso, índice de massa corporal, peso ideal, índice de massa corporal ideal, pressão e percepção da importância da magreza para a profissão futura, satisfação com o peso, satisfação com a altura,

9.1.2.1 Ajustamento sócio-emocional

O ajustamento sócio-emocional é descrito, em seguida, tendo como indicadores a percepção de história de perturbação psicológica e a história de acompanhamento psicológico prévio.

9.1.2.1.1 Percepção pessoal de história de perturbação psicológica

Apresenta-se no seguinte quadro os dados referentes às frequência e percentagem de estudantes com percepção pessoal de ter sofrido ou sofrer de perturbação psicológica.

Quadro 23 - História de perturbação psicológica

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
História de perturbação psicológica			
Sim	9 (20,5)	25 (23,1)	ns
Não	35 (79,5)	83 (76,9)	

Da observação dos dados descritos no quadro pode-se concluir que, em média, os grupos não diferem na percepção pessoal de sofrimento psicológico. A maioria das estudantes não percebe a sofrer ou ter sofrido de perturbação psicológica/psiquiátrica.

9.1.2.1.2 Acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio

De acordo com os dados apresentados no Quadro 24, uma percentagem igual em ambos os grupos de estudantes recebeu acompanhamento psicológico/psiquiátrico

Quadro 24 - Acompanhamento psicológico/psiquiátrico

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico			
Sim	9 (20,5)	21(19,4)	ns
Não	35 (79,5)	87 (80,6)	

A maioria das estudantes não recebeu acompanhamento psicológico. No grupo EOC é maior o número de estudantes que recebeu acompanhamento psicológico do que o de estudantes que percebem sofrer ou ter sofrido de perturbação psicológica.

9.1.2.2 Peso e índice de massa corporal

Descreve-se de seguida os resultados dos estudos comparativos entre o grupo ED e EOC relativamente ao peso, peso ideal, índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal.

9.1.2.2.1 Peso

No Quadro 25 são apresentados os dados relativos ao peso relatado pelas estudantes dos dois grupos.

Quadro 25 - Peso

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)			Testes Estatísticos
	n (%)			n (%)			
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Peso	53,48	4,40	45 - 69	57,27	10,02	40 - 100	t=-2,413, p≤0,05

De acordo com os dados apresentados no Quadro 25, as estudantes do grupo ED pesam significativamente menos do que as estudantes EOC.

Estes dados confirmam que as estudantes de dança são mais magras que as estudantes do grupo de controlo. Importa salientar, contudo, que a actividade física a que estão sujeitas, de intenso treino diário pode ser um factor determinante para explicar estas diferenças.

9.1.2.2.2 Índice de massa corporal

De acordo com os dados apresentados no Quadro 26, as estudantes do grupo ED têm uma índice de massa corporal mais baixo do que as do grupo EOC.

Quadro 26 - Índice de massa corporal

índice de massa corporal	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			Testes Estatísticos
	(n=44)			(n=108)			
	n (%)			n (%)			
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
	19,76	1,59	17,3 - 23,0	21,25	3,21	16,6 - 34,6	t=-2,938, p≤0,01

Uma vez que os grupos não diferiam na média das alturas, podemos concluir que este resultado é largamente influenciado pela diferença de peso existente entre os grupos. Importa salientar, contudo, que apenas o grupo ED apresenta um valor médio de índice de massa corporal abaixo do limiar convencionado para a normalidade (<20).

Para efeitos de melhor compreensão da realidade das populações estudadas, introduzimos o valor de 19,5³⁹ como ponte de corte para diferenciar as jovens com índice de massa corporal patológico (≤19,5) das jovens com índice de massa corporal normal (>19,5).

Os dados apresentados no Quadro 27 ilustram a diferença da distribuição dos grupos (teste de Fisher p≤ 0,01) pelas duas categorias relativas ao índice de massa corporal: baixo e normal.

³⁹ Optou-se por utilizar este valor uma vez que o valor convencionado de 20 está no limiar entre a magreza e o índice de massa corporal normal. Adoptando o valor 19,5 não há dúvidas que os sujeitos cujo índice de massa corporal está abaixo deste valor apresentam um índice de massa corporal não saudável (Zabinsky, Pung, Wilfley, Eppstein, Winzelberg, Celio & Taylor, 2001).

Quadro 27 - Índice de massa corporal: baixo e normal

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Índice de Massa Corporal			
Baixo	23 (52,3)	34 (31,5)	Teste de Fisher $p \leq 0,01$
Normal	21 (47,7)	74 (68,5)	

De acordo com estes dados existem diferenças nítidas e significativas relativamente à patologia do índice de massa corporal dos dois grupos. As jovens do grupo ED não só apresentam um índice de massa corporal mais baixo, como apresentam cerca de 53% de sujeitos com índice de massa corporal abaixo do limite mínimo do índice de massa corporal normal. Se a prática regular de exercício físico pode ajudar a compreender a presença de índice de massa corporal mais baixo entre as bailarinas, dificilmente pode ser o único factor explicativo para que esta diferença seja no sentido da não normatividade. Devemos considerar que a prática de exercício físico pode explicar a patologização do índice de massa corporal se este for usado como estratégia de controlo de peso e se as perdas calóricas através do exercício não forem devidamente repostas através da ingestão alimentar.

9.1.2.2.3 Peso ideal

No quadro seguinte apresenta-se as diferenças entre os grupos no que diz respeito ao peso ideal.

Quadro 28 - Peso ideal

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)			Testes Estatísticos
	n (%)			n (%)			
Peso Ideal	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
	50,5	3,47	45 - 64	54,73	5,78	45 - 80	$t = -4,528$, $p \leq 0,001$

O grupo ED apresenta uma idealização de peso mais baixo do que o grupo EOC. À luz dos objectivos do nosso estudo parece relevante notar que é o grupo ED que apresenta um peso actual menor e é também o que mostra vontade de ter peso com valores mais baixos.

9.1.2.2.4 Índice de massa corporal ideal

Apresenta-se no Quadro 29 os dados relativos ao índice de massa corporal ideal calculado a partir do peso ideal e altura ideal.

Quadro 29 - Índice de massa corporal ideal

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			Testes Estatísticos
	(n=44)			(n=108)			
	n (%)			n (%)			
imc ideal	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
	17,79	1,31	14,8 - 21,1	19,1	2,05	14,7 - 26,7	t=-3,931, p≤0,001

Pela observação do quadro verifica-se que o grupo ED tem um índice de massa corporal ideal mais baixo do que o grupo EOC. Em ambos os casos o índice médio de massa corporal ideal é abaixo do valor limiar normal. No caso do grupo ED o índice de massa corporal está muito próximo do valor limiar patológico

Uma vez que os grupos não diferem no que diz respeito à altura ideal, pode-se concluir que a diferença encontrada entre o grupo ED e o grupo EOC se deve ao contributo do peso ideal na equação de cálculo do índice de massa corporal ideal.

Optou-se por dividir o índice de massa corporal ideal em duas categorias conforme procedimento conduzido e descrito anteriormente em relação ao índice de massa corporal.

Assim encontrou-se a seguinte distribuição de índice de massa corporal normal e baixo nos dois grupos:

Quadro 30 - Índice de massa corporal ideal: baixo e normal

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Índice de Massa Corporal			
Ideal			
Baixo	41 (93,2)	69 (63,9)	Teste de Fisher p≤0,001
Normal	3 (6,8)	39 (36,1)	

O grupo ED tem um índice de massa corporal ideal significativamente mais baixo do que o grupo EOC (teste de Fisher p≤0,001) o que parece confirmar a hipótese deste grupo valorizar mais a magreza e ser, consequentemente mais vulnerável ao desenvolvimento de estratégias de controlo do peso corporal. Ambos os grupos apresentam maior número de estudantes com índice de massa corporal ideal baixo.

9.1.2.3 Percepção de importância e pressão para a magreza na profissão

Descreve-se de seguida os dados encontrados relativamente à percepção das estudantes dos grupos ED e EOC da importância da magreza para a profissão, na pressão para a magreza na profissão da pressão para a magreza na vida em geral.

9.1.2.3.1 Percepção de importância da magreza para a profissão

Os grupos diferiram significativamente na percepção pessoal da importância que o peso tem para o desempenho da profissão⁴⁰ (Mann Whitney U= 352,000 $p \leq 0,001$). O quadro seguinte descreve a distribuição dos candidatos de cada grupo pelas diferentes categorias de resposta.

Quadro 31 - Importância da magreza para a futura profissão

Grau de importância	Importância da magreza para a futura profissão		
	ED n (%)	EOC n (%)	Mann-Whitney U
1 - Nada importante	-	37 (34,3)	M-W Z=-8,505, $p \leq 0,001$
2 - Pouco importante	2 (4,5)	48 (44,4)	
3 - Medianamente importante	15 (34,1)	19 (17,6)	
4 - Muito importante	21 (47,7)	3 (2,8)	
5 - Extremamente importante	6 (13,6)	1 (0,9)	

A partir da observação dos dados salienta-se que o grupo ED percebe a magreza como mais importante para a futura profissão do que o grupo EOC. A resposta mais frequente do grupo ED foi que o peso baixo é "muito importante" para o exercício da profissão.

9.1.2.3.2 Pressão na profissão para a magreza

Os grupos diferiram significativamente na percepção da pressão para a magreza na profissão⁴¹ (Mann Whitney U=412,000 $p \leq 0,001$). O quadro seguinte descreve a distribuição dos candidatos de cada grupo pelas diferentes categorias de resposta.

⁴⁰ Foram excluídos da amostra os sujeitos cujo profissão que gostariam de vir a desempenhar não estava de acordo como curso que frequentam actualmente.

⁴¹ Foram excluídos da amostra os sujeitos cujo profissão que gostariam de vir a desempenhar não estava de acordo como curso que frequentam actualmente.

Quadro 32 - Pressão na futura profissão para a magreza

Grau de pressão	Pressão na futura profissão para a magreza		
	ED n (%)	EOC n (%)	Mann-Whitney U
1 - Nada pressionada	3 (6,8)	83 (76,9)	M-W Z=-8,870, p≤0,001
2 - Pouco pressionada	9 (20,5)	19 (17,6)	
3 - Medianamente pressionada	17 (38,6)	5 (4,6)	
4 - Muito pressionada	12 (27,3)	-	
5 - Extremamente pressionada	3 (6,8)	1 (0,9)	

A partir da observação dos dados salienta-se que a resposta mais frequente do grupo ED foi que se sentem “medianamente pressionadas” para a magreza na profissão. No grupo EOC a resposta mais frequente foi de que sentem “nada pressionadas” na profissão para a magreza.

9.1.2.3.3 Pressão geral para a magreza

Apresenta-se no Quadro 33 a distribuição das frequências das respostas relativamente à pressão geral para a magreza.

Quadro 33 - Pressão geral para a magreza

Grau de pressão	Pressão geral para a magreza		
	ED n (%)	EOC n (%)	Mann-Whitney U
1 - Nada pressionada	11 (25)	39 (36,1)	ns
2 - Pouco pressionada	14 (31,8)	27 (25)	
3 - Medianamente pressionada	18 (40,9)	33 (30,6)	
4 - Muito pressionada	1 (2,3)	7 (6,5)	
5 - Extremamente pressionada	-	2 (1,9)	

Da observação dos dados verifica-se que em média os grupos não diferem na percepção da pressão geral para a magreza. Na pressão que sentem na vida em geral para a magreza, ambos os grupos consideram que são pouco pressionados. No entanto, a resposta mais frequente no grupo ED é de que se sentem “medianamente pressionadas para a magreza” enquanto que a resposta mais frequente do grupo EOC é de que em geral se sentem “nada pressionadas” para a magreza.

Salienta-se que o grupo ED é aquele que sente maior pressão externa para a magreza quando esta pressão se relaciona com a actividade profissional.

9.1.2.4 Satisfação com peso e altura

Os grupos não diferem relativamente à satisfação com o peso e com a altura.

9.1.2.4.1 Satisfação com o peso

A distribuição das respostas de cada um dos grupos relativamente à satisfação com o peso é descrita no Quadro 34.

Quadro 34 - Satisfação com o peso

Grau de satisfação	Satisfação com o peso		
	ED n (%)	EOC n (%)	Mann-Whitney U
1 – Muito insatisfeita	-	4 (3,7)	ns
2 - Insatisfeita	12 (27,3)	28 (25,6)	
3 - Nem insatisfeita, nem satisfeita	11 (25)	29 (26,9)	
4 - Satisfeita	18 (40,9)	40 (37,0)	
5 – Muito satisfeita	3 (6,8)	7 (6,5)	

Os grupos não diferem em média na satisfação com o peso. Em ambos os grupos a resposta mais frequente foi que se sentem “satisfeitas” com o peso. Um dos instrumentos utilizados no nosso estudo, a BES, tem uma sub-escala que avalia a satisfação com o peso.

9.1.2.4.2 Satisfação com a altura

Apresenta-se no Quadro 35 a distribuição das frequências e percentagens relativamente à satisfação com a altura

Quadro 35 - Satisfação com a altura

Grau de satisfação	Satisfação com a altura		
	ED n (%)	EOC n (%)	Mann-Whitney U
1 – Muito insatisfeita	-	2 (1,9)	ns
2 - Insatisfeita	4 (9,1)	12 (11,1)	
3 - Nem insatisfeita, nem satisfeita	12 (27,3)	26 (24,1)	
4 - Satisfeita	21 (47,7)	58 (53,7)	
5 – Muito satisfeita	7 (15,9)	10 (9,3)	

Os grupos não diferem na satisfação com a altura. Em ambos os grupos a resposta mais frequente foi de que se sentiam satisfeitos com a altura.

9.1.2.5 Estratégias para obter o peso ideal

Apresenta-se de seguida as diferenças entre os grupos relativamente ao conjunto de questões que pretendiam identificar o número e tipo de estratégias utilizadas para ter uma figura próxima da ideal.

9.1.2.5.1 Número de estratégias

Relativamente ao número de estratégias utilizadas apresenta-se no Quadro 36 os valores médios de cada grupo.

Quadro 36 - Número de estratégias

	Estudantes de Dança (n= 44)			Estudantes de Outro Curso (n= 108)			teste-t
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Número de estratégias	1,95	1,28	0-5	1,33	1,16	0-5	t=2,895 p≤0,01

A observação do Quadro indica-nos que os grupos apresentam diferenças no número de estratégias usadas para ter a figura ideal. O grupo ED apresenta um número significativamente maior de estratégias para obter o peso ideal.

9.1.2.5.2 Dieta e Cuidados com a alimentação

Apresenta-se no Quadro 37 as diferenças encontradas entre os grupos no que diz respeito ao item "dieta e cuidados com a alimentação"⁴² como estratégia para ter um corpo mais próximo do seu ideal (teste de Fisher p≤0,05).

Quadro 37 - Dietas e Cuidados com a alimentação

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Dieta e Cuidados com a alimentação			
Sim	34 (77,3)	64 (59,3)	Teste de Fisher p≤0,05
Não	10 (22,7)	44 (40,7)	

⁴² Tal como referido anteriormente, foram enquadradas neste item todas as respostas em que as respondentes se referiam directamente à prática de comportamentos de dieta ou davam respostas generalistas que não permitiam precisar exactamente o tipo de estratégia específica para ter uma figura ideal. São exemplos destas respostas: "faço dieta"; "tenho cuidado com o que como" ; "não como qualquer coisa"; "evito o que faz mal"; "controlo o que como"; "só como comida saudável"; "não me excedo" .

O grupo ED responde mais frequentemente que faz dieta e tem cuidados com a alimentação do que o grupo EOC. No entanto os dois grupos não diferem no número de respostas à questão "Já alguma vez iniciou uma dieta para perder peso?", isto é, grupos não diferem na história de dieta. Esta aparente inconsistência nos dados pode indicar que nem sempre os comportamentos de dieta são percepcionados como sendo uma dieta, mas antes como cuidado com a alimentação. Pode também indicar que a entrada num curso superior funciona como factor desencadeante de comportamentos de dieta também em indivíduos sem história prévia de dieta.

9.1.2.5.3 Exercício físico

Ainda dentro das estratégias utilizadas para ter uma figura perto do seu ideal, os grupos diferiram nas respostas relativamente à prática de exercício físico (teste de Fisher $p \leq 0,05$). O Quadro 38 descreve os dados de cada grupo nas respostas a este item.

Quadro 38 - Exercício físico

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes Estatísticos
	n (%)	n (%)	
Faz exercício físico			
Sim	23 (52,3)	35 (32,4)	Teste de Fisher $p \leq 0,05$
Não	21 (47,7)	73 (67,6)	

O grupo ED aponta mais frequentemente o exercício físico como uma estratégia utilizada para que o seu peso/figura se aproxime do ideal. Naturalmente que a prática de exercício é, pelas características da amostra da população escolhida, um factor que diferencia os dois grupos. Salienta-se que esta pergunta se referia concretamente à prática de exercício físico como estratégia específica e adicional para atingir uma forma física ideal.

Em síntese, as jovens estudantes do nosso estudo não apresentam mais história de perturbação psicológica do que as EOC. São, contudo, mais magras e desejam ter um peso significativamente mais baixo do que as estudantes EOC. Os grupos não diferem na satisfação com o peso. O grupo ED sente que a magreza é muito importante para a sua futura profissão e sentem-se medianamente pressionadas na profissão para ser magras, o que não acontece com as estudantes do grupo EOC. Ambos os grupos tendem a ter mais estudantes sem história de dieta do que com

história de dieta. À data do nosso estudo, as estudantes do grupo ED desenvolvem maior número de estratégias para ter uma figura mais magra e estas estratégias são diferentes das estudantes do grupo EOC, pois as primeiras fazem mais dieta; têm mais cuidados com a alimentação e fazem mais exercício físico para ter um peso mais baixo do que as segundas.

9.2 Dados dos Instrumentos

Apresenta-se de seguida os resultados dos instrumentos de avaliação da auto-estima corporal; das perturbações alimentares; da auto-estima geral; dos esquemas mal-adaptativos precoces e dos comportamentos e atitudes face à comida Para a comparação das pontuações médias das escalas e sub-escalas entre os dois grupos, ED e EOC, usaram-se testes t de Student para amostras independentes.

9.2.1 Escala de Estima Corporal (BES)

Como se pode observar no Quadro 39 relativamente à BES existe diferença entre os grupos no resultado da sub-escala de Atracção Física.

Quadro 39 - Sub-escalas da BES

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			teste-t
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Satisfação com o peso	42,16	9,77	24-73	41,53	9,12	20-59	ns
Atracção física	27,43	4,68	19-35	28,86	3,69	19-35	t=-2,001, p<0,05
Satisfação com sexualidade	15,14	2,91	10-20	16,06	2,75	8-20	ns

As jovens do grupo ED pontuam menos na sub-escala Atracção Física do BES. Como já vimos, esta sub-escala associa itens relacionados com as feições faciais e alguns aspectos físicos cuja aparência não pode ser, de um modo geral, modificada por factores internos, mas através da cosmética. Assim, o grupo ED sente-se em média menos atraente fisicamente, isto é, menos satisfeito com as zonas corporais que não podem modificar através do seu esforço pessoal.

Na sub-escala da satisfação com o peso o grupo ED apresenta um valor ligeiramente mais elevado, apesar de não significativo, que indica uma satisfação

ligeiramente maior com o peso. Este resultado replica e confirma o encontrado anteriormente no Questionário Sócio-demográfico. Na sub-escala de satisfação com a sexualidade o grupo ED apresenta um valor ligeiramente inferior ao grupo EOC, o que indica menor satisfação, apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa.

9.2.2 Inventário de Perturbações Alimentares (EDI)

Para a comparação das pontuações médias das sub-escalas do EDI entre os dois grupos, ED e EOC, usaram-se testes t de Student para amostras independentes. Como se pode observar no Quadro 40 existe diferença nas sub-escalas de Perfeccionismo e Medos Sociais.

Quadro 40 - Sub-escalas do EDI

		Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			teste-t
		M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Tendência para emagrecer		3,52	4,56	0-18	3,02	4,49	0-18	ns
Bulimia		0,89	2,05	0-11	0,74	1,48	0-8	ns
Insatisfação Corporal		4,64	4,36	0-19	5,72	5,94	0-24	ns
Ineficácia		2,05	2,62	0-14	1,60	1,90	0-9	ns
Perfeccionismo		5,41	3,78	0-13	3,69	2,80	0-15	t=3,080, p≤0,01
Desconfiança interpessoal		3,07	3,24	0-12	2,41	2,46	0-13	ns
Consciência interoceptiva		2,82	4,02	0-19	2,35	3,13	0-15	ns
Medo da maturidade		5,14	3,55	0-16	4,07	2,85	0-12	ns
Ascetismo		2,80	1,55	0-6	2,39	1,42	0-9	ns
Regulação de impulsos		2,75	3,22	0-13	2,21	2,64	0-11	ns
Medos sociais		4,43	3,08	0-14	3,49	2,36	0-9	t=2,034 p≤0,05

As estudantes do grupo ED são em média mais perfeccionistas e têm mais medos sociais do que as estudantes do grupo EOC. Os grupos não diferiram nas sub-escalas que estão mais directamente relacionadas com a sintomatologia das perturbações alimentares: a tendência para emagrecer e a bulimia. Apesar de os resultados não diferirem estatisticamente, salientamos que o grupo ED pontua em média mais alto em todas as sub-escalas excepto na sub-escala de "Insatisfação corporal". Este dado está de acordo com os dados da literatura que referem que os

desportistas apresentam uma maior satisfação corporal quando comparadas com não desportistas.

9.2.3 Utilização dos pontos de corte das sub-escalas do EDI-2

Para detectar a percentagem de estudantes de ambos os grupos que apresentam valores indicadores de patologia nas sub-escalas do EDI que avaliam aspectos centrais da patologia alimentar, foram usados os pontos de corte para uma amostra a população feminina encontrados por Santos & Machado (2002)⁴³.

Apresenta-se no Quadro 41 a distribuição das estudantes de cada curso nas diferentes sub-escalas de acordo com os pontos de corte encontrados por Santos & Machado.

Quadro 41 - Distribuição das estudantes pelos índices de perturbações alimentares

		Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes estatísticos
		n (%)	n (%)	
Tendência para emagrecer				ns
	Normal	36 (81,8)	90 (83,3)	
	Patológica	8 (18,2)	18 (16,7)	
Bulimia				ns
	Normal	39 (88,6)	98 (90,7)	
	Patológica	5 (11,4)	10 (9,3)	
Insatisfação Corporal				ns
	Normal	36 (81,8)	76 (70,4)	
	Patológica	8 (18,2)	32 (29,6)	
Ineficácia				ns
	Normal	43 (97,7)	108 (100)	
	Patológica	1 (2,3)	0	
Perfeccionismo				Teste de Fisher ≤ 0,001
	Normal	26 (59,1)	86 (79,6)	
	Patológica	18 (40,9)	22 (20,4)	

⁴³ Os pontos de corte encontrados por Santos & Machado (2002) foram: para a sub-escala de tendência para emagrecer valor > 6; para a sub-escala da bulimia valor > 2 e para a sub-escala da insatisfação corporal valor > 8.

Quadro 41 (cont.) - Distribuição das estudantes pelos índices de perturbações alimentares

	Estudantes de Dança (n=44)	Estudantes de Outro Curso (n=108)	Testes estatísticos
Desconfiança			
Interpessoal			
Normal	32 (72,7)	89 (82,4)	ns
Patológica	12 (27,3)	19 (17,6)	
Consciência			
interoceptiva			
Normal	39 (88,6)	94 (87,5)	ns
Patológica	5 (11,4)	14 (13)	
Medo da maturidade			
Normal	30 (68,2)	83 (76,9)	Ns
Patológica	14 (31,8)	25 (23,1)	

Da observação do quadro apresentado podemos concluir que existe uma maior percentagem de estudantes de dança com patologia do comportamento alimentar indicada pelos valores obtidos nas sub-escalas da tendência para emagrecer e bulimia do EDI. Contudo no que respeita à insatisfação corporal esta tendência inverte-se, sendo o grupo EOC a apresentar maior número de estudantes com níveis patológicos de insatisfação corporal. Estes dados são consistentes com a literatura que refere uma maior satisfação corporal nos desportistas do que nos grupos de comparação. Mesmo nos desportistas com patologia do comportamento alimentar a satisfação corporal é maior do que nos grupos de comparação (com ou sem patologia alimentar). Contudo, no presente estudo a diferença entre os grupos só é estatisticamente significativa na sub-escala do perfeccionismo (teste de Fisher $\leq 0,001$), sendo o grupo ED o que apresenta maior elevação na escala de perfeccionismo. Como vimos anteriormente a média do grupo ED nesta sub-escala está dentro dos valores da patologia. Como se viu na revisão bibliográfica o perfeccionismo é uma característica que está associada e é considerada como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

9.2.4 Escala de Auto-Estima Geral (RSES)

Analisou-se as diferenças de pontuações médias da escala RSE entre o grupo ED e o EOC. Os grupos apresentaram diferenças no resultado da auto-estima geral no RSES, tal como descrito no seguinte quadro.

Quadro 42 - Valor total de auto-estima

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			teste-t
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Valor total de auto-estima	36,80	5,66	27-48	40,09	5,41	25-50	t=-3,359, p≤0,001

As estudantes de outro curso têm em média um auto-estima mais alta do que as estudantes de dança. Este dado vai ao encontro dos dados encontrados na literatura que referem que as jovens que mais são vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares têm a auto-estima baixa.

A auto-estima baixa tem sido descrita como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares e está geralmente associada à insatisfação corporal.

9.2.5 Questionário de Esquemas (QE)

Foram analisadas as diferenças das pontuações médias dos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces do QE entre o grupo ED e o grupo EOC, utilizando testes T para amostras independentes. Os grupos apresentaram diferenças no resultado das sub-escalas de culpa/fracasso; padrões excessivos; medo de perder o controlo e isolamento social/alienação. Os resultados estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 43 - Sub-escalas do QE

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			teste-t
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Privação	22,02	8,69	15-54	20,52	8,58	15-68	ns
Culpa / Fracasso	14,32	4,49	11-33	12,98	2,76	11-25	t=2,232, p≤0,05
Indesejabilidade Social / Defeito	19,27	6,1	12-41	17,67	5,86	12-39	ns
Desconfiança / Abuso	24,68	8,87	13-46	22,36	7,99	12-56	ns
Padrões Excessivos	31,91	8,76	16-50	25,88	8,63	11-59	ns
Medo de Perder o Controle	23,52	7,51	11-42	20,11	7,06	10-44	t=2,649, p≤0,01
Dependência	14,70	4,43	8-30	14,70	4,33	8-28	ns
Isolamento Social / Alienação	9,02	4,34	5-25	7,34	2,99	5-17	t=2,740, p≤0,01
Limites Insuficientes	20,07	7,26	8-37	19,31	6,76	8-42	ns
Medo de ser abandonado	23,02	5,57	11-35	22,48	5,81	10-41	ns
Vulnerabilidade ao mal e à doença	11,52	4,27	4-19	10,22	3,81	4-22	ns
Subjugação	8,59	5,88	5-42	7,31	2,34	5-19	ns
Vergonha	6,82	2,88	4-16	6,90	4,65	4-45	ns

As estudantes do grupo ED apresentam maior pontuação média nos esquemas mal-adaptativos precoces relativos à culpa/fracasso, medo de perder o controle e isolamento social/alienação. Ambos os grupos têm pontuações médias equivalentes nos esquema mal-adaptativo precoce de *dependência* e no esquema mal-adaptativo precoce de *Vergonha*. Em todas as restantes sub-escalas o grupo ED apresentou valores médios superiores ao grupo EOC, apesar de não haver diferenças estaticamente diferentes entre os grupos.

Da análise global das respostas dos grupos ao Questionário de Esquemas pode-se concluir que o grupo ED apresenta um padrão de maior cotação dos esquemas mal-adaptativos precoces.

9.2.6 Comportamentos e atitudes em relação ao peso e imagem corporal (CARPIC)

Analizou-se as diferenças de pontuações entre o grupo ED e o EOC nas sub-escalas do CARPIC. Os grupos apresentaram diferenças no resultado da sub-escala

de comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal, tal como descrito no quadro seguinte.

Quadro 44 - Sub-escalas do CARPIC

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso			Teste-t
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Descontentamento com a imagem corporal	26,32	8,57	12-48	26,2	8,82	12-52	ns
Valorização do controlo / sucesso	18,77	6,46	9-38	17,42	5,93	9-37	ns
Comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal	13,73	4,36	5-25	11,22	4,21	5-21	t=3,294, p<0,001

O grupo de ED apresenta mais comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal, tal como verificado anteriormente no Questionário Sócio-Demográfico. O descontentamento com a imagem corporal é equivalente em ambos os grupos e a sub-escala de valorização do controlo/ sucesso encontra-se mais elevada no grupo ED

9.2.7 Inventário Depressivo de Beck (BDI)

Os grupos não diferiram no resultado médio final na escala de depressão tal como descrito no quadro seguinte.

Quadro 45 - Valor total do BDI

	Estudantes de Dança			Estudantes de Outro Curso		
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.
Valor total do BDI	5,84	4,78	0-18	5,89	4,19	0-19

Relativamente à globalidade dos resultados dos grupos nas sub-escalas dos instrumentos, pode-se dizer que as estudantes do grupo ED têm uma maior tendência para pontuar no sentido da patologia na generalidade das sub-escalas. No que concerne a estima corporal, as estudantes do grupo ED sentem-se menos atraentes fisicamente do que as estudantes do grupo EOC. No Inventário de perturbações alimentares as estudantes do grupo ED tendem a ser mais perfeccionistas e a ter mais medos sociais do que as restantes estudantes. No grupo ED as estudantes

apresentam valores médios mais altos na quase globalidade das sub-escalas do EDI. No entanto, na sub-escala de insatisfação corporal as estudantes têm um valor médio inferior às estudantes do grupo EOC o que aponta para menor insatisfação corporal no grupo ED. Este dado é concordante com os dados da literatura que referem as desportistas como tendo, em média, mais satisfação corporal do que a população geral. O grupo ED apresenta auto-estima mais baixa do que o grupo EOC. Relativamente aos esquemas mal adaptativos precoces as estudantes do grupo ED apresenta a generalidade dos esquemas mais elevados do que o grupo EOC. Esta diferença é significativa ao nível dos esquemas de culpa/fracasso, medo de perder o auto-controlo e isolamento social/ alienação. Nos comportamentos e atitudes face ao peso e imagem corporal as estudantes do grupo ED têm mais comportamentos de dieta tal como já tinha sido verificado no Questionário Sócio-Demográfico.

10 Caracterização do grupo de Estudantes de Dança

Seguidamente apresenta-se as diferenças encontradas quando se divide o grupo de estudantes de dança usando como critério: a existência de história de perturbação psicológica; o índice de massa corporal baixo e normal e o nível sócio-económico baixo/médio e médio-alto/elevado.

10.1 Grupo de estudantes de dança dividido pela história de perturbação psicológica

As estudantes do grupo ED com história de perturbação psicológica (ED-CPSI) somente diferiram das estudantes sem história de perturbação psicológica a (ED-SPSI) nos resultados dos instrumentos. Descrevemos de seguida as diferenças encontradas.

10.1.1 Dados dos instrumentos

Apresentam-se de seguida os resultados dos instrumentos em que o grupo ED-CPSI e ED-SPSI diferiram significativamente

10.1.1.1 Inventário de Perturbações Alimentares (EDI)

Os grupos apresentam diferenças na sub-escala de insatisfação corporal tal como descrito no seguinte quadro.

Quadro 46 – Relação entre história de perturbação psicológica e índices de perturbações alimentares no grupo ED

	Com história de perturbação psicológica (n=9)			Sem história de perturbação psicológica (n=35)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Insatisfação Corporal	6,89	3,48	2-19	4,06	4,412	0-19	M-W Z= -2,214

O grupo ED-CPSI apresenta mais insatisfação corporal do que o grupo ED-SPSI. A sub-escala da insatisfação corporal está fortemente associada às perturbações alimentares.

10.1.1.2 Questionário de Esquemas (QE)

Os grupos diferem nos resultados do esquema de dependência tal como descrito no seguinte quadro.

Quadro 47 – Relação entre história de perturbação psicológica e esquemas mal adaptativos precoces no grupo ED

	Com história de perturbação psicológica (n=9)			Sem história de perturbação psicológica (n=35)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Dependência	16,89	3,41	13-24	14,14	4,525	8-30	M-W Z= -2,296

O grupo ED-CPSI tem uma pontuação estatisticamente mais elevada na dependência.

10.1.1.3 Comportamentos e Atitudes Relativas ao peso e imagem corporal (CARPIC)

As estudantes ED-CPSI apresentam mais valorização do controlo sucesso do que as estudantes do grupo ED-SPSI.

Quadro 48 - Relação entre história de perturbação psicológica e Sub-escalas do CARPIC no grupo ED

	Com história de perturbação psicológica (n=9)			Sem história de perturbação psicológica (n=35)			Mann-Whitney U
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Valorização do controlo/ sucesso	23,11	9,239	10 - 38	17,66	5,133	9 - 27	M-W Z= - 2,373

10.1.1.4 Total do BDI

As estudantes do grupo EDI-CPSI apresentam resultados mais altos no BDI do que as estudantes do grupo ED-SPSI.

Quadro 49 - Relação entre história de perturbação psicológica e depressão no grupo ED

	Com história de perturbação psicológica (n=9)			Sem história de perturbação psicológica (n=35)			Mann -Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Total do BDI	10	5,916	1 - 18	4,77	4,037	0 - 18	M-W Z= - 2,575

As estudantes do grupo ED com história de perturbação psicológica têm provavelmente mais sintomatologia bulímica e baixa auto-estima, valorizam mais o controlo e o sucesso e têm mais sintomatologia depressiva do que as estudantes sem história de perturbação psicológica

10.2 Grupo dividido por índice de massa corporal baixo e normal

Dividimos o grupo de bailarinas utilizando o valor de 19,5 como ponto de corte. A amostra de ED ficou assim dividida entre dois grupos: um grupo com índice de massa corporal inferior ou igual a 19,5 kg/m² (que denominamos de índice de massa corporal baixo- ED-IMC Baixo) e outro grupo com índice de massa corporal superior a 19,5 kg/m² (que denominámos de índice de massa corporal normal- ED-IMC Normal)⁴⁴.

Passamos a descrever as diferenças encontradas entre os dois grupos de índice de massa corporal.

10.2.1 Questionário Sócio- Demográfico

Relativamente ao questionário sócio-demográfico o grupo de bailarinas com índice de massa corporal baixo e o grupo de ED com índice de massa corporal normal os grupos apenas diferem relativamente à presença de doença psicológica no pai.

⁴⁴ O tamanho e características da nossa amostra não permitiram a subdivisão do grupo de índice de massa corporal em peso normal e sobrepeso.

10.2.1.1 Saúde mental no pai

O Quadro ilustra as diferenças entre o grupo de bailarinas com índice de massa corporal baixo e o grupo de ED com índice de massa corporal normal relativamente à presença de doença psicológica no pai.

Quadro 50 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e história de doença psicológica no pai no grupo ED

	IMC Baixo (n=21) n (%)	IMC Normal (n=21) n (%)	Testes Estatísticos
Doença Psicológica no pai			
Sim	5 (23,8)	0 (0)	Teste de Fisher $p \leq 0,05$
Não	16 (76,2)	21 (100)	

De acordo com o quadro existem mais pais com história de doença psicológica entre o grupo ED-IMC Baixo do que no grupo ED-IMC Normal. O grupo ED-IMC Normal não tem história de perturbação psicológica nos pais

10.2.1.2 Satisfação com o peso e percepção de importância e pressão para a magreza na profissão

Descrevem-se as diferenças entre os grupos relativamente à satisfação com o peso e percepção de importância e pressão para a magreza na profissão.

10.2.1.2.1 Satisfação pessoal com o peso

O grupo ED não diferia neste item do grupo EOC. Dentro do grupo ED dividido por índice de massa corporal baixo e normal, os resultados são os apresentados no seguinte quadro.

Quadro 51 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e satisfação pessoal no grupo ED

	IMC Baixo (n=23) n (%)			IMC Normal (n=21) n (%)			Testes Estatísticos
Satisfação pessoal com o peso							
1 – Muito insatisfeita							
2 - Insatisfeita							
3 - Nem insatisf., nem satisf.							
4 - Satisfeita							
5 – Muito satisfeita							
Satisfação pessoal com o peso	M	DP	Min. – Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
	3,78	0,74	2 – 5	2,71	0,85	2 - 4	M-W Z=-3,687, p≤0,001

O grupo de índice de massa corporal baixo sente-se mais satisfeito com o peso do que o grupo de índice de massa corporal normal. A resposta mais frequente do grupo ED-IMC Baixo foi que se sentia “satisfeita” com o seu peso. O grupo ED-IMC Normal teve como resposta mais frequente que se sentia “insatisfeita” com o seu peso.

10.2.1.2.2 Percepção de pressão geral para a magreza

O grupo ED não diferia na percepção da pressão geral para a magreza do grupo EOC. Dentro do grupo ED dividido por índice de massa corporal baixo e normal, os resultados relativamente à percepção de pressão geral para a magreza são os apresentados no quadro seguinte.

Quadro 52 – Relação entre índice de massa corporal baixo e normal e percepção da pressão geral para a magreza no grupo ED

	IMC Baixo (n=23) n (%)			IMC Normal (n=21) n (%)			Testes Estatísticos
Pressão Geral para a Magreza							
1 - Nada pressionada							
2 - Pouco pressionada							
3 - Medianamente pression.							
4 - Muito pressionada							
5 – Extremamente pression.							
Pressão Geral para a Magreza	M	DP	Min. – Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
	1,91	0,85	1 – 3	2,5	0,75	1 - 4	M-W Z=-2,311, p≤0,05

Da observação do quadro podemos concluir que o grupo ED-IMC Baixo se sente menos pressionado no geral para a magreza do que o grupo ED-IMC Normal. A resposta mais frequente do grupo ED-IMC Baixo foi de que se sente “Nada pressionada” no geral para a magreza. O grupo ED-IMC Normal tem como resposta mais frequente que se sente “Medianamente pressionada” para a magreza.

10.2.1.2.3 História de dieta

No Quadro apresentam-se as diferenças estatisticamente significativas acerca da história de dieta entre os grupos ED-IMC Baixo e ED-IMC Normal.

Quadro 53 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e história de dieta no grupo ED

	IMC Baixo (n=23) n (%)	IMC Normal (n=21) n (%)	Testes Estatísticos
História de Dieta			
Sim	9 (39,1)	16 (76,2)	Teste de Fisher $p \leq 0,05$
Não	14 (60,9)	5 (23,8)	

Da observação do quadro verifica-se que o grupo ED-IMC Normal tem mais elementos que já fizeram pelo menos uma vez dieta.

10.2.1.2.4 Dieta e Cuidados com a alimentação

Os grupos ED-IMC Baixo e ED-IMC Normal apresentam diferenças significativas a nível estatístico na dieta actual e cuidados com a alimentação.

Quadro 54 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e dieta e cuidados com a alimentação no grupo ED

	IMC Baixo (n=23) n (%)	IMC Normal (n=21) n (%)	Testes Estatísticos
Dieta e Cuidados com a alimentação			
Sim	14 (60,9)	20 (95,2)	Teste de Fisher $p \leq 0,01$
Não	9 (39,1)	1 (4,8)	

O grupo ED-IMC Normal apresenta maior prática de dieta e cuidados com a alimentação do que o grupo ED-IMC Baixo. O grupo ED-IMC Baixo apresenta maior número de estudantes com dieta e cuidados com alimentação na actualidade do que

estudantes que já tinham feito dieta. Este dado leva-nos a pensar que dentro do grupo das ED são as estudantes com índice de massa corporal baixo as que mais alteraram as suas práticas dietéticas.

10.2.1.3 Dados dos instrumentos

Descrevem-se de seguida as diferenças encontradas entre o grupo ED-IMC Baixo e o grupo ED-IMC Alto relativamente aos dados dos instrumentos.

10.2.1.3.1 Escala de estima corporal (BES)

O grupo ED-IMC Baixo apresenta maior satisfação com o peso do que o grupo ED-IMC Normal, como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 55 – Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as sub-escalas da BES no grupo ED

	IMC Baixo (n=23)			IMC Normal (n=21)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. – Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Satisfação com o peso	45,57	7,22	34 – 60	38,43	10,95	24 - 73	M-W Z= -2,787, p≤0,05

Este dado confirma as diferenças entre os grupos na satisfação com o peso no Questionário Sócio-Demográfico.

10.2.1.3.2 Inventário de Perturbações Alimentares (EDI)

Apresenta-se de seguida as diferenças entre os grupos nas sub-escalas do EDI

Quadro 56 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as sub-escalas do EDI no grupo ED

	IMC Baixo (n=23)			IMC Normal (n=21)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. – Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Tendência para emagrecer	1,70	2,42	0 – 10	5,52	5,5	0 - 18	M-W Z= -2,716, p≤0,01
Insatisfação Corporal	3,04	3,01	0 – 11	6,38	4,98	0 - 19	M-W Z= -2,404, p≤0,01

O grupo ED-IMC Normal apresenta elevações significativas ao nível da sub-escala da tendência para emagrecer e da insatisfação corporal, o que indica maior

presença de patologia nestas dimensões. Ambas as escalas estão fortemente associadas com a presença de perturbações alimentares.

10.2.1.3.3 Questionário de Esquemas (QE)

No Questionário de Esquemas os grupos apenas diferem no Esquemas Mal adaptativo Precoce de Padrões Excessivos.

Quadro 57 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e os esquemas mal adaptativos precoces no grupo ED

	IMC Baixo (n=23)			IMC Normal (n=21)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Padrões Excessivos	34,48	8,93	16 - 50	29,10	7,84	16 - 46	M-W Z= - 2,094, p≤0,05

O grupo ED-IMC Baixo tem uma pontuação estatisticamente mais elevada nos Padrões Excessivos. Este Esquemas Mal adaptativo Precoce está relacionado a dimensão psicológica do Perfeccionismo, que é frequente estar relacionada com a patologia alimentar.

10.2.1.3.4 Comportamentos e Atitudes Relativas ao peso e imagem corporal (CARPIC)

As estudantes do grupo ED-IMC Normal estão mais descontentes com o peso do que as estudantes de ED-IMC Baixo.

Quadro 58 - Relação entre índice de massa corporal normal e baixo e as Sub-escalas do CARPIC no grupo ED

	IMC Baixo (n=23)			IMC Normal (n=21)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Descontentamento com a imagem corporal	22,04	6,73	12 - 33	31	8,01	18 - 48	M-W Z= -3,306, p≤0,001

Em síntese as estudantes do grupo ED-IMC Baixo apresentam mais história de perturbação psicológica no pai, mais satisfação com o peso, sentem menos pressão geral para a magreza, têm menos história e comportamentos actuais de dieta. Estas alunas apresentam menos tendência para emagrecer e menos insatisfação corporal

do que as alunas do grupo ED-IMC Normal. Têm, contudo, maior cotação no esquema mal adaptativo precoce de padrões excessivos e menos descontentamento com a imagem corporal. Não se encontraram diferenças no nível sócio-económico entre os grupos ED-IMC Baixo e ED-IMC Normal, pelo que se salienta que existem alunas de todos os nível sócio-económico considerados nos dois grupos de índice de massa corporal- baixo e normal.

10.3 Grupo de estudantes de dança dividido pelo nível sócio-económico

Apresenta-se de seguida o grupo de estudantes de dança dividido por nível sócio-económico⁴⁵ baixo/médio (ED-b) e nível sócio-económico Alto/Elevado (ED-a).

No Questionário Sócio-Demográfico, os grupos ED-b e ED-a não diferiram significativamente em nenhuma variável excepto na percepção de pressão geral para a magreza.

10.3.1 Percepção de pressão geral para a magreza

Apresenta-se no Quadro a distribuição das respostas dos grupos ED-a e ED-b relativamente à percepção de pressão para a magreza.

Quadro 59 – Relação entre o nível sócio-económico e a pressão geral para a magreza no grupo ED

			Nível sócio-económico			Nível sócio-económico			Testes Estatísticos
			Baixo e médio			alto e elevado			
			(n=18)			(n=25)			
			n (%)			n (%)			
Pressão	Geral	para a							
		Magreza							
1 - Nada pressionada			2 (11,1)			9 (36,0)			M-W Z=-2,391, p≤0,05
2 - Pouco pressionada			5 (27,8)			9(36,0)			
3 - Medianamente pression.			10 (55,6)			7(28,0)			
4 - Muito pressionada			1 (5,6)			0 (0)			
5 - Extremamente pression.			0 (0)			0 (0)			
Pressão	Geral	para a	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
		Magreza							
			2,56	0,78	1 - 4	1,92	0,81	1 - 3	M-W Z=-2,391, p≤0,01

⁴⁵ Agrupou-se o nível sócio-económico em duas categorias juntando o nível sócio-económico baixo ao nível sócio-económico médio e denominando-o de nível sócio-económico baixo e médio. No nível sócio-económico alto e elevado mantiveram-se as estudantes já anteriormente inseridas neste grupo.

Em média o grupo ED-b sente-se mais pressionado em geral para a magreza, sendo a sua resposta mais frequente de que se sente “medianamente pressionado” no geral para a magreza. O grupo ED-a tem como respostas mais frequentes que não se sentem “nada pressionada” e “pouco pressionada” em geral para a magreza.

10.3.2 Dados dos instrumentos

Descrevem-se de seguida as diferenças encontradas entre o grupo ED-a e o grupo ED-b relativamente aos dados dos instrumentos.

10.3.2.1 Sub-escalas do EDI

O grupo ED-b apresenta cotações mais altas nas sub-escalas de *tendência para emagrecer*, *bulimia* e *ineficácia*.

Quadro 60 - Relação entre o nível sócio-económico e as sub-escalas do EDI no grupo ED

		Nível sócio-económico Baixo e Médio (n=18)			Nível sócio-económico Alto e Elevado (n=25)			Mann-Whitney
		M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Tendência para emagrecer		4,72	4,65	0-18	2,12	3,35	0-11	M-W Z= -2,648, p≤0,001
Bulimia		1,72	2,97	0-11	0,32	0,56	0-2	M-W Z= -1,818, p≤0,05
Ineficácia		3,0	3,38	0-14	1,40	1,73	0-6	M-W Z= 1,861, p≤0,05

A sub-escala da tendência para emagrecer estava mais elevada nas ED-IMC normal e a bulimia estava mais elevada nas ED com história de perturbação psicológica.

10.3.2.2 Sub-escalas do Carpic

Apresenta-se as diferenças entre o grupo ED-b e ED-a nas pontuações médias das sub-escalas do CARPIC

Quadro 61 - Relação entre o nível sócio-económico e as sub-escalas do CARPIC no grupo ED

	Nível sócio-económico Baixo e Médio (n=18)			Nível sócio-económico Alto e Elevado (n=25)			Mann-Whitney
	M	DP	Min. - Máx.	M	DP	Min. - Máx.	
Descontentamento com a imagem corporal	29,06	8,48	15-48	23,76	7,69	12-42	M-W Z= -2,071, p≤0,05
Valorização do controlo/ sucesso	21,22	7,19	9-38	16,72	5,19	10-27	M-W Z= -2,171, p≤0,05

As estudantes de dança de nível sócio-económico baixo estão mais descontentes com a sua imagem corporal e valorizam mais o controlo e o sucesso do que as ED de nível sócio-económico alto e elevado.

Resumidamente, pode-se dizer que no nosso estudo as estudantes do grupo ED de nível sócio-económico baixo e médio sentem-se em geral mais pressionadas para a magreza, têm mais tendência para emagrecer, mais sintomatologia bulímica e mais ineficácia, sentem-se mais descontentes com a imagem corporal e valorizam mais o controlo e o sucesso.

10.4 Resumo das características que distinguem o grupo ED

No quadro seguinte encontra-se o resumo da caracterização do grupo ED. Nesta caracterização são contemplados os factores que os resultados das análises elaboradas, e anteriormente apresentadas, mostraram ser mais discriminadores dos dois grupos (estudantes de dança e estudantes de outro curso).

Quadro 62 – Resumo da caracterização do grupo ED

1. Família

- 1.1. Nível sócio-económico.** Pertencem a um nível sócio-económico mais alto
- 1.2. Coabitação durante o ano lectivo.** Vivem mais fora da família
- 1.3. Posição na fratria.** Há igual número de filhas únicas, mas as bailarinas têm maior número de irmãos. Têm com mais frequência irmãos mais velhos.

2. Estudante

- 2.1. Peso.** Pesam menos
- 2.2. Índice de massa corporal.** Têm índice de massa corporal mais baixo
- 2.3. Peso ideal.** Têm peso ideal mais baixo
- 2.4. Índice de massa corporal ideal.** Têm índice de massa corporal ideal abaixo dos valores indicativos de peso normal
- 2.5. Importância da magreza e pressão para a magreza na profissão.** Percepcionam a magreza como mais importante para a futura profissão e sentem-se mais pressionadas na futura profissão para ser magras. As estudantes de dança de índice de massa corporal baixo sentem-se mais satisfeitas com o peso e sentem-se menos pressionadas para a magreza na vida em geral. As estudantes de nível sócio-económico mais baixo sentem maior pressão geral para a magreza.
- 2.6. Estratégias para peso ideal.** Fazem mais dieta e têm mais cuidado com a alimentação. Utilizam maior número de estratégias para ter a figura ideal. Fazem mais exercício físico. As estudantes com índice de massa corporal baixo têm menos história de dieta e há menos estudantes actualmente a fazer dieta.

3. Dados dos instrumentos

- 3.1. BES.** As ED sentem-se menos atraentes fisicamente. As ED com imc baixo sentem-se mais satisfeitas com o peso.
- 3.2. EDI.** As ED são mais perfeccionistas e têm mais medos sociais. As ED com índice de massa corporal normal têm mais tendência para emagrecer e têm mais insatisfação corporal. As que têm história de doença psicológica tem elevação nas sub-escalas de bulimia e de ineficácia. As que pertencem ao nível sócio-económico baixo e médio têm maior tendência para emagrecer, mais bulimia e mais ineficácia.
- 3.3. RSES.** As ED têm auto-estima mais baixa.
- 3.4. QE.** As ED tem maior pontuação nos esquemas mal-adaptativos precoces de Culpa/fracasso; Medo de perder o controlo e de Isolamento Social/ Alienação. Nas de índice de massa corporal baixo e médio há elevação do Esquema de Padrões Excessivos.
- 3.5. CARPIC.** As ED têm mais comportamentos de dieta e de controlo do peso. As que têm índice de massa corporal normal têm maior descontentamento com a imagem corporal. O mesmo acontece com as de nível sócio-económico mais baixo. Estas tal como as doentes com história de perturbação psicológica valorizam mais o controlo/sucesso
- 3.6. BDI.** As doentes com história de perturbação psicológica têm o resultado do BDI mais elevado.

11 Estudo da relação entre as dimensões associadas à patologia do comportamento alimentar em estudantes de dança e estudantes de outro curso

Com o objectivo de averiguar quais as características/dimensões que contribuem para a maior ou menor presença de sintomatologia de perturbação alimentar nos dois grupos de estudantes- estudantes de dança e estudantes de outro curso- foram efectuadas análises de correlação de Pearson e análises de regressão múltipla hierárquica. Os indicadores de sintomatologia de perturbações alimentares foram as sub-escalas do EDI mais associadas à patologia do comportamento alimentar: a tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal. Usámos também o CARPIC como índice de perturbação alimentar uma vez que este instrumento demonstrou poder discriminativo entre as doentes com anorexia nervosa e os sujeitos sem perturbações alimentares.

Relativamente à patologia do comportamento alimentar, os factores de vulnerabilidade e de protecção não são necessariamente os mesmos nas estudantes de dança e nas estudantes de outro curso. Optou-se assim por realizar as análises separadamente para cada grupo.

11.1 Análise das Correlações

Faz-se agora a descrição do estudo correlacional das diferentes variáveis e os indicadores de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. Para verificar qual a associação entre duas variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de correlação R de Pearson.

Para efeitos de leitura dos dados utilizamos a convenção que sugere que “R menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta.” (Pestana & Gageiro, 2002, pp. 146). Em conformidade com o que tem sido feito na maioria dos estudos revistos, utilizaram-se num primeiro momento as sub-escalas de *tendência para emagrecer* (EDI1), *bulimia* (EDI2) e *insatisfação corporal* (EDI3) do EDI-2 como indicadores de patologia alimentar.

11.1.1 Auto-estima e patologia do comportamento alimentar (EDI)

Para analisar as possíveis relações entre a auto-estima e a patologia do comportamento alimentar, foram efectuadas correlações de Pearson entre a RSES e os 3 índices de perturbações alimentares, separadamente para os dois grupos.

Quadro 63 - Correlações entre a auto-estima e os indicadores de patologia alimentar

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	EDI1	EDI2	EDI3	EDI1	EDI2	EDI3
Total de Auto-estima	-0,364*	-0,335*	-0,267	-0,272**	-0,144	-0,439**

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Como podemos ver no Quadro 63, encontramos um perfil diferente na associação da auto-estima às sub-escalas do EDI num e noutro grupo. Para o grupo ED a auto-estima apresenta correlações significativas com a tendência para emagrecer ($r = -0,364$; $p < 0,001$) e com a bulimia ($r = -0,335$; $p < 0,001$). Uma maior auto-estima está associada a valores mais baixos na tendência para emagrecer e na bulimia.

Para o grupo EOC a maior auto-estima está associada a uma menor tendência para emagrecer ($r = -0,272$; $p < 0,01$) e também a uma menor insatisfação corporal ($r = -0,439$; $p < 0,01$). Não existe correlação significativa entre a auto-estima e a bulimia no grupo EOC.

Em síntese podemos concluir que a auto-estima tem um efeito diferente na patologia do comportamento alimentar nos dois grupos. No entanto, em ambos os grupos a auto-estima parece desempenhar um papel importante na tendência para emagrecer.

11.1.2 Auto-estima corporal e patologia do comportamento alimentar (EDI)

Para analisar as possíveis relações entre a auto-estima corporal e a patologia do comportamento alimentar, foram efectuadas correlações de Pearson entre as sub-escalas da BES e os três índices de perturbações alimentares, separadamente para os dois grupos (Quadro 64).

Quadro 64 - Correlações entre as sub-escalas da BES e os indicadores de patologia alimentar

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	EDI1	EDI2	EDI3	EDI1	EDI2	EDI3
Satisfação com o peso	-0,390**	0,76	-0,627**	-0,492**	0,238*	-0,79**
Atracção Física	-0,127	0,049	-0,134	-0,083	0,051	-2,15*
Satisfação com a sexualidade	-0,240	-0,29	-0,227	-0,126	-0,19	-0,365**

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

No que diz respeito à tendência para emagrecer no grupo ED, verificaram-se correlações significativas somente com o factor *satisfação com o peso* ($r = -0,390$, $p < 0,01$). Quanto maior a satisfação com o peso no grupo ED, menor a tendência para emagrecer. A satisfação com o peso no grupo ED apresenta uma correlação significativa com a insatisfação corporal ($r = -0,627$, $p < 0,01$). Quanto maior a satisfação com o peso menor a satisfação corporal. A maior insatisfação com o peso está associada a maior insatisfação corporal. Não se encontraram correlações significativas entre as sub-escalas da BES e a bulimia.

No grupo EOC no que concerne a satisfação com o peso, verificaram-se correlações significativas com os seguintes factores: *tendência para emagrecer* ($r = -0,492$, $p < 0,05$), *bulimia* ($r = -0,238$, $p < 0,05$) e *insatisfação corporal* ($r = -0,79$, $p < 0,05$). No grupo EOC, quanto maior a satisfação com o peso menor o valor dos indicadores de patologia do comportamento alimentar. A sub-escala da atracção física está relacionada significativamente no grupo EOC com a insatisfação corporal ($r = -0,215$, $p < 0,05$). Quanto mais atraentes fisicamente se percebem as estudantes do grupo EOC menos insatisfeitas corporalmente se sentem. A satisfação com a sexualidade está, no grupo EOC, relacionada significativamente com a insatisfação corporal ($r = -0,365$, $p < 0,01$). Quanto mais satisfeitas se sentem com a sexualidade menos insatisfeitas se sentem com o corpo.

Em síntese, pode-se dizer que em ambos os grupos a satisfação com o peso está fortemente associada com menor presença de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. No grupo ED, contudo, a satisfação com o peso não é influente na sintomatologia bulímica. As restantes sub-escalas da BES, atracção física e satisfação com a sexualidade, não influenciam, no grupo ED, nenhuma das escalas

de psicopatologia alimentar. No grupo EOC, todas as sub-escalas da Bes estão associadas à insatisfação corporal.

11.1.3 Esquemas mal adaptativos precoces e patologia do comportamento alimentar (EDI)

Apresenta-se de seguida o resultado do estudo das correlações entre os esquemas mal adaptativos precoces e as sub-escalas de *tendência para emagrecer*, *bulimia* e *insatisfação corporal* do EDI-2.

Quadro 65 - Correlações entre os Questionário de Esquemas e os indicadores de patologia alimentar

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	EDI1	EDI2	EDI3	EDI1	EDI2	EDI3
Privação	0,156	0,132	0,119	0,283**	0,281**	0,477**
Culpa / Fracasso	0,256	0,174	0,163	0,135	0,125	0,181
Indesejabilidade Social / Defeito	0,491**	0,222	0,471**	0,285**	0,381**	0,596**
Desconfiança / Abuso	0,123	0,253	0,289	0,240*	0,045	0,311**
Padrões Excessivos	0,294	0,278	0,201	0,329**	0,263**	0,196*
Medo de Perder o Controlo	0,220	0,43	0,376*	0,231*	0,197*	0,238*
Dependência	0,103	0,24	0,176	0,164	0,197*	0,181
Isolamento Social/ Alienação	0,35*	0,233	0,302*	0,155	0,226*	0,235*
Limites Insuficientes	0,276	0,426**	0,196	0,190*	0,275**	0,115
Medo de ser abandonado	0,134	0,039	0,074	0,380**	0,224*	0,326**
Vulnerabilidade ao mal e à doença	0,104	-0,025	0,189	0,205*	0,160	0,119
Subjugação	-0,189	0,309*	0,224	0,110	0,172	0,108
Vergonha	0,383*	0,304*	0,601**	0,046	0,056	0,246*

* p≤0,05 ** p≤0,01 **** p≤0,001

No grupo ED, em relação à tendência para emagrecer, verificaram-se correlações significativas com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,491$, $p<0,01$), *isolamento social/ alienação* ($r=0,35$, $p<0,05$) e *vergonha* ($r=0,383$, $p<0,05$). Quanto maior a activação do esquema de indesejabilidade social/defeito, do esquema de isolamento social/alienação e do esquema de vergonha, maior a tendência para emagrecer no grupo ED. Relativamente à bulimia, esta mostrou-se correlacionada significativamente no grupo ED com os

seguintes esquemas mal adaptativos precoces: limites insuficientes ($r=0,426$, $p<0,01$), *subjugação* ($r=0,309$, $p<0,05$) e vergonha ($r=0,304$, $p<0,05$). Quanto mais activados estão os esquemas de limites insuficientes, subjugação e vergonha maior a bulimia no grupo ED. A insatisfação corporal mostrou estar significativamente correlacionada no grupo ED com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: Medo de perder o auto-controlo ($r=0,376$, $p<0,05$), isolamento social/ alienação ($r=0,302$, $p<0,05$) e vergonha ($r=0,304$, $p<0,05$) Quanto maior o medo de perder o auto-controlo, o isolamento social/alienação e a vergonha maior a insatisfação corporal no grupo ED.

No grupo EOC há na generalidade maior número de esquemas mal adaptativos precoces correlacionados com as sub-escalas tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal do EDI-2. A escala da tendência para emagrecer apresenta correlações significativas com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: privação ($r=0,283$, $p<0,01$), indesejabilidade social/defeito ($r=0,285$, $p<0,01$), desconfiança/abuso ($r=0,240$, $p<0,05$), padrões excessivos ($r=0,329$, $p<0,01$), medo de perder o controlo ($r=0,231$, $p<0,05$), limites insuficientes ($r=0,190$, $p<0,05$), medo de ser abandonado ($r=0,380$, $p<0,01$), vulnerabilidade ao mal e à doença ($r=0,205$, $p<0,05$). Uma vez que a direcção de todas as correlações é positiva, pode-se dizer que quanto maior a activação de cada um destes esquemas maior a tendência para emagrecer no grupo EOC.

Relativamente à bulimia o grupo EOC apresenta correlações significativas nas seguintes esquemas: privação ($r=0,281$, $p<0,01$), indesejabilidade social/defeito ($r=0,318$, $p<0,01$), padrões excessivos ($r=0,263$, $p<0,01$), medo de perder o controlo ($r=0,197$, $p<0,05$), dependência ($r=0,197$, $p<0,05$), isolamento social/alienação ($r=0,226$, $p<0,05$), limites insuficientes ($r=0,275$, $p<0,01$), medo de ser abandonado ($r=0,224$, $p<0,05$). Tal como em relação à tendência para emagrecer, uma vez que a direcção de todas as correlações é positiva, pode-se dizer que quanto maior a activação de cada um destes esquemas mais intensa a sintomatologia bulímica no grupo EOC.

No que concerna a insatisfação corporal o grupo EOC apresenta correlações significativas nos seguintes esquemas: privação ($r=0,477$, $p<0,01$), indesejabilidade social/defeito ($r=0,596$, $p<0,01$), desconfiança/abuso ($r=0,311$, $p<0,01$), padrões excessivos ($r=0,196$, $p<0,01$), medo de perder o controlo ($r=0,238$, $p<0,05$), isolamento social/ alienação ($r=0,235$, $p<0,05$), medo de ser abandonado ($r=0,326$, $p<0,01$), vergonha ($r=0,246$, $p<0,05$). Uma vez que a direcção de todas as correlações é positiva, tal como na tendência para emagrecer e na bulimia, pode-se dizer que quanto maior a activação de cada um destes esquemas maior a insatisfação corporal no grupo EOC.

Em síntese os resultados apoiam a ideia de que maior activação nos esquemas mal adaptativos precoces está associada a maiores índices de psicopatologia.

11.1.4 Depressão e patologia do comportamento alimentar (EDI)

Apresenta-se de seguida as correlações do BDI com as sub-escalas de tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal do EDI-2.

Quadro 66 - Correlações entre a escala de depressão e os indicadores de patologia alimentar

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	EDI1	EDI2	EDI3	EDI1	EDI2	EDI3
Total do BDI	0,341*	0,186	0,352*	0,217*	0,249**	0,445**

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Como podemos ver no quadro Quadro 66, para o grupo ED a depressão apresenta correlações significativas com a tendência para emagrecer ($r = -0,341$, $p < 0,05$) e com a insatisfação corporal ($r = 0,352$, $p < 0,05$). Não existe correlação significativa entre a depressão e a bulimia no grupo ED.

Para o grupo EOC, a maior sintomatologia depressiva está associada a uma maior tendência para emagrecer ($r = 0,217$, $p < 0,05$), maior bulimia ($r = 0,249$, $p < 0,01$) e também a uma maior insatisfação corporal ($r = 0,445$, $p < 0,01$).

Em síntese, podemos concluir que a depressão está associada à patologia do comportamento alimentar.

Apresenta-se de seguida as correlações entre os resultados das sub-escalas dos diferentes instrumentos e as sub-escalas do CARPIC, uma vez que este instrumento demonstrou discriminar a população doente da população não doente.

11.1.5 Auto-estima e patologia do comportamento alimentar (CARPIC)

Para analisar as possíveis relações entre a auto-estima e a patologia do comportamento alimentar, foram efectuadas correlações de Pearson entre a RSES e as subescalas do CARPIC, separadamente para os dois grupos (Quadro 67).

Quadro 67 - Correlações entre a auto-estima e as sub-escalas do CARPIC

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3
Total de auto-estima	-0,396*	-0,513**	-0,427**	-0,433**	-0,335**	-0,218*
* p≤0,05 ** p≤0,01 **** p≤0,001						

Como podemos ver neste quadro, encontramos um perfil semelhante na associação da auto-estima às sub-escalas do CARPIC num e noutro grupo. Para o grupo ED a auto-estima apresenta correlações significativas com descontentamento com a imagem corporal ($r=-0,396$, $p<0,05$), com a valorização do controlo/sucesso ($r=-0,513$, $p<0,01$) e com os comportamentos de dieta e de controlo do peso ($r=-0,427$, $p<0,01$). Uma maior auto-estima está associada a valores mais baixos nas sub-escalas do CARPIC.

Para o grupo EOC a auto-estima apresenta correlações significativas com descontentamento com a imagem corporal ($r=-0,433$, $p<0,01$), com a valorização do controlo/sucesso ($r=-0,335$, $p<0,01$) e com os comportamentos de dieta e de controlo do peso ($r=-0,218$, $p<0,05$). Também no grupo EOC uma maior auto-estima está associada a valores mais baixos nas sub-escalas do CARPIC.

Em síntese, podemos concluir que a auto-estima tem um efeito semelhante na patologia do comportamento alimentar medida pelo CARPIC nos dois grupos. Em ambos os grupos uma melhor auto-estima parece estar associada a uma menor presença de psicopatologia alimentar.

11.1.6 Auto-estima corporal e patologia do comportamento alimentar (CARPIC)

Para analisar as possíveis relações entre a auto-estima corporal e a patologia do comportamento alimentar, foram efectuadas correlações de Pearson entre as sub-escalas da BES e as três sub-escalas do CARPIC, separadamente para os dois grupos (Quadro 68).

Quadro 68 - Correlações entre as sub-escalas da BES e as sub-escalas do CARPIC

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3
Satisfação com o peso	-0,595**	-0,382*	-0,377*	-0,69**	-0,523**	-0,356**
Atração física	-0,083	-0,146	-0,059	-0,18	-0,182	0,005
Satisfação com a sexualidade	-0,232	-0,346	-0,259	-0,326**	-0,228*	0,047

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

No que diz respeito ao descontentamento com a imagem corporal no grupo ED, verificaram-se correlações significativas somente com o factor *satisfação com o peso* ($r=-0,595$, $p<0,01$). Quanto maior a satisfação com o peso no grupo ED, menor o descontentamento com a imagem corporal. Relativamente à valorização do controlo sucesso no grupo ED, verificaram-se correlações significativas somente com o factor *satisfação com o peso* ($r=-0,382$, $p<0,05$). Quanto maior a satisfação com o peso no grupo ED, menor a valorização do controlo sucesso. Por último relativamente aos comportamentos de dieta e do controlo do peso somente se encontraram correlações significativas com o factor *satisfação com o peso* ($r=-0,377$, $p<0,05$). Não se encontraram correlações significativas entre as restantes sub-escalas da BES e a valorização do controlo sucesso/ e os comportamentos de dieta e de controlo do peso.

No grupo EOC no que concerne a satisfação com o peso , verificaram-se correlações significativas com os seguintes factores: *descontentamento com a imagem corporal* ($r=-0,69$, $p<0,01$), *valorização do controlo/sucesso* ($r=-0,523$, $p<0,01$) e *comportamentos de dieta e de controlo do peso* ($r=-0,356$, $p<0,01$). No grupo EOC, quanto maior a satisfação com o peso menor o valor das sub-escalas do CARPIC. A sub-escala da atração física não está relacionada significativamente no grupo EOC com nenhuma das sub-escalas do CARPIC. A satisfação com a sexualidade está, no grupo EOC, relacionada significativamente com o descontentamento com a imagem corporal ($r=-0,326$, $p<0,01$) e com a valorização do controlo/sucesso ($r=-0,228$, $p<0,05$). Quanto mais satisfeitas se sentem com a sexualidade menos valorizam o controlo/sucesso.

Em síntese, pode-se dizer que em ambos os grupos a satisfação com o peso está fortemente associada com menor presença de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. Relembramos que estes resultados replicam/confirmam os resultados do EDI em que a satisfação com o peso estava associada a menor tendência para emagrecer e menor insatisfação corporal. No grupo EOC, a sub-

escala da BES de satisfação com a sexualidade está associada ao descontentamento com a imagem corporal e à valorização do controlo sucesso.

11.1.7 Esquemas mal adaptativos precoces e a patologia do comportamento alimentar (CARPIC)

Apresenta-se de seguida o resultado do estudo das correlações entre os esquemas mal adaptativos precoces e as sub-escalas do CARPIC.

Quadro 69 - Correlações entre os Questionário de Esquemas e as sub-escalas do CARPIC

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3
Privação	0,190	0,288	-0,11	0,472****	0,448****	0,191*
Culpa / Fracasso	0,337*	0,585****	0,299*	0,193*	0,196*	0,024
Indesejabilidade Social / Defeito	0,517****	0,674****	0,322*	0,547****	0,513****	0,156
Desconfiança / Abuso	0,247	0,303*	-0,051	0,235**	0,239**	0,077
Padrões Excessivos	0,283	0,512****	0,310*	0,313****	0,465****	0,270**
Medo de Perder o Controlo	0,338*	0,394***	0,111	0,156	0,323****	0,39
Dependência	0,049*	0,330*	0,147	0,184	0,227**	0,019
Isolamento Social/ Alienação	0,324*	0,471****	0,113	0,186	0,212*	0,44
Limites Insuficientes	0,352*	0,583****	0,385**	0,136	0,211*	0,031
Medo de ser abandonado	0,181	0,331*	0,129	0,365****	0,400****	0,225*
Vulnerabilidade ao mal e à doença	0,086	0,124	0,064	0,101	0,272****	0,124
Subjugação	0,357*	0,413**	0,108	0,132	0,207*	0,042
Vergonha	0,398****	0,608****	0,192	0,210*	0,133	0,059

* p≤0,05 ** p≤0,01 **** p≤0,001

No grupo ED em relação ao descontentamento com a imagem corporal verificaram-se correlações significativas com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *culpa/fracasso* ($r=0,337$, $p<0,05$), *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,517$, $p<0,001$), medo de perder o controlo ($r=0,338$, $p<0,05$) *isolamento social/ alienação*

($r=0,324$, $p<0,05$) *limites insuficientes* ($r=0,352$, $p<0,05$), *subjugação* ($r=0,357$, $p<0,05$) e *vergonha* ($r=0,398$, $p<0,001$). Quanto maior a activação do esquema de culpa/fracasso, indesejabilidade social/defeito, medo de perder o controlo, de isolamento social/alienação, de subjugação e do esquema de vergonha maior o descontentamento com a imagem corporal no grupo ED. Relativamente à valorização do controlo/sucesso esta mostrou-se correlacionada significativamente no grupo ED com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *culpa/fracasso* ($r=0,585$, $p<0,001$), *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,674$, $p<0,001$), *desconfiança/abuso* ($r=0,303$, $p<0,05$), *padrões excessivos* ($r=0,512$, $p<0,001$), *medo de perder o controlo* ($r=0,394$, $p<0,01$), *dependência* ($r=0,330$, $p<0,05$) *isolamento social/ alienação* ($r=0,471$, $p<0,001$), *limites insuficientes* ($r=0,583$, $p<0,001$), Medo de ser abandonado ($r=0,331$, $p<0,05$), *subjugação* ($r=0,413$, $p<0,01$) e *vergonha* ($r=0,608$, $p<0,001$). Quanto mais activados estão os esquemas de *culpa/fracasso*, *indesejabilidade social/defeito*, *desconfiança/abuso*, *padrões excessivos*, *medo de perder o controlo*, *dependência*, *isolamento social/ alienação*, *limites insuficientes*, *medo de ser abandonado*, *subjugação* e *vergonha* maior a valorização do controlo/sucesso no grupo ED. Os comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal mostraram estar significativamente correlacionada no grupo ED com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *culpa/fracasso* ($r=0,299$, $p<0,05$), *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,322$, $p<0,05$), *padrões excessivos* ($r=0,310$, $p<0,05$) e *limites insuficientes* ($r=0,385$, $p<0,01$). Quanto maior o *Culpa/Fracasso*, *indesejabilidade social/defeito*, *padrões excessivos* e *limites insuficientes* maior a presença de comportamentos de dieta e controlo do peso corporal no grupo ED.

No grupo EOC em relação ao descontentamento com a imagem corporal verificaram-se correlações significativas com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *privação* ($r=0,472$, $p<0,001$), *culpa/fracasso* ($r=0,193$, $p<0,05$), *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,547$, $p<0,001$), *desconfiança/abuso* ($r=0,235$, $p<0,01$), *padrões excessivos* ($r=0,313$, $p<0,001$), *medo de ser abandonado* ($r=0,365$, $p<0,001$) e *vergonha* ($r=0,210$ $p<0,05$). Quanto maior a activação do esquema de *privação*, *culpa/fracasso*, *indesejabilidade social/defeito*, *desconfiança/abuso*, *padrões excessivos*, *medo de ser abandonado* e *vergonha* maior o descontentamento com a imagem corporal no grupo EOC. Relativamente à valorização do controlo/sucesso esta mostrou-se correlacionada significativamente no grupo EOC com todos os esquemas mal adaptativos precoces excepto o de vergonha: *privação* ($r=0,448$ $p<0,001$), *culpa/fracasso* ($r=0,196$, $p<0,05$), *indesejabilidade social/defeito* ($r=0,513$, $p<0,001$), *desconfiança/abuso* ($r=0,239$, $p<0,01$), *padrões excessivos* ($r=0,465$, $p<0,001$), *medo de perder o controlo* ($r=0,323$, $p<0,001$), *dependência* ($r=0,227$, $p<0,01$) *isolamento*

social/ alienação ($r=0,212$, $p<0,05$), *limites insuficientes* ($r=0,211$, $p<0,05$), Medo de ser abandonado ($r=0,400$, $p<0,001$), vulnerabilidade ao mal e à doença ($r=0,272$, $p<0,001$) e *subjugação* ($r=0,207$, $p<0,05$). Quanto mais activados estão os esquemas de privação, culpa/fracasso, indesejabilidade social/defeito, desconfiança/abuso, padrões excessivos, medo de perder o controlo, dependência, isolamento social/ alienação, limites insuficientes, medo de ser abandonado, vulnerabilidade ao mal e à doença e *subjugação* maior a valorização do controlo/sucesso no grupo ED. Os comportamentos de dieta e de controlo do peso corporal mostraram estar significativamente correlacionada no grupo EOC com os seguintes esquemas mal adaptativos precoces: *privação* ($r=0,191$, $p<0,05$), padrões excessivos ($r=0,270$, $p<0,01$) e *medo de ser abandonado* ($r=0,225$, $p<0,05$). Quanto maior a *privação*, padrões excessivos e *medo de ser abandonado* maior a presença de comportamentos de dieta e controlo do peso corporal no grupo EOC.

Em síntese, os resultados apoiam a ideia de que maior activação nos esquemas mal adaptativos precoces está associada a maiores índices de psicopatologia. Existe claramente um perfil diferente de associação dos resultados nos dois grupos. A sub-escala de *valorização do controlo/sucesso* está associada, em ambos os grupos, a um grande número de esquemas mal adaptativos precoces. Salienta-se que a sub-escala que apresenta menor número de correlações significativas em ambos os grupos é a sub-escala de comportamentos de dieta.

11.1.8 Depressão e patologia do comportamento alimentar (CARPIC)

Apresenta-se de seguida as correlações do BDI com as sub-escalas do CARPIC.

Quadro 70 - Correlações entre o BDI e as sub-escalas do CARPIC (CARPIC)

	Estudantes de Dança (n=44)			Estudantes de Outro Curso (n=108)		
	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3	CARPIC1	CARPIC2	CARPIC3
Total do BDI	0,362*	0,127**	0,068	0,341**	0,356**	0,168

* $p\leq 0,05$ ** $p\leq 0,01$ **** $p\leq 0,001$

Como se pode ver neste quadro, para o grupo ED a depressão apresenta correlações significativas com descontentamento com a imagem corporal ($r=0,362$,

$p < 0,05$) e com a valorização do controlo/sucesso ($r = 0,127$, $p < 0,01$). Quanto maior o descontentamento com a imagem corporal e maior a valorização do controlo sucesso, maior é a sintomatologia depressiva. Não existe correlação significativa entre a depressão e os comportamentos de dieta e de controlo do peso no grupo ED.

Para o grupo EOC a maior sintomatologia depressiva está significativamente associada a um maior descontentamento com a imagem corporal ($r = 0,341$, $p < 0,01$), e maior valorização do controlo/sucesso ($r = 0,356$, $p < 0,01$). Não existe correlação significativa entre a depressão e os comportamentos de dieta e de controlo do peso no grupo EOC.

Em síntese, podemos concluir que a depressão está associada ao descontentamento com a imagem corporal e à valorização do controlo/sucesso em ambos os grupos.

Apresenta-se de seguida as correlações entre o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal e as sub-escalas dos diferentes instrumentos.

11.1.9 Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a auto-estima

Apresenta-se no Quadro 71 os resultados das correlações entre a RSES e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal nos dois grupos.

Quadro 71 - Correlações entre a auto-estima e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal

	Estudantes de Dança (n=44)		Estudantes de Outro Curso (n=108)	
	IMC	IMC Ideal	IMC	IMC Ideal
Total de auto-estima	-0,213	-0,049	-0,213	0,026

Da análise do quadro apresentado verifica-se que não existem correlações significativas entre a auto-estima e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal em ambos os grupos.

11.1.10 Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a auto-estima corporal

Apresenta-se no Quadro 72 os resultados das correlações entre as sub-escalas da BES e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal nos dois grupos.

Quadro 72 - Correlações entre a auto-estima corporal e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal

	Estudantes de Dança (n=44)		Estudantes de Outro Curso (n=108)	
	IMC	IMC Ideal	IMC	IMC Ideal
Satisfação com o peso	-0,522**	0,042	-0,390**	-0,234*
Atracção física	0,181	0,380*	0,048	0,149
Satisfação com a sexualidade	-0,162	0,286	-0,092	0,078

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Da observação deste quadro verifica-se que no grupo ED o índice de massa corporal está estatisticamente significativamente associado somente à sub-escala da satisfação com o peso no grupo ED ($r=0,522$, $p<0,01$). Quanto maior o índice de massa corporal menor a satisfação com o peso. No grupo ED o índice de massa corporal ideal está somente associado significativamente à atracção física ($r=0,380$, $p<0,05$). Quanto maior o índice de massa corporal maior a atracção física no grupo ED.

Relativamente ao grupo EOC apenas a sub-escala da satisfação com o peso se relaciona com o índice de massa corporal ($r=-0,390$, $p<0,01$) e com o índice de massa corporal ideal ($r=-0,234$, $p<0,05$). Quanto maior o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal menor a satisfação com o peso.

11.1.11 Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal

Apresenta-se no Quadro 73 os resultados das correlações entre as sub-escalas tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal do EDI e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal nos dois grupos.

Quadro 73 - Correlações entre a tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal e os índices de massa corporal e massa corporal ideal

	Estudantes de Dança (n=44)		Estudantes de Outro Curso (n=108)	
	IMC	IMC Ideal	IMC	IMC Ideal
Tendência para emagrecer	0,368*	-0,217	0,143	0,025
Bulimia	0,044	0,013	0,025	-0,145
Insatisfação corporal	0,438****	-0,200	0,451****	0,163

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Da observação deste quadro verifica-se que no grupo ED o índice de massa corporal está significativamente associado somente à sub-escala da tendência para emagrecer ($r=0,368$, $p<0,01$) e insatisfação corporal ($r=0,438$, $p<0,001$). Quanto maior o índice de massa corporal maior a tendência para emagrecer e a insatisfação corporal. No grupo ED, o índice de massa corporal ideal não está somente associado significativamente a nenhuma das sub-escalas analisadas. Relativamente ao grupo EOC, apenas a sub-escala da insatisfação corporal se relaciona com o índice de massa corporal ($r=-0,451$, $p<0,001$). Quanto maior o índice de massa corporal maior a insatisfação corporal no grupo EOC

11.1.12 Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e os esquemas mal adaptativos precoces.

Relativamente à associação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e os esquemas mal adaptativos precoces, na globalidade não se

apresentaram correlações estatisticamente significativas excepto as descritas no seguinte quadro.

Quadro 74 - Correlações entre os esquemas mal adaptativos precoces e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal

	Estudantes de Dança (n=44)		Estudantes de Outro Curso (n=108)	
	IMC	IMC Ideal	IMC	IMC Ideal
Padrões excessivos	-0,271	-0,341*	-0,166	-0,111
Vulnerabilidade ao mal e à doença	-0,053	-0,410****	-0,101	0,101

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Da observação do deste quadro verifica-se que no grupo ED o índice de massa corporal ideal está relacionado significativamente com o esquema mal adaptativo precoce dos padrões excessivos ($r = -0,341$, $p < 0,05$) e o de vulnerabilidade ao mal e à doença. Quanto maior a activação do esquema dos padrões excessivos e do esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença, menor o índice de massa corporal.

Não se encontraram correlações significativas entre os esquemas mal adaptativos precoces e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal no grupo EOC.

11.1.13 Relação entre o índice de massa corporal, o índice de massa corporal ideal e a depressão.

Tal como se pode concluir através da observação do quadro seguinte não existem associações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva e o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal.

Quadro 75 - Correlações entre o BDI e o Índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal

	Estudantes de Dança (n=44)		Estudantes de Outro Curso (n=108)	
	IMC	IMC Ideal	IMC	IMC Ideal
Total do BDI	0,134	-0,079	0,134	0,047

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

11.2 Análise das Regressões

Com o objectivo de identificar quais as variáveis que independentemente mais contribuem para a variância da patologia do comportamento alimentar em cada um dos grupos, recorremos a análises da regressão múltipla hierárquica. A tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal foram utilizadas como variáveis dependentes. Nestas análises foram incluídas como variáveis independentes as variáveis em relação às quais, nas análises anteriores, se tinham registado diferenças significativas nos índices indicadores de patologia alimentar. Entraram na análise como variáveis independentes: as variáveis sócio-culturais (importância do peso para a profissão, pressão na futura profissão para a magreza e pressão geral para a magreza); o índice de massa corporal e o índice de massa corporal ideal; as escalas da auto-estima, as sub-escalas da escala de estima corporal, os esquemas mal adaptativos precoces do Questionário de Esquemas e a depressão. Os resultados destas análises para o grupo ED são apresentados no Quadro 76, Quadro 77 e Quadro 78.

Quadro 76 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a tendência para emagrecer

Variáveis predictoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Indesejabilidade social/defeito	0,403 (0,094)	0,559****		
Pressão na profissão para a magreza	1,569 (0,563)	0,351**	0,362	11,631

** p≤0,01 **** p≤0,001

Como se pode constatar através da análise do Quadro 76, com a tendência para emagrecer como variável dependente foram aceites na equação de regressão dois termos de predição, com um coeficiente de determinação global de 0,362.

Os dois termos de predição são, por ordem de variância explicada: a *indesejabilidade social/defeito* que explica 24,1% da variância e a *pressão na profissão para a magreza*, que com uma contribuição de 12,1%, explica 36,2% da variância da tendência para emagrecer. Estes resultados mostram um modelo bem aceite da regressão com um valor explicativo razoável.

A análise deste quadro sugere que, do conjunto das variáveis consideradas, ambas predizem significativamente a tendência para emagrecer no grupo ED. Uma maior activação do esquema de *indesejabilidade social/defeito* e uma *percepção de maior pressão na profissão para a magreza* estão associadas a valores mais altos, logo menos saudáveis, na tendência para emagrecer.

Relativamente ao mesmo grupo e adoptando como variável critério a bulimia consideraram-se na análise as mesmas variáveis independentes.

Quadro 77 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a bulimia

Variáveis predictoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Limites insuficientes	0,12 (0,039)	0,426**	0,181	9,304

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Apenas foi aceite um termo de predição, o esquema mal adaptativo precoce *limites insuficientes* que tem um coeficiente de determinação global de 0,181, explicando cerca de 18% da variância da bulimia. Este factor é significativo na predição da bulimia.

Valores mais altos no esquema de *limites insuficientes* no grupo ED estão associados a maior sintomatologia bulímica neste grupo.

Em relação ainda ao grupo ED, e adoptando como variável critério a *insatisfação corporal*, consideraram-se na análise as mesmas variáveis independentes que nas duas análises anteriores.

Uma vez que a escala de *insatisfação corporal* do EDI mede a insatisfação com a forma global e com o tamanho das zonas corporais que são o principal foco de preocupação das perturbações alimentares (estômago, ancas, nádegas e coxas) e a escala de *Satisfação com o peso* da BES, agrupa 12 itens que aparecem relacionados com a aparência física, especificamente com as partes do corpo que podem ser fisicamente alteradas através do exercício físico ou do controle da alimentação, pareceu-nos que estas variáveis representam dimensões equivalentes⁴⁶. Retirou-se por isso do conjunto de variáveis independentes a variável *satisfação com o peso* uma vez que seria de esperar que esta, porque fortemente correlacionada com a *insatisfação corporal*, tivesse um grande valor preditivo.

⁴⁶ Fez-se uma correlação para estas duas variáveis na amostra total que se mostrou altamente significativa ($r = -0,891$, $p < 0,001$) o que corrobora a hipótese de existir grande similitude entre as dimensões avaliadas pelas duas variáveis.

Quadro 78 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo ED) tendo por variável critério a insatisfação corporal

Variáveis preditoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Indesejabilidade social/defeito	0,306 (0,84)	0,428****		
ÍMC	1,069 (0,322)	0,389**		
Importância do peso para a profissão	1,509 (0,667)	0,265*	0,415	11,169

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

A análise do Quadro 78 revela-nos que, com insatisfação corporal como variável dependente, foram aceites na equação de regressão três termos de predição, com um coeficiente de determinação de 0,415. Os três termos de predição são, por ordem de variância explicada: a *Indesejabilidade social/defeito* que explica 22,2% da variância, o *índice de massa corporal* que com uma contribuição de 16,4%, explica 35,6% da variância; e *pressão geral para a magreza*, que com um incremento de 7,0%, explica 41,5% da variância. Os resultados mostram um modelo bem aceite da regressão com um valor explicativo razoável.

Todas as variáveis aceites no modelo têm valor preditivo significativo. Ter uma maior activação do esquema de *indesejabilidade social defeito*, um maior *índice de massa corporal* e maior *percepção da importância da magreza para a profissão* estão associados a uma maior *insatisfação corporal* no grupo ED.

Efectuaram-se os mesmos procedimentos para o grupo EOC que no grupo ED para a análise da regressão.

Apresenta-se de seguida os resultados do grupo EOC na análise de regressão múltipla hierárquica para a variável *tendência para emagrecer*.

Quadro 79 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a tendência para emagrecer

Variáveis preditoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Satisfação com o peso	-0,169 (0,043)	-0,343****		
Pressão geral para a magreza	1,076 (0,367)	0,249****	0,36	19,157
Medo de ser abandonada	0,181 (0,64)	0,234**		

** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,001$

Como se pode constatar através da análise do Quadro 79, com a tendência para emagrecer como variável dependente foram aceites na equação de regressão três termos de predição, com um coeficiente de determinação global de 0,362.

Os três termos de predição são, por ordem de variância explicada: a *satisfação com o peso* que explica 24,6% da variância; a *pressão geral para a magreza* que com um incremento de 6,5% explica 31,1% da variância e o *medo de ser abandonada* que com uma contribuição de 5%, explica 36% da variância da tendência para emagrecer. Estes resultados mostram um modelo bem aceite da regressão com um valor explicativo razoável.

A análise do Quadro 79 sugere que, do conjunto das variáveis consideradas, todas predizem significativamente a *tendência para emagrecer* no grupo EOC. Uma maior satisfação com o peso está associada a valores mais baixos, logo menos patológicos, de *tendência para emagrecer*. Uma maior activação do esquema de *medo de ser abandonado* e uma percepção de maior *pressão geral para a magreza* estão associadas a valores mais altos, logo menos saudáveis, na *tendência para emagrecer*.

Quadro 80 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a bulimia

Variáveis predictoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Indesejabilidade social/defeito	7,173E-02 (0,023)	0,284**		
Limites insuficientes	5,064E-02 (0,020)	0,232*	0,156	13,538

*p≤0,05, ** p≤0,01

A análise do Quadro 80 revela-nos que com a Bulimia como variável dependente no grupo EOC foram aceites na equação de regressão dois termos de predição, com um coeficiente de determinação de 0,156. Os três termos de predição são, por ordem de variância explicada: a *indesejabilidade social/defeito*, que explica 10,3% da variância e os *limites insuficientes*, que com um incremento de 5,2%, explica 15,6% da variância. Os resultados mostram um modelo bem aceite da regressão com um valor explicativo mais reduzido que o relativo à *tendência para emagrecer*.

Ambos os factores presentes no modelo são significativos na predição da bulimia. Valores mais altos nos esquemas de *indesejabilidade social/defeito* e de *limites insuficientes* no grupo EOC estão associados a maior sintomatologia bulímica neste grupo.

Tal como para o grupo ED foi retirada a sub-escala da *satisfação com o peso* para a análise da regressão tendo como variável dependente a *insatisfação corporal*.

Quadro 81 - Análise de regressão múltipla hierárquica (realizada no grupo EOC) tendo por variável critério a insatisfação corporal.

Variáveis preditoras	Coef. (EP)	Coef. Pad.	R ²	F
Indesejabilidade social/defeito	0,447 (0,075)	0,444****	0,54	41,128
Índice de massa corporal	0,749 (0,228)	0,4067****		
BDI	0,301 (0,092)	0,244**		

* p≤0,05 ** p≤0,01 **** p≤0,001

A análise do Quadro revela-nos que, com a *insatisfação corporal* como variável dependente foram aceites na equação de regressão três termos de predição, com um coeficiente de determinação de 0,54. Os três termos de predição são, por ordem de variância explicada: a indesejabilidade social/defeito, que explica 34,6% da variância; o *índice de massa corporal*, que com uma contribuição de 15,4%, explica 50,0% da variância e a *depressão* que com um incremento de 4,7% explica 54,7% da variância. Os resultados mostram um modelo bem aceite da regressão com um valor explicativo razoável.

Todas as variáveis aceites no modelo têm valor preditivo significativo. Ter uma maior activação do esquema de *indesejabilidade social defeito* está associado a uma maior *insatisfação corporal* no grupo EOC. Um maior valor no *índice de massa corporal* e na escala de *depressão* estão associados a uma maior *insatisfação corporal*.

Em síntese, os factores associados à perturbação alimentar no grupo ED e no grupo EOC parecem ser diferentes. No entanto, em ambos os grupos, em todos os modelos entram como variáveis preditoras os esquemas mal adaptativos precoces. Apenas em um dos modelos (tendência para emagrecer no grupo EOC) a primeira variável a entrar na equação de regressão não é um esquema mal adaptativo precoce. Este dado parece indicar que os esquemas mal adaptativos precoces têm um valor preditivo significativo na associação à sintomatologia de patologia do comportamento alimentar, especialmente no grupo ED.

11.3 Identificação das doentes com perturbações alimentares

11.3.1 Utilização do Índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal

Numa primeira fase, para identificar estudantes que poderiam estar em risco ou apresentar síndrome parcial, procurou-se entre as estudantes aquelas que tendo um índice de massa corporal baixo⁴⁷ idealizavam um índice de massa corporal ainda mais baixo. Foram encontradas 7 estudantes que reuniam ambas as condições, 5 das quais pertenciam ao grupo ED. A totalidade destas estudantes apresentou média de 0 nas subescalas do EDI-2 que avaliam os aspectos centrais das perturbações alimentares: *tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal*. Este dado parece confirmar a hipótese diversas vezes levantada e confirmada na literatura de os sujeitos com distúrbios alimentares sentirem-se bem com a sintomatologia patológica mantendo-a secreta e “falseando” os dados fornecidos por auto-relato. Assim devemos olhar com precaução para os resultados das sub-escalas do EDI, hipotetizando que provavelmente os sujeitos da nossa amostra com patologia do comportamento alimentar fizeram evitamento às questões directamente relacionadas com a detecção dos comportamentos e atitudes patológicas em relação à alimentação e à satisfação com o corpo presentes no EDI-2.

⁴⁷ Considera-se para este efeito um índice de massa corporal baixo valores abaixo de 18.

Capítulo V

Síntese e Discussão dos Resultados

12 Discussão dos Resultados

O presente trabalho tentou contribuir para um melhor conhecimento da sintomatologia das perturbações alimentares numa população pressionada para a magreza através de um estudo comparativo de dois grupos de jovens estudantes do ensino superior de dança clássica e jovens de outro curso do ensino superior. Este estudo teve por objectivo analisar se o facto de estudar dança contribui para que as jovens se sintam pressionadas para a magreza e se este grupo de jovens difere do grupo de comparação nos indicadores de patologia do comportamento alimentar. Tentámos perceber de que modo outras variáveis de diferente ordem: social, familiar e individual contribuem ou estão relacionadas com a vulnerabilidade para a patologia do comportamento alimentar fazendo um estudo comparativo entre os dois grupos. Numa segunda fase tentou-se averiguar em algumas variáveis- pressão e importância da magreza, índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal, auto-estima, auto-estima corporal, depressão e esquemas mal adaptativos precoces- os padrões ou configurações que estão associadas a maior patologia do comportamento alimentar em cada um dos grupos.

Segundo os resultados do presente estudo o grupo de estudantes de dança em comparação com o grupo de estudantes de outro curso caracteriza-se da seguinte forma:

- Pertencem a um nível sócio-económico mais alto.
- Vivem mais fora da família nuclear durante o ano lectivo.
- Têm maior número de irmãos. Têm com mais frequência irmãos mais velhos.
- Têm menor peso.
- Têm índice de massa corporal mais baixo.
- Têm peso ideal mais baixo.
- Têm índice de massa corporal ideal mais baixo e abaixo dos valores indicativos de peso normal.
- Percepcionam a magreza como mais importante para a futura profissão.
- Sentem-se mais pressionadas na futura profissão para ser magras.
- Fazem mais dieta e têm mais cuidado com a alimentação.
- Utilizam maior número de estratégias para ter a figura ideal.
- Fazem mais exercício físico.

- Têm auto-estima mais baixa.
- Sentem-se menos atraentes fisicamente.
- São mais perfeccionistas.
- Têm mais medos sociais.
- Têm maior pontuação nos esquemas mal-adaptativos precoces de culpa/fracasso; medo de perder o controlo e de isolamento social/alienação.
- As estudantes de dança têm mais comportamentos de dieta e de controlo do peso.

Dentro do grupo de estudantes de dança:

- As estudantes de dança de nível sócio-económico mais baixo sentem maior pressão geral para a magreza.
- As estudantes de dança que pertencem ao nível sócio-económico baixo e médio têm maior tendência para emagrecer, maior bulimia e maior percepção de ineficácia do que as estudantes de dança que pertencem a um nível sócio-económico médio/alto e elevado.
- As estudantes de dança de índice de massa corporal baixo sentem-se mais satisfeitas com o peso do que as estudantes de dança de índice de massa corporal normal e sentem-se menos pressionadas na vida em geral para a magreza.
- As estudantes de dança com índice de massa corporal normal têm mais tendência para emagrecer e têm mais insatisfação corporal do que as estudantes de dança com índice de massa corporal baixo.
- Nas estudantes de dança de índice de massa corporal baixo há maior elevação do esquema de padrões excessivos.
- As estudantes de dança com história de perturbação psicológica têm o resultado do BDI mais elevado.

Finalmente, sublinham-se os resultados mais relevantes relativamente às análises que procuraram num e noutro grupo os factores que influenciam a patologia do comportamento alimentar, avaliada pela tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal.

No grupo de estudantes de dança:

- Observa-se que o maior índice de massa corporal, a menor auto-estima, a menor satisfação com o peso, a maior indesejabilidade social/defeito, a maior vergonha e maior sintomatologia depressiva estão associadas a maior tendência para emagrecer. No entanto, quando considerado o efeito conjunto das variáveis é a indesejabilidade social e a maior pressão na profissão para a magreza que predizem significativamente a tendência para emagrecer.
- Menor auto-estima, maior activação dos esquemas de limites insuficientes, mais subjugação, maior esquema de vergonha e maior sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais elevados de bulimia. No entanto, quando considerado o efeito conjunto das variáveis somente o esquema de limites insuficientes prediz significativamente a bulimia.
- Finalmente, ainda no grupo ED, maior índice de massa corporal, menor satisfação com o peso, maior esquema de indesejabilidade social /defeito, maior esquema de isolamento social/alienação, maior esquema de vergonha e mais sintomatologia depressiva estão associadas a maior insatisfação corporal. No entanto, quando considerado o efeito conjunto das variáveis, somente a indesejabilidade social/defeito, o índice de massa corporal e maior importância do peso para a profissão predizem significativamente a insatisfação corporal.

No grupo de estudantes de outro curso:

- Observa-se que: menor auto-estima, menor satisfação com o peso, maior activação dos esquemas de privação, indesejabilidade social/defeito, padrões excessivos, medo de perder o controlo, limites/insuficientes, medo de ser abandonada, vulnerabilidade ao mal e a doença, e maior sintomatologia depressiva estão associados a maior tendência para emagrecer. No entanto somente a satisfação com o peso, a maior pressão geral para a magreza e o maior medo de ser abandonada prevêm significativamente a tendência para emagrecer neste grupo.
- Maior satisfação com o peso, a maior pontuação nos esquemas mal adaptativos precoces de privação, indesejabilidade social/defeito, padrões excessivos, medo de perder o controlo, dependência, isolamento social/alienação, limites insuficientes, medo de ser abandonado e maior depressão estão associados a maior bulimia. No entanto, quando considerado o efeito conjunto das variáveis é a indesejabilidade social/defeito e os limites insuficientes que predizem significativamente a bulimia.

- Maior índice de massa corporal, menor auto-estima, menor satisfação com o peso, menor satisfação com a sexualidade, maior pontuação nos esquemas de privação, indesejabilidade social /defeito, desconfiança abuso, padrões excessivos, medo de perder o controlo, isolamento social/alienação, medo de ser abandonado, vergonha e mais sintomatologia depressiva estão associadas a maior insatisfação corporal. No entanto, quando considerado o efeito conjunto das variáveis, somente a indesejabilidade social/defeito, o índice de massa corporal e a depressão predizem significativamente a insatisfação corporal.

12.1 Factores de risco para as perturbações alimentares: sócio-culturais, familiares e individuais.

Os resultados do presente estudo parecem sugerir que diferentes factores confluem para uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar no grupo das estudantes de dança e no grupo de estudantes de outro curso. Três grupos de factores foram abordados: sócio-culturais, familiares e individuais. Tendo em conta a revisão bibliográfica e os resultados obtidos, os diferentes grupos de factores serão abordados separadamente, mas tendo consciência que eles se cruzam e são interdependentes.

12.1.1 Factores sócio-culturais

Entre os factores sócio-culturais destacam-se a pressão e importância da magreza e o nível socio-económico.

No que diz respeito à **pressão e importância da magreza**, as bailarinas e estudantes de dança têm sido estudadas como grupo sujeito a grande pressão sócio-cultural para a magreza o que as colocaria, à partida, em risco para o desenvolvimento de comportamentos de controlo patológico do peso (APA, 1993; Dotti et al. 2002; Garner, 1980; Garner et al., 1987; Kaplan; Sadock & Grebb, 1994; Smolak et al. 2000;). Não foram encontrados dados na revisão bibliográfica que indiquem que esta pressão é sentida e valorizada pelas estudantes de dança. No presente estudo verificámos que as estudantes do grupo ED sentem significativamente maior pressão para a magreza na futura profissão do que as jovens do grupo EOC. Este dado coloca as jovens do grupo ED em maior risco para o desenvolvimento de comportamentos de controlo do peso. Adicionalmente, as jovens do grupo ED também

sentem que a magreza é significativamente mais importante para o desempenho da futura profissão, isto é, não só se consideram mais pressionadas para ser magras como atribuem maior importância para a magreza como requisito necessário para o desempenho da sua actividade profissional futura. Este dado coloca-as em risco para o desenvolvimento de comportamentos de controlo de peso na actualidade e para a sua manutenção no futuro profissional.

Quanto aos **aspectos sócio-económicos**, o grupo ED é significativamente constituído por estudantes de nível sócio-económico médio-alto/elevado. Este dado é consistente com outros estudos que encontram mais representantes do nível sócio-económico alto nas estudantes de dança (Dotti et al., 2002; Montanari, A., Zietkiewicz, E.A., 2000). Estes estudos referem o nível sócio-económico como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Este factor também tem sido apontado nos estudos mais recentes, como uma variável mediadora das diferenças encontradas entre as etnias relativamente à distribuição dos distúrbios alimentares, contribuindo para o desenvolvimento e manutenção da anorexia nervosa em diferentes etnias (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Striegel-Moore, 2001; Cachelin, Veisel, Barzegarnazari, & Striegel-Moore, 2000; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). No presente estudo após a divisão do grupo ED em grupo de nível sócio-económico baixo/médio e grupo sócio económico médio-alto/elevado, verificou-se que é nos níveis sócio-económico baixo/médio que encontramos significativamente maior percepção de pressão geral para a magreza, maior tendência para emagrecer, maior bulimia, maior insatisfação corporal e maior valorização do controlo/sucesso.

Estes dados parecem confirmar que o nível sócio-económico é uma variável que está associada à maior valorização da magreza. As jovens que escolhem seguir uma carreira na dança clássica são geralmente oriundas de meios sócio-económicos mais favorecidos. No entanto, quando analisadas as estudantes da escola superior de dança no nosso estudo, as jovens de nível sócio-económico baixo/médio sentem significativamente maior pressão geral para a magreza. Na generalidade, as jovens do grupo ED já se distinguem das jovens do grupo EOC por se sentirem mais pressionadas na profissão para a magreza e por darem elas próprias importância à magreza para a profissão. Verifica-se que dentro das estudantes de dança existe um sub-grupo, de nível sócio-económico médio/baixo para o qual a pressão da sociedade para a magreza é significativamente mais importante do que para as estudantes do mesmo grupo mas que pertencem a um nível sócio-económico médio-alto/elevado. Parece que as jovens de nível sócio-económico baixo/médio constituem um grupo que está mais exposto ao risco para o desenvolvimento de patologia do comportamento

alimentar. Este dado poderá ser entendido pelo facto destas jovens que frequentam um curso de difícil acesso se encontrarem que as coloca numa situação de extrema competitividade. Esta situação poderá funcionar para que as jovens de nível sócio-económico baixo/médio, que têm menos recursos, valorizem mais a adequação à imagem veiculada e estereotipada da extrema magreza das bailarinas de sucesso. A falta de recursos pode fazer com que seja mais importante no nível sócio-económico baixo/médio a magreza, enquanto pré-requisito para o sucesso profissional.

12.1.2 Factores familiares

Entre os factores familiares destacam-se a estrutura familiar e a existência de psicopatologia nos pais.

No que diz respeito à **estrutura familiar**, a análise comparativa não revelou diferenças entre os dois grupos. Os grupos em estudo não diferem na tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal quando se usou a situação conjugal dos pais como variável independente. No nosso estudo este factor não está associado a maior elevação das escala de patologia do comportamento alimentar, de onde se pode concluir que esta situação prévia não explica eventuais diferenças encontradas entre os grupos relativamente à patologia do comportamento alimentar. Os mecanismos de associação entre a qualidade da relação dos pais não são ainda conhecidos. Num estudo recente Martínez-González, Gual, Lahortiga, Alonso, de Irala-Estévez, & Cervera, (2003) encontraram uma associação forte entre o estatuto marital dos pais e o desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar, sendo mais frequente a presença de psicopatologia alimentar nos filhos de pais separados ou divorciados. No entanto, Blyely, Archibald, Graber & Brooks Gunn (2000), Fairburn, Welch, Doll, Davis & O'Connor (1997), e Wade, Bulik & Kendler (2001) salientam que é a qualidade da relação conjugal entre os pais e não a situação conjugal que é preditora do desenvolvimento de perturbações alimentares, mais especificamente de bulimia nervosa.

Um dos factores mais comumente apontados como factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia é a existência prévia de psicopatologia em um ou em ambos os progenitores. Especificamente a presença nas mães de distúrbios alimentares tem sido referido como um factor associado ao desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar nas filhas (Pike & Rodin, 1991; Polivy & Herman, 2002). Embora o nosso estudo não tenha sido realizado com uma amostra clínica, no entanto, tentou-se perceber se os grupos diferiam na existência de psicopatologia nos pais, uma vez que este factor parece constituir risco para o

desenvolvimento de psicopatologia nos filhos. Os grupos em estudo não diferem na existência de **psicopatologia dos pais**. Mais especificamente, em nenhum dos grupos do presente estudo existe referência à existência de patologia do comportamento alimentar em nenhum dos progenitores. Num estudo recente Twanley & Davis (1999) verificaram que a influência da psicopatologia dos pais somente contribuía para o desenvolvimento de perturbações alimentares quando existia pouca internalização das normas sociais acerca da magreza. De acordo com os autores quando há uma grande valorização das normas sociais acerca da magreza, aspecto saliente na amostra em estudo, esta valorização contribui para a existência de maior patologia do comportamento alimentar independentemente da existência de psicopatologia nos progenitores. Estudos mais exaustivos acerca do efeito da psicopatologia dos pais nas perturbações alimentares em populações pressionadas para a magreza poderão esclarecer qual o sentido desta relação.

12.1.3 Factores individuais

Consideram-se como factores individuais, as seguintes variáveis: índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal, comportamento de dieta e controlo do peso, história de perturbação psicológica, auto-estima, sub-escalas do EDI, e esquemas mal adaptativos precoces.

12.1.3.1 Índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal

No nosso estudo, o grupo ED apresenta um índice de massa corporal médio ligeiramente abaixo do índice de massa corporal normal, valor que é indicador de magreza. Contudo, este grupo deseja adquirir um índice de massa corporal ideal significativamente ainda mais baixo que o grupo EOC. O índice de massa corporal ideal médio do grupo ED é bastante próximo do limiar superior do índice de massa corporal critério para anorexia. A idealização de um índice de massa corporal abaixo do índice de massa corporal actual é um factor de risco que está bem estabelecido para o desenvolvimento de comportamentos de dieta e consequentemente de perturbações alimentares (Ackard, Croll, Kearney-Cooke, 2002). As jovens do grupo ED encontram-se por este facto em maior risco de desenvolver comportamentos de controlo patogénico do peso para atingir o seu peso ideal.

12.1.3.2 Comportamento de dieta e controlo do peso

O grupo ED apresenta em média um maior número de estratégias para reduzir o peso⁴⁸, faz mais dietas e pratica mais exercício físico do que o grupo EOC. Qualquer um destes comportamentos tem sido descrito como factor de risco e como característica das doentes com patologia do comportamento alimentar. Dotti et al. (2002) salientam o facto da actividade desportiva das estudantes de dança ser anaeróbica, isto é, não é responsável por um grande desgaste energético pelo que estas estudantes, com um índice de massa corporal ideal baixo, recorrem frequentemente a comportamentos de restrição alimentar para diminuir ou manter o peso de acordo com os seus padrões. Este dado parece contrariar o argumento de Szmukler et al. (1985) que consideram que o baixo índice de massa corporal nas estudantes de ballet é explicado pela actividade física específica e inerente à sua actividade principal. De acordo com estes autores, as estudantes de dança não apresentam mais comportamentos de dieta e controlo do peso do que as outras jovens e o seu baixo peso é explicado pelos cuidados alimentares próprios da prática de actividade desportiva. No presente estudo, verifica-se que, além de recorrerem significativamente a maior número de estratégias para perder peso e a dietas, as estudantes ED envolvem-se em actividades físicas extra para reduzir o seu peso.

É curioso verificar que as jovens ED não apresentam mais história prévia de dieta o que significa que a existência de mais comportamentos actuais de dieta se pode atribuir a dietas iniciadas recentemente. Este dado levanta a hipótese de que terá havido um evento de vida recente que produziu esta alteração dos padrões alimentares. Smolak & Levine (1996) e Stice & Whitenton (2002) encontraram dados que enfatizam o papel que certos eventos de vida, como a transição de escola ou a entrada no ensino superior, têm como factores precipitantes de comportamentos de dieta em jovens com vulnerabilidade para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Visto que existe maior número de jovens do grupo ED que coabita fora do agregado familiar, poderia ser útil em estudos futuros perceber se a saída de casa dos pais e/ou a entrada para o ensino superior de dança poderão ser factores associados ao aumento de comportamentos de dieta no grupo ED.

⁴⁸ Este dado do QSDA é confirmado pelos resultados da sub-escala de *comportamentos de dieta e de controlo do peso* do CARPIC

12.1.3.3 História de perturbação psicológica

Não se encontraram diferenças entre os dois grupos na história de perturbação psicológica. Contudo, encontraram-se diferenças significativas entre as jovens do grupo ED com e sem história de perturbação psicológica. As jovens do grupo ED com história de perturbação psicológica estão significativamente mais insatisfeitas com o seu corpo, estão mais deprimidas e valorizam mais o controlo e o sucesso. O valor médio apresentado por este sub-grupo do grupo ED na sub-escala da insatisfação corporal está dentro dos valores de normalidade (Santos & Machado, 2002). A valorização do controlo/sucesso é apontado pela autora da escala (Ferreira, 2002) como um factor discriminativo entre doentes anorécticas e não anorécticas. Face a estes dados pode-se concluir que dentro do grupo ED existem estudantes com história de perturbação psicológica às quais estão significativamente associados ainda outros factores que as tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares

12.1.3.4 Auto-estima

No presente estudo verificou-se que as estudantes do grupo ED apresentam significativamente menor auto-estima que as estudantes do grupo EOC. Este dado é consistente com o encontrado no estudo de Bettel et al. (2001) que encontrou menor auto-estima nas estudantes de dança do sexo feminino do que no grupo de comparação. Os desportistas em geral são um grupo da população geralmente apontado como resiliente ao desenvolvimento de psicopatologia em geral uma vez que a participação desportiva está associada a maior auto-estima e maior satisfação corporal (Kirk et al., 2001; Smolak et al., 2000). De acordo com Smolak et al (2000) é o facto de haver maior pressão para a magreza e menor auto-estima nos praticantes de alguns desportos que explica a presença de perturbações alimentares e síndromas parciais. A auto-estima foi introduzida nas equações de regressão para verificar qual o seu contributo para a maior tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal. Em nenhum dos modelos esta variável aparece como contribuindo para maior sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. Conclui-se, então, que a patologia do comportamento alimentar no grupo ED é melhor explicada por outros factores que serão abordados mais à frente.

12.1.3.5 Sub-escalas do EDI

Salienta-se que o grupo ED apresenta maior elevação de todas as sub-escalas do EDI quando comparado como grupo EOC, excepto na insatisfação corporal.

Contudo os grupos somente diferem significativamente nas sub-escalas do EDI referentes ao perfeccionismo e aos medos sociais. O grupo ED apresenta maior perfeccionismo e mais medos sociais. Da revisão da literatura salienta-se que o perfeccionismo é uma característica que tem sido estudada como factor associado às perturbações alimentares especialmente em jovens que se sentem pouco atraentes fisicamente e que são hiper-críticas (Davis, Claridge, & Fox, 2000). No presente estudo o grupo ED apresenta um valor médio da sub-escala do perfeccionismo indicador de patologia.

Relativamente à insatisfação corporal e apesar do papel central que esta dimensão tem no desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares, os dados do presente estudo são consistentes com os dados da literatura que referem esta dimensão como tendo valores menos elevados nos desportistas em geral. No entanto, existem dados que apontam para a existência de mulheres que desenvolvem perturbações alimentares sem que apresentem insatisfação com os seus corpos (Twanley & Davis, 1999). De acordo com Twanley & Davis (1999) os comportamentos de dieta são tão normativos entre as jovens mulheres da cultura ocidental actual, que estas podem envolver-se em comportamentos regulares de dieta e padrões de restrição alimentar sem que se sintam mal com o seu corpo. Esta hipótese parece fazer sentido quando aplicada ao nosso grupo de estudo, uma vez que a valorização do peso baixo se relaciona com a pressão na profissão para a magreza e não com a satisfação com o peso.

12.1.3.6 Questionário de esquemas

No presente estudo as jovens do grupo ED apresentaram significativamente maior elevação dos esquemas mal adaptativos precoces de culpa/fracasso, medo de perder o controlo e isolamento social/alienação. O esquema mal adaptativo precoce de culpa/fracasso está relacionado com a crença de que se é mau e irresponsável e de que se é incompetente para o desempenho em certas áreas (escola, carreira etc) e para tomar decisões. A compensação deste esquema poderá estar associada a um sobreinvestimento nas áreas em que a pessoa se sente incapaz. O esquema de medo de perder o controlo encontra-se sobretudo em pessoas que receiam perder o controlo involuntariamente do seu próprio comportamento. A compensação deste esquema poderá estar associada a um grande ênfase no controlo e valorização do controlo em áreas específicas do funcionamento. Curiosamente, o modelo mais recente de Fairburn et al (1999) a que nos reportámos na revisão bibliográfica, refere a valorização do controlo como um factor de risco para o desenvolvimento de

perturbações alimentares. Este dado parece indicar que as jovens do nosso grupo têm um funcionamento cognitivo que as coloca em risco para o desenvolvimento de comportamentos restritivos na alimentação. O esquema de isolamento social/alienação está relacionado com a crença de que se é diferente e não se pertence a nenhum grupo. Alguns estudos têm sido feitos estudando os esquemas mal adaptativos precoces e doentes com perturbações alimentares (Lee, Taylor & Dunn, 1999; Meyer, Leung, Feary, & Mann, 2001; Meyer, & Waller, 2000). Parte destes estudos avaliaram as doentes após exposição a estímulos associados com comida para activação dos esquemas específicos associados às perturbações alimentares. Assim, os nossos resultados não podem ser comparados com os dos outros estudos. Não se conhecem estudos feitos com estudantes de dança usando o questionário de esquemas de Young pelo que os resultados da presente investigação têm um valor exploratório.

12.1.3.7 Sintomatologia de perturbações alimentares

Não encontramos, no presente estudo, nenhum indicador de perturbações alimentares, quando consideradas como indicadores as sub-escalas da tendência para emagrecer, bulimia e insatisfação corporal do EDI, que significativamente diferenciasse os dois grupos. Os dados do presente estudo diferem dos encontrados por Brooks-Gun et al. (cit in Smolak et al, 2000), Garner et al (1987) e Montanari, & Zietkiewicz, (2000) que encontraram maior elevação na escala de tendência para emagrecer no grupo de estudantes de dança. Contudo, estes dados são semelhantes aos encontrados por Dotti et al (2002) que não encontraram sintomatologia de perturbações alimentares, medida por estas sub-escalas, no seu grupo de estudantes do ensino superior de dança. A ausência de sintomatologia de perturbações alimentares pode ser explicada por um conjunto de factores. Os dados da literatura referem que as jovens com perturbações alimentares tendem a esconder e a negar a sintomatologia (Pinto-Gouveia, 2000). As estudantes que apresentam um índice de massa corporal ideal mais baixo apresentam um padrão de pontuação baixo nas sub-escalas do EDI que avaliam a patologia do comportamento alimentar. Neste sentido a metodologia de recolha dos dados, através de auto-relato, permite que haja enviezamento dos resultados. Por outro lado, como referenciam Dotti et al. (2002) poderá haver critérios associados aos métodos de selecção para a entrada na Escola que filtram e excluem as aspirantes a bailarinas com maior patologia do comportamento alimentar. O presente estudo não avaliou esta variável.

12.2 Modelo dos factores que contribuem para a sintomatologia de patologia do comportamento alimentar nas estudantes de dança e em estudantes de outro curso

Até agora foram apresentados os resultados das análises comparativas entre os dois grupos. Contudo, os modelos teóricos actuais são multi-factoriais, pelo que faz sentido estudar o efeito conjunto de algumas das variáveis em estudo. Para esse efeito foram seleccionadas as variáveis que se mostraram diferentes entre os grupos nas análises univariadas e as que são mais importantes do ponto de vista teórico. Para estudar o efeito conjunto das variáveis foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas, em cada grupo, para os diferentes indicadores de sintomatologia de distúrbios alimentares. Os indicadores utilizados de patologia do comportamento alimentar foram a tendência para emagrecer, a bulimia e a insatisfação corporal. As variáveis introduzidas em cada equação de regressão foram a pressão para a magreza na profissão, importância da magreza para a futura profissão, pressão geral para a magreza, índice de massa corporal, índice de massa corporal ideal, auto-estima, auto-estima corporal, esquemas mal adaptativos precoces e depressão. Verificou-se que os resultados diferiam conforme os indicadores e os grupos em estudo. Aborda-se de seguida os diferentes modelos produzidos para cada indicador dentro de cada grupo.

12.2.1 Tendência para emagrecer

12.2.1.1 Grupo ED

Os dois termos que explicam a variância da tendência para emagrecer no grupo ED são a indesejabilidade social/defeito e a pressão na profissão para a magreza. Estes dados são consistentes com os modelos que enfatizam o papel do meio cultural e das influências sociais como factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares em desportistas (Berry et al. 2000; Levine & Smolak, 1998; Kirk et al., 2001; Rodin et al, 1990; Smolak & Levine, 1996; Smolak, Murnen & Ruble 2000). O esquema mal adaptativo precoce de indesejabilidade social/defeito refere-se ao sentimento de que se é indesejável para os outros (feia, baixo status) e de que se tem algum defeito. Este resultado salienta o contributo dos esquemas mal adaptativos precoces para explicar a variância na patologia do comportamento alimentar

12.2.1.2 Grupo EOC

No grupo EOC os factores que explicam a tendência para emagrecer são a satisfação com o peso, a pressão geral para a magreza e o medo de ser abandonada.

Mais uma vez encontramos uma variável de ordem social a predizer significativamente a tendência para emagrecer. Estes dados são consistente com o referido por Fairburn & Harrison (2003) que defendem que para a população geral encontramos a pressão das sociedades para a magreza como um factor de risco social, e a insatisfação com o peso como um factor de risco individual. O medo de ser abandonada é um esquema mal adaptativo precoce que se refere a medo de perder os outros significativos e ficar sozinha emocionalmente. Este esquema traduz-se em crenças do tipo “preocupo-me em agradar aos outros”, “sinto que me agarro às pessoas que estão perto de mim” ou “ponho os interesses dos outros antes dos meus”.

12.2.2 Bulimia

12.2.2.1 Grupo ED

No grupo ED a bulimia é explicada pelo esquema de limites insuficientes. Este esquema relaciona-se com a necessidade de satisfação imediata das necessidades e dificuldades com a auto-disciplina. Traduz-se em crenças do tipo “Fico com frequência zangada ou irritada se não consigo o que quero”, “Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigada a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros” e “Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado”. O resultado obtido confirma o contributo que os esquemas mal adaptativos precoces têm na explicação da sintomatologia da patologia do comportamento alimentar.

12.2.2.2 Grupo EOC

No grupo EOC a variância da bulimia é melhor explicada pelos esquemas de indesejabilidade social/defeito e de limites insuficientes. Mais uma vez, os resultados obtidos confirmam o contributo que os esquemas mal adaptativos precoces têm na explicação da sintomatologia dos distúrbios alimentares

É curioso e pouco consensual o facto de no presente estudo a pressão e a importância da magreza não se mostrarem associada à variância da bulimia em nenhum dos grupos em estudo. Vários autores têm apresentado a pressão social para

a magreza nas mulheres como um dos factores que contribuem para o desenvolvimento da bulimia nervosa em mulheres na sociedade ocidental (Fairburn et al., 1997; Russel, 1985 cit in Silva, 1993; Striegel-Moore, 1993; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1996 cit in Pietre, 2001; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). A ausência de efeito deste tipo de variáveis na bulimia em ambos os grupos em estudo pode ser explicada pelo facto de os esquemas mal adaptativos precoces de indesejabilidade social/defeito e limites insuficientes constituírem factores que melhor explicam a variabilidade na bulimia. Os processos que explicam este dado ficam por esclarecer, sendo importante averiguá-los em estudos futuros.

12.2.3 Insatisfação corporal

12.2.3.1 Grupo ED

Nas estudantes do grupo ED a indesejabilidade social/defeito, o índice de massa corporal e a importância do peso para a profissão contribuem para a insatisfação corporal. No grupo ED um factor socio-cultural (importância da magreza para a profissão) revela-se mais uma vez um factor importante no modelo aceite.

O contributo dado pelo índice de massa corporal e pela importância da magreza para a profissão na explicação da insatisfação corporal parece confirmar que as jovens de maior peso, e que sentem que a magreza é importante para o desempenho da profissão, se sentem mais insatisfeitas com o seu corpo (Smolak et al, 2000; Fairburn & Harrison, 2003). O contributo dado pelo esquema de indesejabilidade social/defeito confirma mais uma vez que este esquema constitui um preditor importante para o desenvolvimento de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar.

12.2.3.2 Grupo EOC

No grupo EOC é a indesejabilidade social/defeito, o índice de massa corporal e a depressão que contribuem para a insatisfação corporal. Este dado é concordante com o modelo de Stice & Shaw (2002) que refere o índice de massa corporal como um dos factores precursores para a insatisfação corporal na população geral. Também o estudo de Schur et al. (2000) indica que o maior índice de massa corporal é um factor preditor de insatisfação corporal. É curioso verificar que no grupo EOC as variáveis socio-culturais não contribuem para explicar a insatisfação corporal. Mais uma vez se

verifica que é a indesejabilidade social/defeito um dos factores que contribui em ambos os grupos para explicar um indicador de patologia do comportamento alimentar.

12.2.4 Considerações finais

Da análise dos modelos encontrados através da análise de regressão múltipla gostaríamos de salientar o seguinte:

- Na generalidade confirmam-se os modelos multi-factoriais que apontam variáveis de diferente ordem para explicar o risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.
- As variáveis sócio-culturais de pressão para a magreza parecem ter um papel importante para a tendência para emagrecer nos dois grupos. Este resultado está em consonância com a revisão da literatura efectuada que apontam os factores sócio- culturais como um factor importante na explicação da tendência para emagrecer (Fairburn et al., 1999; Pinto-Gouveia, 2000; Polivy, & Herman 2002; Rodin et al. 1990; Steiner-Adair & Purcell, 1996; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998; Striegel- Moore & Cachelin, 2001; Stice et al. 2001).
- Os esquemas mal-adaptativos precoces dão um contributo importante para a explicação da sintomatologia associada às perturbações alimentares.
- A bulimia é melhor explicada por factores de ordem cognitivo-relacional, os esquemas mal adaptativos precoces, do que por variáveis de ordem sócio-cultural.
- O esquema de limites insuficientes é um factor preditor dos níveis de bulimia nos dois grupos. O conteúdo dos itens que constituem este esquema parece estar relacionado com a impulsividade e necessidade imediata das necessidades. A impulsividade é um factor descrito na literatura como preditor à bulimia.
- O esquema de indesejabilidade social/defeito é o que está mais vezes presente nos modelos explicativos dos indicadores de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. Este esquema refere-se ao domínio da valia e traduz-se em crenças do tipo “sou muito gorda”; “não sou uma pessoa interessante”; “sou incompetente”; “nunca faço as coisas tão bem como os outros”. O conteúdo dos itens que constituem este

esquema mal adaptativo precoce parece estar associado à auto-estima e esta associação pode explicar o seu contributo proeminente nos modelos apresentados.

13 Conclusão

Existem diversos aspectos que limitam a generalização dos resultados e conclusões inferidas. Um dos aspectos relaciona-se com as características da amostra recolhida, uma amostra de conveniência. Em primeiro lugar a amostra das estudantes de dança é constituída por estudantes da Escola Superior de Dança do Instituto Politécnico de Lisboa. Assim, não é representativa das jovens que estudam dança noutros estabelecimentos de ensino, ou das jovens que estão já ligadas ao mundo da dança. Outro aspecto relaciona-se como os métodos de recolha de dados e os instrumentos utilizados. A utilização das estudantes como única fonte de informação e de questionários de auto-preenchimento como metodologia de avaliação colocam alguns problemas. Existe a possibilidade de vários enviesamentos entre eles os provocados pelo desejo de agradar. Finalmente, a natureza correlacional do estudo não permite estabelecer a causalidade empírica das relações encontradas, sendo o seu sentido determinado pelo enquadramento teórico.

Estas limitações não colocam, contudo, em causa a validade deste trabalho enquanto ensaio exploratório. Existem alguns contributos a salientar.

Assim, a presente investigação permitiu estudar qual a percepção que as estudantes de dança têm relativamente à pressão na vida em geral e à pressão existente especificamente na profissão para a magreza. Permitiu também estudar a importância que as estudantes de dança atribuem à magreza para o desempenho da futura profissão. Este aspecto não tinha sido estudado em nenhum dos estudos revistos. Os estudos feitos com bailarinas e/ou estudantes assumiam que este grupo constituía um grupo de risco devido ao ênfase que é dado à elegância e magreza na formação e desempenho das futuras bailarinas. No entanto, este é o primeiro estudo que avalia este aspecto. Os nossos dados confirmam que as estudantes de dança se sentem mais pressionadas para a magreza e atribuem maior importância à magreza para a profissão futura do que as outras estudantes. Ficou assim demonstrado que as percepções das estudantes de dança relativamente à magreza se enquadram em contexto de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Estudou-se também o papel que o nível sócio-económico tem como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares e verificou-se que é dentro do grupo das estudantes de dança de nível sócio-económico mais baixo que existem mais indicadores de risco e de sintomatologia de patologia do comportamento alimentar. Em relação aos conceitos de risco, e de protecção salienta-se que “a protecção e o risco residem sobretudo na forma como as pessoas lidam com as mudanças que ocorrem na vida. Estas são influenciadas pelas experiências precoces,

pelas que se lhe sucedem na infância e adolescência e pelas circunstâncias da vida adulta. Nenhum destes aspectos determina os resultados finais, mas, em combinação, conduzem a uma cadeia de efeitos indirectos que se repercute no grau de resistência/vulnerabilidade individual perante os diversos tipos de adversidade” (Rutter, 1985, cit. in Canavarro, 1999, pp. 170). Assim, a entrada e frequência de um curso superior de dança constituem uma mudança na vida que pode conduzir a novas configurações de factores de risco para a patologia do comportamento alimentar. Neste sentido, o nível sócio-económico baixo/médio pode funcionar como um factor que aumenta o grau de vulnerabilidade desta população. Na população geral, a pertença ao nível sócio-económico baixo/médio tem sido descrito como factor de protecção para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Estudos com amostras maiores que permitam estudar o efeito desta variável ao longo do tempo permitirão estudar este factor com maior profundidade.

Verificou-se que na totalidade da amostra o índice de massa corporal ideal é menor que o índice de massa corporal actual. Esta dado é congruente com a literatura que considera que esta diferença (entre índice de massa corporal e índice de massa corporal ideal) é normativa nas sociedades ocidentais. No nosso estudo comprovou-se, contudo, que o índice de massa corporal ideal das estudantes de dança é significativamente mais baixo do que o das estudantes de outro curso e é, em média, muito próximo do valor indicador de anorexia. Ficou assim demonstrado que as estudantes de dança estão em maior risco para o desenvolvimento de estratégias de redução do peso.

Na presente investigação verificou-se que as estudantes de dança têm mais comportamentos de dieta e fazem mais exercício físico como estratégia para que o seu peso se aproxime mais do ideal. Este dado é consistente com os dados da literatura que referem que os desportistas de elite de modalidades que enfatizam a magreza desenvolvem comportamentos de controlo patogénico do peso, o que os coloca em maior risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Não foram utilizados instrumentos que permitam avaliar indicadores mais objectivos da prática de restrição alimentar (por exemplo, avaliar a densidade óssea). A utilização destes indicadores em estudos futuros com estas populações permitirá maior rigor na avaliação da existência de sintomatologia da patologia do comportamento alimentar.

Utilizou-se pela primeira vez no nosso país, que tenhamos conhecimento, o Questionário de Esquemas de Young com uma amostra da população de estudantes de dança. Ficou demonstrado que os construtos afectivo-cognitivos avaliados por este instrumento constituem bons preditores da patologia do comportamento alimentar em ambos os grupos. A configuração do tipo de esquemas que contribui para os

indicadores de patologia do comportamento alimentar em cada grupo foi contudo diferente. Estudos futuros poderão analisar mais profundamente que contextos contribuem para explicar estas diferenças. Pensamos assim ter contribuído para salientar o papel que os esquemas mal adaptativos precoces têm na explicação da psicopatologia. Salienta-se, assim, o contributo das dimensões afectivo-cognitivas para a explicação da patologia do comportamento alimentar. Estudos mais aprofundados permitirão perceber de que forma os esquemas mal adaptativos precoces se associam a outros factores de risco para definir percursos de disfunção do comportamento alimentar.

Salienta-se que o estudo apoia a hipótese de que os distúrbios do comportamento alimentar são multi-factoriais, sendo explicados por variáveis de ordem social, individual e cognitivo-afectiva. No presente trabalho foram levantadas questões que podem ser exploradas com maior profundidade através de outros estudos que utilizem amostras de maior dimensão, que recorram a diferentes metodologias e diferentes fontes de informação e que permitam destrinçar o efeito de diferentes factores, controlando as variáveis confundidoras.

Há questões que não se podem deixar de colocar e que dizem respeito à dimensão ética e social da existência de indicadores de risco de perturbações alimentares de nível socio-cultural nas estudantes de dança. Parece haver evidência de que as estudantes de dança sentem pressionadas e tentar manter um peso baixo para melhorar a performance ou para ter uma figura magra. Assim, este grupo está vulnerável para apresentar a tríade de perturbações alimentares, amenorreia, e osteoporose. Concordamos com Garner et al (1998) quando estes se questionam acerca das implicações éticas de pressionar jovens para perder peso no sentido de preencherem os requisitos dominantes numa dada actividade acerca da forma corporal. Mesmo que haja remissão futura da sintomatologia e da vulnerabilidade nestas populações, existem danos irreversíveis na saúde física (nomeadamente a osteoporose) e psicológica (isolamento emocional e depressão) destes jovens. Os riscos físicos de manter um peso baixo, exercitar em demasia, isolar-se socialmente e a persistência de indicadores de vulnerabilidade para as perturbações alimentares em estudantes de dança e bailarinas é o suficiente para não encarar a presença destes indicadores como normativa, adaptativa e inofensiva.

Seria importante perceber que configurações existem que expliquem os factores de protecção para o desenvolvimento de sintomatologia de perturbações alimentares numa população pressionada para a magreza. O melhor conhecimento dos factores de risco e dos factores de resiliência (por exemplo: suporte social, relações familiares, relações íntimas) para o desenvolvimento das perturbações alimentares permite o

desenho de estratégias de prevenção mais eficazes junto desta população considerada como mais vulnerável ao desenvolvimento dos distúrbios alimentares.

BIBLIOGRAFIA

- Ackard, D. M., Croll, J. K., & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 129-136.
- Agras, W.S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- III* 3ª edição. APA: Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- III R* 3ª edição. APA: Washington, D.C..
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- IV* 4ª edição. APA: Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM- IV- TR* . Lisboa: Climepsi.
- Andersen, A. E. (1999). Gender-Related Aspects of eating Disorders: A Guide to practice. *The Journal of Gender-Specific Medicine*; 2 (1), 47-54.
- Anderson, D.A., & Maloney, K. (2001). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on the Core Symptoms of Bulimia Nervosa. *Clinical Psychology Review*, 21 (7), 971-988
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, pp. 79-90.

- Barbosa, R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre na área de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G., (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Benson, J. E., Allemann, Y., Theinz, G. E., & Howald, T. H. (1990). Eating problems and calorie intake in swiss adolescent athletes. *International Journal of Sports Medicine*. 11, 249-252.
- Berry, T. R., & Howe, B.L. (2000). Risk factors for Disordered Eating in Female University Athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23 (3), 134-142
- Bettle, N., Bettle, O., Neumaerker, U., & Neumaerker, K. J. (2001). Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. *Perceptual & Motor Skills*, 93(1), 297-309.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1993). Measures of Self-Esteem. in J.P. Robinson, P.R. Shaver, and L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 115-160). Third Edition. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Bonicatto, S., Dew, A. M., & Soria, J. J., (1998). Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatric Research*, 79 (3), 277-285.

Bosch, X. (1999). Spain tackles eating disorders. *British Medical Journal*, 10, 373-382

Bouça, D. & Soeiro, P. (2001). Anorexia Nervosa. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 67-72.

Brooks-Gunn, J., Burrow C., & Warren, M.P. (1988). Attitudes toward eating and body weight in different groups of female adolescent athletes. *International Journal of Eating Disorders* 7,749-757, 1988.

Brown, J. D., & Campbell, K. (1986). Race and Gender in music videos: The same beat but a different drummer. *Journal of Communication*. 36, 1, 94-106.

Bullik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 1-20.

Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A Prospective Study of Familial and Social Influences on Girls' Body Image and Dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.

Cachelin, F.M., & Maher, B.A. (1998). Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3), 435-440

Cachelin, F. M., Rebeck, R. M., Chung, G.H., & Pelayo, E. (2002). Does Ethnicity Influence Body-Size Preference? A Comparison of Body Image and Body Size. *Obesity Research*, 10 (3), 213-219.

Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C., & Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to Treatment for Eating Disorders Among Ethnically Diverse Women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269-278.

Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C.G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.

Cachelin, F. M., Veisel, C., Barzegarnazari, E. & Striegel-Moore, R. H. (2000). Disordered Eating, Acculturation and Treatment Seeking in a Community Sample of Hispanic, Asian, Black and white Women. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 244-253.

- Carmo, I. (1994). *A Vida por um Fio*. Lisboa: Relógio D'água.
- Canavarro, M.C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto
- Castelo-Branco, M. C. A. S. H. & Pereira, A. M. S. (2001). A Imagem Corporal e a Actividade Docente. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 163-167.
- Cecil, H. & Stanley, MA (1997) Reliability and validity of scores on the Body Esteem Scale. *Education and Psychological Measurement*, 57, 340-356.
- Chandarana P., Helmes E., Benson N. (1988). Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: a high school survey. *Canadian Journal of Psychiatry*; 33, 834-837.
- Claes, L., & Vandereycken, H. M. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714.
- Corcos, M., Agman, G., Chambry, J., Bouchereau, D. & Jeammet, P. (2002). Les troubles des conduits alimentaires a la adolescence. *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 77-85
- Craighead, L.W. & Kirkley, B.G. (1994) Obesity And Eating Disorders. in Linda W. Craighead, Alan E. Kazdin, Michael J. Mahoney, W. Edward Craighead (Eds) *Cognitive and Behavioral Interventions: An Empirical Approach to Mental Health Problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon
- Davis, C., Claridge, G., & Fox, J. (2000). Not Just a Pretty face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 67-73.
- Dotti, A., Fioravanti, M. , Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating Behavior of Ballet Dancers. *Eating Weight Disorders*, 7, 60-67.
- Durkin, S.J., & Paxton, S.J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological well being in response to exposure to idealized

female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1005.

Eagles, J., Johnston, M., Hunter, D., Lobban, M., & Harry, R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1266-1275.

→ Eberenz K. P., Gleaves D. H. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 371-379.

Epling, W. F., & Pierce, W. D. (Eds) (1996) *Activity Anorexia: Theory, Research and Treatment*. Mahway, New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc.

Erikson, E. H. (1980) *Identity and the life cycle*. New York: W.W. Norton.

Fairburn, C. G. (1997) Eating Disorders. In D. M. Clark, C. G. Fairburn, (Eds). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1989a). The epidemiology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 61-7.

Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989b). Eating Disorders in K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk e D.M. Clark (Eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999a). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 468-76.

Fairburn, C. G., Cowen, P. J. & Harrison, P. J. (1999b). Twin studies and the aetiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26 (3), 349-358.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407- 413.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999c). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.

- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, S. L., Davies, B. A., & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 5, 425-432.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., & Colditz, G. A. (1999). Relation of Peer and Media Influences to the Development of Purging Behaviors Among Preadolescent and Adolescent Girls. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 153(11), 1184-1189.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia Nervosa: no evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Franzoi, S. L., and Shields, S. A. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173-178.
- Franzoi, S.L. (1994) Further evidence of the reliability and validity of the Body Esteem Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 237-239.
- Franzoi, S.L. & Herzog, M.E. (1987). Judging physical attractiveness: What body aspects do we use? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 19-33.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A.S., & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and Comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory- 2 Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in the treatment of eating disorders. In: D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds) *Handbook for Treatment of Eating Disorders* (145-177). New York, NY: Guilford Press.

- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garner, D. M., Garfinkel P. E., Schwartz, D. M., & Thompson, M. M. (1980) Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47,483-491
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner D. M., Olmsted M. P., Polivy J.(1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J., & Garfinkel, P. (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Garner D. M., Rockert W., Garner M. V., Davis R, Olmsted M. P.. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and short-term psychodynamic therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Garner, D. M., Rosen, L. and Barry, D. (1998). Eating Disorders in Athletes (839-857). In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, New York: W.B. Saunders.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gidwani, G. P. and Rome, E. S. (1997). Eating Disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 601-615.
- Gordon, R. A. (1990). Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic. Oxford: Blackwell.

- Groth-Marnat G. (1990). *The handbook of psychological assessment* (2nd ed.), John Wiley & Sons: New York.
- Halmi K. A., Casper R. C., Eckert E. D., Goldberg S. C., & Davis J. M.. (1979). Unique features associated with the age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 1, 203–15.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Richards, A., & Blais, M.A. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: 7.5 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 829–37.
- Herzog, D. B., Keller, M., Lavory, P., Kenny, G., Sacks, N., Huong, G.F., Braganza, C., Brown, L.B., Ritchie, J.E., & Roncolovato, W.G. (1998). Reflections on prevention in dieting induced disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 455-458.
- Hill, M. M. , & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hof, S. (1994) in Lázaro (1999) Epidemiologia e factores socioculturales. <http://www.doyma.es/copiaini/revistas/jano/articulo>
- Hsu, G. L. K. (1996). Epidemiology of the Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 681-697.
- Irving, L. (2001). Media exposure and disordered eating. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 259-269.
- Izquierdo, J. M. A. (2000).El método selectivo. In M^a Visitación Garcia Jiménez & Jesus M^a Alvarado Izquierdo (Eds) *Métodos de Investigación Científica en Psicología: Experimental, Selectivo, Observacional* (pp.231- 298). Barcelona: EUB.
- Jiménez, M^a V. G. (2000) El Método Científico. In M^a Visitación Garcia Jiménez & Jesus M^a Alvarado Izquierdo (Eds) *Métodos de Investigación Científica en Psicología. : Experimental, Selectivo, Observacional* (15-136). Barcelona: EUB.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Psychiatric Disorders Associated With Risk For the Development of Eating Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1119- 1128.

Kaplan, H. B. (1999). Toward an Understand of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In D.G. Meyer & J.L. Johnson (Eds) *Resilience & Development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. D., & Crow, S. J. (1999). Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1),63-69.

Kirk, Ginger, Singh, Kusum, Getz, & Hildy (2001). Risk of Eating Disorders among female college athletes and nonathletes. *Journal of College Counseling*, 4 (2), 132-140.

Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.

Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. J. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 187(12), 736-741.

Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. J. (1999). Group Cognitive- Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: A Case for Treatment? *European Eating Disorders Review*, 7(5), 351-361.

Leung, N., Thomas, G. J., & Waller, G. (2000).The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.

- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. J. (2000). Outcome of Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: The role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 38, 146-156.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in Eating Disorders in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., Seeley, J. (2000). Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 34-45
- Levine, M., & Smolak, L. (1998) The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Eds) *The Prevention of Eating Disorders* (pp. 23-56). London: The Athlone Press
- López, F. & Fuertes, A. (1998). *Para comprender la sexualidad*. Estella: Editorial Verbo Divino.
- Lourenço, M. M. (1996). *Textos e contextos da gravidez na adolescência. A adolescente, a família e a escola*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, MN: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148 (7), 917-922.
- Macedo, A. , Pocinho, F., Soares, M. J., Dourado, A., Campos, C., Domingues, O., Pinto de Azevedo, M.H., & Pato, M. (2002). Perfeccionismo - Uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares. *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 163-174.
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. (2001). The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometrics Properties, *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.

- Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., de Irala-Estévez, J., & Cervera, S. (2003). Parental Factors, Mass Media Influences and the onset of Eating Disorders in a Prospective Population Based Cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315-321.
- McGinn, L.K. & Young, J.E. (1996). Schema Focused Therapy. In. P.M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 182-207). New York: The Guilford Press.
- McPherson, F. M. (1988). Cognitive Therapy for Bulimia in C. Perris, I. M. Blackburn & H. Perris (Eds) *Cognitive Psychotherapy. Theory and Practice*. Berlin: Springer Verlag.
- Meyer, C. , Blissett, J., & Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 314-318.
- Meyer, C., Leung, N. , Feary, R., & Mann, B. (2001). Core beliefs and Bulimic Symptomatology in non-eating-disordered women: the mediating role of borderline characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 434-440.
- Montanari, A., Zietkiewicz, E.A. (2000). Adolescent South African Ballet Dancers. *South African Journal of Psychology*, 30(2), 31-35.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Sociomedical of Scandinavia*, 3, 17-26.
- Olivardia R., Pope H. G. Jr, Mangweth B., Hudson J. I. (1995), Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1279-1285.
- Palmer, R. L. (2003). Death in Anorexia Nervosa. *Lancet*, 361, 1490-1491.
- Pardun, C. J., & McKee, K. B. (1995). Strange bedfellows: symbols of religion and sexuality on MTV. *Youth and Society*, 26(4), 438-449.

- Park, R. J., Lee, A., Woolley, H., Murray, L., & Stein, A. (2003) Children's representation of family mealtime in the context of maternal eating disorders. *Child: Care, Health & Development*, 29 (2), 111- 120.
- Parry- Jones, B & Parry-Jones, W. (1995). *History of bulimia and bulimia nervosa*. In K.Brownwell & C. Fairburn (Ed.). *Eating Disorders and Obesity A comprehensive Handbook*(pp.145-150), The Guilford Press: London.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrie, T.A. (2001). Sexual Abuse and Eating Disorders: A test of a conceptual model. *Sex Roles: A Journal of Research*, 1, 124-130.
- Pereira, A. I. F. (2001). *Contextos Relacionais de Vulnerabilidade e Protecção para a Gravidez na Adolescência*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de Mestre na área de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica.
- Phelps L., Andrea R., Rizzo F. G., Johnston L., Main C..(1993). Prevalence of self-induced vomiting and laxative/medication abuse among female adolescents: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*; 14 (3), 375–378.
- Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E. & Fairburn, C.G. (2001). A comparison of Black and White Women with Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Pinto-Gouveia, J.(2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (coord). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da Vida*. Quarteto: Coimbra.
- Pinto-Gouveia, J. (1990). Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Pinto-Gouveia, J., & Robalo, M. (1998). Análise Factorial do Questionário de Esquemas de Young. Comunicação apresentada no Encontro *Latinie Dies* em Lisboa.
- Pocinho, M. T. S. & Gouveia, J. P. (2000). Peso, Insatisfação Corporal, Dietas e Patologia alimentar: um contributo para o estudo das suas relações. Dissertação apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, para obtenção do grau de Mestre na área de Toxicodependências e Patologias Associadas.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1984). Binge eating: a causal analysis. *American Journal of Psychology*, 40, 193- 201.
- Pope, A. W., McHale, S.M., & Craighead, W.E. (1991) *Self esteem enhancement with children and adolescents*. A. P. Goldstein, L. Kraner, S. L. Garfield (eds). *Psychology Practitioner Guidebooks*. New York: Pergamon Press.
- Pope, H. G. (2001). Unravelling the Adonis Complex. *Psychiatric Times*, 17(3), 54-59.
- Power, C., & Moynihan, C. (1988). Social class changes and weight for height between childhood and early adulthood. *International Journal of Obesity*, 12, 445-453.
- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Raich, R. M. (2001). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Raich, R. M., Claraso, J. T., & Giral, M. M (2001). Structural analysis of the influential variables on the onset of eating behavior disturbances. *Psicologia Conductual*, 5(1), 12-29.
- Rathner G., & Rumpold G. (1994). Convergent validity of the eating disorder inventory and the anorexia nervosa inventory for self-rating in an Austrian non clinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 381-393.

- Ribeiro, J. L. P.(1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Rieder, S., & Ruderman, A. (2001). Cognitive Factors Associated With Binge and Purge Eating Behaviors: The Interaction of Body Dissatisfaction and Body Image Importance. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (6), 801-812.
- Rippon, C., Nash, J., Myburgh, K. H., & Noakes, T. D. (1988). Abnormal eating attitude test scores predict menstrual dysfunction in lean females. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (4),617-624.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. H., & Silberstein, L.R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: Risk and protective factors for bulimia nervosa In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of Psychopathology*. New York: Cambridge Press.
- Rosen, J.C., & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131- 147.
- Rosen L. W., & Hough D. O. (1988). Pathogenic weight-control behaviors of female college gymnasts. *The Physician and Sportsmedicine*, 16,140-146.
- Russell, G. F. M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*,19, 101-9.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge ,J. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral*. Lisboa.
- Santos, M. L. S., & Machado, P. P. P. (2002). Perception of food quantities by young women scoring high and low on the Eating Disorders Inventory [Abstract]. *Appetite*, 39 (1), p. 97.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.

- Schur, E., Sanders, M., Steiner, H. (2000). Body Dissatisfaction and Dieting in Young Children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Sherman, R. T., & Thompson, R.A. (2001). Athletes and Disordered eating: Four Major Issues for the Professional Psychologist. *Professional Psychologist: Research and Practice*, 32(1), 7028-7035.
- Silva, P. de (1993). Sexual Problems in women with eating disorders. In J.M. Usher & C. Baker (eds): *Psychological perspectives on sexual problems*. London: Routledge.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1994). Psychological separation, self-control and weight preoccupation among elite women athletes. *Journal of Counseling and Development*, 72 (3), 310-316.
- Smolak, L., & Levine, M.P. (1996). Adolescent Transitions and the development of eating problems. In L. Smolak, M. P. Levine, & R. Striegel-Moore (eds), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 207-233). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smolak, L., Murnen, S.K., & Ruble, A. (2000). Female Athletes and Eating Problems: A Meta- Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371-380.
- Sommers-Flanagan, R., Sommers-Flanagan, J., & Davis, B. (1993). What's happening on music television? A gender role content analysis. *Sex Roles*, 28(11), 745-753.
- Sprinthall, N., & Collins, W.A. (1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., & Beck, A. T., (2000). Use of the Beck Depression Inventory –11 with depressed geriatric patients. *Behaviour Research and Therapy* 38 (3), 311-318.
- Steiner- Adair, C., & Purcell, A. (1996). Approaches to mainstreaming eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, 294-309.

- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Stice, E., Spangler, D., & Agras, W.S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: a longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 270-288.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
- Striegel-Moore, R.H. (1993). A feminist agenda for psychological research on eating disorders. In P. Fallon, M. A. Katzman, & S. C. Wooley (Eds) *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 438-54). New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H. & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635-661.
- Striegel-Moore, R. H., Steiner-Adair, C. (1998) Primary Prevention of eating disorders: Further considerations from a feminist perspective. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Eds) *The Prevention of Eating Disorders* (pp. 1-21). London: The Athlone Press.
- Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D., Pike, K. M., Dohm, F. A. & Fairburn, C.G. (2000). Recurrent Binge Eating in Black American Women. *Archives of Family Medicine*, 9, 83-87.
- Sun, S., & Lull, J. (1986). The adolescent audience for music videos and why they watch. *Journal of Communication*, 36(1), 115- 125.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine, Science, Sports, Exercise*, 26, 414-419.
- Szmukler G. I., Eisler I., Gillies C., & Hayward M. E. (1985). The implications of anorexia nervosa in a ballet school. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 177-181.

- Taub, D. E. & Blinde E. M. (1992). Eating disorders among adolescent female athletes: influence of athletic participation and sport team membership. *Adolescence*, 27, 833-847.
- Thrash, L. (2000). The female athlete triad: Nutrition, menstrual disturbances and low bone mass. *Nutrition Today*, 9.
- Twamley, E. W., & Davis, M. C. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(4), 467-489.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (2002). A Preliminary Investigation of the Eating Disorders Continuum with Men. *Journal of Counselling Psychology*, 49(2), 273-279.
- Viaplana, G. F., & Besora, M. V. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Vitousek, K. M. (1996). The Current Status of Cognitive Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In P. M. Salkovskis (ed) *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Vohs, K. D., Voelz, Z., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2001). *Perfectionism, Body Dissatisfaction and self-esteem: An interactive Model of Bulimic Symptom Development*.
- Wardle, J., & Marsland, L. (1990). Adolescent concerns about weight and eating; a social-developmental perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 377- 391.
- Wardle, J., & Beinart, H. (1981). Binge eating: a theoretical review. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 97-109.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs among Bulimic and Comparison Women. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (2), 137-147.

- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., Mackenzie, Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Yager, J., Kurtzman, F., Landsverk, J., & Wiesmeier, E. (1988). Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 495-497.
- Yanovski, S. Z. (2000). Eating Disorders, Race, and Mythology. *Archives of Family Medicine*, 9(1), 123-128.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema- Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange, inc.
- Zabinsky, M. F., Pung; M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A. Taylor, C.B. (2001). Reducing Risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 401-408.
- Zerbe, K.J. (1995). *The Body Betrayed*. Carlsbad, CA: Gürze Books.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Socio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Data _____

É muito importante que leia atentamente e responda a todas as questões. Quando não tiver a certeza acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Parte I

1. Idade _____ 2. Sexo _____ 3. Profissão _____

4. Etnia: Branca. ☐ Cigana. ☐ Negra. ☐ Indiana. ☐ Muçulmana. ☐

5. Pais:

Casados. ☐ Desde: ____/____

Divorciados. ☐ Desde: ____/____

Juntos. ☐ Desde: ____/____

Viuvez. ☐ Desde: ____/____

Outra situação _____

6. Mãe:

7. Idade _____ 8. Viva. ☐ Falecida. ☐

9. Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

10. A sua mãe tem/teve doenças físicas? Não. ☐ Sim. ☐ Qual/ Quais? _____

11. A sua mãe já foi acompanhada psicológica ou psiquiatricamente?

Não. ☐ Sim. ☐ Devido a _____

12. Pai:

13. Idade _____ 14. Vivo. ☐ Falecido. ☐

15. Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

16. O seu pai tem/teve doenças físicas? Não. ☐ Sim. ☐ Qual/ Quais? _____

17. O seu pai já foi acompanhado psicológica ou psiquiatricamente?

Não. ☐ Sim. ☐ Devido a _____

18. Irmãos:

Número de irmãos _____

Escreva a idade e sexo dos seus irmãos:

(Se tiver meio-irmãos ou outras situações descreva-as nas observações)

Idade	Sexo	Habilitações Literárias	Profissão	Estado civil	Filhos	Observações

19. Durante o ano lectivo habita com:

(pode assinalar mais do que uma opção)

Pai.. ☐ Mãe.. ☐ Irmãos.. ☐ Namorado/a.. ☐ Outros familiares.. ☐ Colega/amigo/a.. ☐ Residência.. ☐
Marido/Esposa.. ☐

Outro. Qual? _____

20. Durante o resto do ano habita com:

(pode assinalar mais do que uma opção)

Pai.. ☐ Mãe.. ☐ Irmãos.. ☐ Namorado/a.. ☐ Outros familiares.. ☐ Colega/amigo/a.. ☐ Residência.. ☐
Marido/Esposa.. ☐

Outro. Qual? _____

Parte II

21. O seu peso actual é: _____ Kg (aproximadamente)

22. A sua altura é: _____ Mt (aproximadamente)

Nas questões seguintes assinale com uma cruz a opção que está mais de acordo com o que sente actualmente:

23. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com o seu peso?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem insatisfeita Nem satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

24. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com a sua altura?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem insatisfeita Nem satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

25. Para o exercício da sua futura profissão quão importante, ou não importante, é ser magra?

Extremamente importante	Muito importante	Medianamente importante	Pouco importante	Nada importante

26. Para o exercício da sua futura profissão, quão pressionada, ou não pressionada, se sente para ser magra?

Extremamente pressionada	Muito pressionada	Medianamente pressionada	Pouco pressionada	Nada pressionada

27. Na sua vida em geral, quão pressionada, ou não pressionada, se sente para ser magra?

Extremamente pressionada	Muito pressionada	Medianamente pressionada	Pouco pressionada	Nada pressionada

28. Qual a altura que gostaria de ter? _____ Mt
29. Qual o peso que gostaria de ter? _____ kgs
30. Já alguma vez iniciou uma dieta para perder peso? Não.. ☐ Sim.. ☐

31. O que faz para o seu peso/ figura ser mais próximo do seu ideal?

Parte III

32. Tem problemas/doenças físicas?

Não.. ☐ Sim.. ☐ Qual/Quais? _____

33. Sente que sofre ou sofreu de algum problema psicológico ou psiquiátrico?

Não.. ☐ Sim.. ☐ Qual/Quais? _____

34. Tem ou teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Não.. ☐ Sim.. ☐

35. Qual a profissão/ actividade que gostaria de vir a desempenhar?

Parte IV

Estas questões dirigem-se só a pessoas do sexo feminino

36. Está, ou suspeita estar, grávida?

Não.. ☐ Sim.. ☐

37. O seu período menstrual é geralmente:

Regular.. ☐ Irregular.. ☐

38. Data aproximada da última menstruação _____

ANEXO II

Escala de Estima Corporal

ESCALA DE ESTIMA CORPORAL

(Franzoi, S.L., & Shields, S.A. 1984)

Data: _____

Nesta página estão listadas algumas funções e partes do corpo. Leia atentamente cada item e indique como se sente acerca de cada uma das partes ou funções do seu próprio corpo, usando a seguinte escala:

Sinto-me muito mal	Sinto-me moderadamente mal	Não me sinto bem nem mal	Sinto-me moderadamente bem	Sinto-me muito bem
1	2	3	4	5

Odor corporal

1. Appetite

2. Nariz

3. Porte físico

4. Reflexos

5. Lábios

6. Força muscular

7. Cintura

8. Nível energético

9. Coxas

10. Orelhas

11. Bíceps

12. Queixo

13. Constituição física

14. Coordenação física

15. Nádegas

16. Agilidade

17. Largura dos ombros

18. Braços

20. Peito ou mamas

21. Aspecto dos olhos

22. Bochechas/ maçãs do rosto

23. Ancas

24. Pernas

25. Figura ou aspecto físico

26. Desejo sexual

27. Pés

28. Órgãos sexuais

29. Aparência da barriga

30. Saúde

31. Actividades sexuais

32. Pêlo do corpo

33. Condição física

34. Cara/ face

35. Peso

ANEXO III

EDI-2

EDI-2

Data: _____

Instruções

A escala que se segue quantifica os vários tipos de atitudes, reacções e comportamentos. Algumas questões estão relacionadas com a comida e alimentação. Outras interrogam-na(o) sobre a sua atitude em relação a si própria(o). Não há respostas certas ou erradas. O objectivo deste inventário é a pesquisa científica, por isso tente ser totalmente honesta(o) nas suas respostas, responda cuidadosamente a cada uma das perguntas e, contribua para o avanço da ciência. Os resultados são totalmente confidenciais. Leia cada pergunta e coloque um X na coluna que melhor se aplica ao seu caso. Verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado.

	Sempre	Normal- mente	Frequente- mente	Às vezes	Rara- mente	Nunca
1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa(o).						
2. Acho que o meu estômago é grande demais.						
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.						
4. Quando estou aborrecida(o) tenho que comer.						
5. Empanturro-me de comida.						
6. Gostava de ser mais nova(o).						
7. Penso em fazer dieta.						
8. Fico assustada(o) quando os meus sentimentos são muito intensos.						
9. Acho as minhas coxas muito gordas.						
10. Sinto-me inútil como pessoa.						
11. Sinto-me extremamente culpada(o) depois de comer demais.						
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.						
13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família.						
14. A época mais feliz da vida é a infância.						
15. Falo abertamente dos meus sentimentos.						
16. Fico aterrorizada(o) com a ideia de ganhar peso.						
17. Confio nos outros.						
18. Sinto-me sozinha(o) no mundo.						
19. Gosto da forma do meu corpo.						
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida.						
21. Saber que emoção estou a sentir, deixa-me confusa(o).						
22. Preferia ser adulto a ser criança.						
23. Comunico facilmente com os outros.						
24. Desejava ser outra pessoa.						
25. Exagero na importância do peso.						
26. Facilmente identifico o que sinto.						

	Sempre	Normal- mente	Frequente- mente	Às vezes	Rara- mente	Nunca
27. Sinto-me inadequada(o).						
28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar.						
29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.						
30. Tenho relações de amizade próximas.						
31. Gosto da forma das minhas nádegas.						
32. Estou preocupada(o) com o desejo de ser magra(o)						
33. Não sei o que se passa dentro de mim.						
34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.						
35. As exigências da vida adulta são demasiadas.						
36. Detesto quando não sou a(o) melhor.						
37. Sinto-me segura(o) de mim.						
38. Penso, frequentemente, em empanturrar-me com comida.						
39. Estou feliz por já não ser uma criança.						
40. É confuso perceber se tenho fome ou não.						
41. Tenho fraca opinião a meu respeito.						
42. Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos.						
43. Os meus pais esperam o máximo de mim.						
44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos.						
45. Penso que as minhas ancas são muito largas.						
46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturro-me quando se vão embora.						
47. Sinto-me enfiada(o) depois de comer uma refeição normal.						
48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças.						
49. Se aumento 1 Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso.						
50. Sinto que sou uma pessoa capaz.						
51. Quando estou aborrecida(o) não sei se estou triste, assustada(o) ou zangada(o).						
52. Se não faço as coisas na perfeição pretiro não as fazer.						
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso.						
54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.						
56. Sinto-me emocionalmente vazia(o).						
57. Consigo falar dos meus pensamentos e sentimentos.						
58. Os melhores anos da nossa vida são quando nos tomamos adultos.						
59. Acho as minhas nádegas grandes demais.						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.						

	Sempre	Normal- mente	Frequente- mente	Às vezes	Rara- mente	Nunca
61. Como ou bebo às escondidas.						
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.						
63. Tenho objectivos muito elevados.						
64. Quando ando aborrecida(o), receio começar a comer.						
65. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar.						
66. A minha fraqueza humana envergonha-me.						
67. Dizem que sou emocionalmente instável.						
68. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais.						
69. Sinto-me relaxada(o) na maioria das situações.						
70. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito.						
71. Vou mudar para experimentar o prazer.						
72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas.						
73. Tenho saído com a maioria das pessoas que conheço.						
74. Sinto-me ultrajada(o) nas relações que estabeleço.						
75. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte.						
76. As pessoas percebem os meus problemas reais.						
77. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos.						
78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral.						
79. Sou perita(o) em exteriorizar a raiva e a fúria.						
80. Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço.						
81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso do álcool.						
82. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo.						
83. As pessoas dizem que me irrita facilmente.						
84. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida(o).						
85. Tenho períodos de humor marcado.						
86. Os meus impulsos corporais embaraçam-me.						
87. Prefiro passar o tempo comigo mesma(o) do que com outras pessoas.						
88. O sofrimento faz as pessoas melhores.						
89. Sei que as pessoas gostam de mim.						
90. Sinto que tenho que me martirizar ou magoar alguém.						
91. Sei realmente quem sou.						

ANEXO IV

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Data _____

Este questionário é constituído por várias afirmações que se relacionam com o modo como cada um(a) se vê a si próprio(a).

Escolha qual o seu grau de acordo ou desacordo com cada afirmação assinalando com uma cruz a quadrícula que melhor a(o) descreve.

Obrigado pela sua colaboração.

	Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
No geral estou satisfeita(o) comigo mesma(o).					
Às vezes penso que não sou grande coisa.					
Acho que tenho muitas qualidades boas.					
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.					
Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesma(o).					
Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil.					
Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais.					
Gostaria de ter mais respeito por mim mesma(o).					
Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassada(o) em tudo.					
Tenho uma atitude positiva perante mim mesma(o).					

ANEXO V

Questionário de Esquemas

Questionário de Esquemas

(J Young e G. Brown, 1989)

(Tradução e Adaptação José Pinto Gouveia e Margarida Robalo. 1994)

INSTRUÇÕES

Estão indicadas a seguir algumas frases que podem, ou não, ajudar a pessoa na descrição de si mesma. Leia por favor cada uma delas e decida até que ponto se lhe ajusta e serve para o(a) descrever. Quando tiver dificuldade responda com base na emoção que sente e não no que racionalmente acredita ser ou não verdadeiro. Se desejar pode reescrever a sentença por palavras suas de forma a ficar mais verdadeiro para o seu caso. Escolha de seguida, de 1 a 6 na escala de resposta, o grau que melhor descreve, ao longo da sua vida, a sua forma mais habitual de ser e coloque o número no espaço indicado pelo traço.

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
2. Acontece algumas vezes mas é pouco característico da minha maneira de ser.
3. Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de um modo bastante característico e frequente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeiro a maior parte do tempo
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

EXEMPLO:

Preocupo-me que as pessoas de quem eu gosto, não gostem de mim.

5

PRESTE ATENÇÃO POR FAVOR

Ao decidir se uma sentença é característica da sua maneira habitual de encarar as coisas, lembre-se como você é a maior parte das vezes, isto é, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento.

Porque as pessoas são diferentes não há respostas certas ou erradas. Procure responder de uma forma verdadeira, rápida e espontânea a cada questão.

Questionário de Esquemas

(J. Young e G. Brown, 1989)

(Tradução e Adaptação José Pinto Gouveia e Margarida Robalo, 1994)

DATA _____

A. I.

1. Não consigo fazer a minha vida sem ajuda dos outros. _____
2. Preciso da ajuda das outras pessoas. _____
3. Sinto que não consigo resolver os meus problemas sozinho(a). _____
4. Acredito que os outros sabem melhor do que eu tomar conta de mim. _____
5. Preciso da orientação de outra pessoa sempre que tenho que lidar com uma situação nova.

6. Vejo-me como uma pessoa dependente. _____

A. II.

7. Não interfiro na maneira de ser das outras pessoas. _____
8. Sinto que se fizer o que quero vou arranjar sarilhos. _____
9. Sinto que não tenho outro remédio senão fazer a vontade dos outros. _____
10. Ponho os interesses dos outros antes dos meus. _____
11. Nas minhas relações com os outros deixo que estes me dominem. _____
12. É-me difícil ser eu mesmo(a) quando estou com os outros. _____
13. Na verdade não sei o que quero. _____
14. Não posso mostrar-me zangado(a) porque os outros não vão aceitar isso ou vão rejeitar-me. _____
15. Sinto que as decisões importantes da minha vida não foram na realidade tomadas por mim.

16. Pensar que posso deixar mal as pessoas ou que as posso desapontar faz-me sentir culpado(a). _____
17. Dou mais aos outros do que recebo. _____
18. Preocupo-me em agradar aos outros. _____
19. Por vezes sinto crescer em mim raiva e ressentimento que não exprimo. _____
20. Tenho imenso trabalho em conseguir que os meus sentimentos sejam tomados em consideração e os meus direitos sejam respeitados. _____

A. III.

21. Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer. _____
22. Sinto que uma desgraça (natural, criminosa, financeira ou de saúde) pode atingir-me em qualquer momento. _____
23. Tenho medo de me tornar um(a) vadio(a) ou um(a) marginal. _____

24. Tenho medo de ser atacado(a). _____
25. Tenho muito cuidado com o dinheiro porque de outra maneira posso acabar na miséria.

26. Tenho os maiores cuidados para evitar adoecer ou magoar-me. _____
27. Preocupo-me em perder todo o dinheiro que tenho e ficar na miséria. _____
28. Estou preocupado(a) com a ideia de ter uma doença grave apesar de o médico me ter dito que não tinha nada de grave. _____
29. Sou uma pessoa medrosa. _____
30. Prefiro jogar pelo seguro ou fazer as coisas da maneira habitual do que correr o risco do inesperado. _____
31. Penso muito nas coisas más que acontecem no mundo: crime, poluição, violência,...

A. IV.

32. Tenho medo de perder o controlo sobre as minhas acções. _____
33. Sinto com frequência que posso enlouquecer. _____
34. Sinto com frequência que vou ter um ataque de ansiedade. _____
35. Preocupa-me poder corar ou suar em frente de outras pessoas. _____
36. Sinto-me muitas vezes à beira de gritar descontroladamente. _____
37. Preocupa-me não ser capaz de resistir aos meus impulsos sexuais. _____
38. Preocupa-me poder magoar fisicamente ou emocionalmente alguém no caso de não conseguir dominar a minha raiva (cólera). _____
39. Sinto que tenho de controlar as minhas emoções e impulsos porque senão alguma coisa de mal pode acontecer. _____

L.V.

40. Não tenho ninguém que satisfaça as minhas necessidades. _____
41. Não consigo amor e atenção suficientes. _____
42. Não tenho ninguém em quem confiar para um conselho ou apoio emocional. _____
43. Não tenho ninguém que trate de mim, que partilhe comigo a sua vida, ou que se preocupe verdadeiramente com tudo o que me acontece. _____
44. Não tenho ninguém que queira aproximar-se de mim, nem que queira passar muito tempo comigo. _____
45. Podia desaparecer da face da terra que ninguém dava pela minha falta. _____
46. As minhas relações são muito superficiais. _____
47. Sinto que não sou uma pessoa especial para ninguém. _____
48. Na realidade ninguém me ouve, ninguém me compreende ou está interessado nos meus verdadeiros sentimentos e necessidades. _____

L. VI.

49. Estou destinado(a) a ficar só o resto da minha vida. _____
50. Preocupo-me que alguém que amo possa morrer em breve, mesmo quando há poucas razões que o justifiquem. _____
51. Sinto que me agarro às pessoas que estão perto de mim. _____
52. Preocupo-me que as pessoas que estão perto de mim me deixem ou me abandonem. _____
53. Sinto que me falta uma base estável de apoio emocional. _____
54. Acho que as minhas relações importantes não vão durar e estou sempre à espera que acabem. _____

L. VII.

55. Sinto que a maior parte das pessoas está sempre disposta a magoar-me e a tirar partido de mim. _____
56. Tenho de me proteger dos ataques e das desconsiderações das outras pessoas. _____
57. A melhor maneira de evitar ser magoado(a) é atacar primeiro. _____
58. Sinto que tenho de me vingar da maneira como as pessoas me trataram. _____
59. Sinto que tenho que me defender sempre que estou na presença de outras pessoas. _____
60. Quando alguém é simpático penso logo que quer alguma coisa de mim. _____
61. Há sempre alguém que mais tarde ou mais cedo acaba por me trair. _____
62. A maioria das pessoas só pensa nelas. _____
63. Tenho muita dificuldade em confiar nos outros. _____
64. Sou muito desconfiado(a) acerca das razões das outras pessoas. _____

L. VIII.

65. Sinto-me um(a) desajustado(a). _____
66. Sou fundamentalmente diferente dos outros. _____
67. Sinto que estou a mais; sou um(a) solitário(a). _____
68. Sinto-me separado(a) dos outros. _____
69. Sinto-me isolado(a) e só. _____

V. IX.

70. Nenhum homem/mulher de quem eu goste poderá gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos. _____
71. Ninguém de quem eu goste gostaria de ficar comigo depois de me conhecer. _____
72. Sou fundamentalmente uma pessoa cheia de imperfeições e de defeitos. _____
73. Por mais que tente não consigo que nenhum homem/mulher, importante para mim, me respeite ou sinta que tenho algum valor. _____

74. Não mereço nem o amor, nem a atenção, nem o respeito dos outros. _____

V. X.

75. Não sou sexualmente atraente. _____

76. Sou muito gordo(a). _____

77. Sou feio(a). _____

78. Não consigo manter uma conversa interessante. _____

79. Não sou uma pessoa interessante e em sociedade as pessoas acham-me aborrecido(a).

80. As pessoas a quem dou valor não gostariam da minha companhia por causa do meu estatuto social (rendimento, educação, carreira, etc.). _____

81. Nunca sei o que é que hei-de dizer em sociedade. _____

82. As pessoas não gostam de me incluir nos seus grupos. _____

V. XI.

83. Nunca faço as coisas tão bem como os outros. _____

84. Sou incompetente. _____

85. A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu. _____

86. Estrago tudo o que tento fazer. _____

87. Sou um(a) incapaz. _____

88. Sou um(a) fracassado(a). _____

89. Sempre que confio no meu critério tomo a decisão errada. _____

90. Não tenho senso comum (bom senso, senso nenhum)... _____

91. Não tenho confiança nas minhas decisões. _____

V. XII.

92. No fundo sou uma pessoa má. _____

93. Mereço ser castigado(a). _____

94. Não mereço ser feliz. _____

95. Quando cometo um erro mereço ser severamente criticado(a) e punido(a). _____

96. Não devo desculpar-me pelos meus erros ou fugir das minhas responsabilidades. _____

97. Sinto-me muito culpado(a) dos erros que cometi. _____

98. Por mais que tente, em determinados aspectos sou incapaz de viver de acordo com os meus princípios religiosos ou morais. _____

99. Muitas vezes sinto-me culpado(a) sem saber porquê. _____

XIII

100. Sinto-me envergonhado(a) pelos meus defeitos. _____

101. Sou tão inferior que não posso mostrar as minhas falhas aos outros. _____

102. Sinto que não conseguiria enfrentar os outros se eles descobrissem os meus defeitos. _____
103. Sinto-me muitas vezes embaraçado(a) quando estou com outras pessoas porque não me sinto à altura delas. _____
104. Tenho demasiada consciência de mim sempre que estou com os outros. _____

XIV.

105. Tenho de ser o(a) melhor em quase tudo o que faço, não aceito ficar em segundo lugar. _____
106. Luto por manter quase tudo numa ordem perfeita. _____
107. Tenho de parecer o melhor possível na maior parte do tempo. _____
108. Tenho de fazer o melhor, não chega ser suficientemente bom(a). _____
109. Tenho tanta coisa para fazer que quase não tenho tempo para descansar. _____
110. Quase nada do que faço é suficientemente bom; posso sempre fazer melhor. _____
111. Tenho de estar à altura das minhas responsabilidades. _____
112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos. _____
113. O meu relacionamento com as pessoas ressent-se com o facto de exigir demais de mim mesmo(a). _____
114. Prejudico a minha saúde por andar sempre numa tensão enorme para fazer as coisas bem feitas. _____
115. Sacrifico com frequência o prazer e a felicidade para atingir os meus níveis de exigência. _____

XV.

116. Tenho muita dificuldade em aceitar um não por resposta quando quero alguma coisa dos outros. _____
117. Fico com frequência zangado(a) ou irritado(a) se não consigo o que quero. _____
118. Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros. _____
119. Detesto ser constrangido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero. _____
120. Tenho muita dificuldade em aceitar aspectos da minha vida que não são como eu quero que sejam, se bem que objectivamente a minha vida seja boa. _____
121. Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado. _____
122. Acho que não sou capaz de me sujeitar à rotina ou de fazer tarefas aborrecidas. _____
123. Muitas vezes permito-me agir por impulso e exprimir emoções que originam problemas ou magoam as outras pessoas. _____

ANEXO VI

CARPIC

CARPIC
(Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., 1996)

Data: _____

Instruções:

Esta escala é constituída por um conjunto de diferentes comportamentos, atitudes e crenças. Porque as pessoas são diferentes, **NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS**. Pede-se que leia atentamente cada uma das afirmações e coloque um X na coluna que considera que melhor se aplica a si, e traduza a sua forma habitual de pensar ou sentir.

Os resultados são **CONFIDENCIAIS**. Procure responder verdadeira e espontaneamente, e certifique-se que só escolheu uma resposta para cada afirmação. **OBRIGADO**.

	sempre	quase sempre	algumas vezes	raramente	nunca
1. Sinto-me bem com o meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quando alguém me diz que estou gordo(a) começo logo a fazer dieta.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de ter comido.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Evito comer doces.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tenho vergonha do meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Estou preocupado(a) com o desejo de ser magro(a).	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sinto-me gordo(a).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Preocupo-me em programar a minha alimentação.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Faço exercício para controlar o peso.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sinto-me culpado(a) depois de comer doces.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Quando estou com alguém mais magro(a) do que eu sinto-me ansioso(a).	☐	☐	☐	☐	☐

	sempre	quase sempre	algumas vezes	raramente	nunca
12. Se não consigo controlar a minha alimentação sinto-me fraca e incompetente.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Quando me vejo ao espelho acho-me gordo(a).	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando engordo sinto que a gordura se localiza em determinadas partes do corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Gosto de sentir que como menos que as outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Acho que poderia usar outro tipo de roupas se fosse mais magra.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Assusto-me se aumento de peso.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Acho que os(as) meus(minhas) amigos(as) são todos(as) mais magros(as) e mais bonitos(as) que eu.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sinto pavor em poder vir a engordar com a idade.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Penso que é impossível sermos felizes se nos achamos gordos(as).	☐	☐	☐	☐	☐
21. Faço dietas.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Fico assustado(a) por o meu corpo se estar a transformar.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Tenho momentos em que sinto que não consigo parar de comer.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Preocupo-me em ver o nível calórico dos alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sinto que devia comer menos.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Penso que para uma rapariga ter sucesso e ser feliz é preciso que seja magra.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Admiro as raparigas que conseguem cumprir uma dieta rigorosa.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Fico ansioso(a) quando sinto que estão a observar o meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO VII

Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

ESCALA DE BECK DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

DATA: _____

Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações.

Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve o forma como se sente no momento actual.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

1.

- ☐ Não me sinto triste.
- ☐ Ando "neura" ou triste.
- ☐ Sinto-me "neura" e triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.
- ☐ Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.

2.

- ☐ Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me com medo do futuro.
- ☐ Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
- ☐ Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

3.

- ☐ Não tenho a sensação de ter fracassado.
- ☐ Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas.
- ☐ Sinto que realizei muita pouca coisa que tivesse valor ou significado.
- ☐ Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

4.

- ☐ Não me sinto descontente com nada em especial.
- ☐ Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
- ☐ Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
- ☐ Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
- ☐ Sinto-me descontente com tudo.

5.

- ☐ Não me sinto culpado(a) de nada em particular.
- ☐ Sinto, grande parte do tempo, que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
- ☐ Sinto-me bastante culpado(a).
- ☐ Agora, sinto permanentemente que sou mau/má e não valho absolutamente nada.
- ☐ Considero que sou mau/má e não valho absolutamente nada.

6.

- ☐ Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
- ☐ Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
- ☐ Sinto que estou a ser castigado (a) ou que em breve serei castigado(a).
- ☐ Sinto que mereço ser castigado(a).
- ☐ Quero ser castigado(a).

7.

- ☐ Não me sinto descontente comigo.
- ☐ Estou desiludido(a) comigo.
- ☐ Não gosto de mim.
- ☐ Estou bastante desgostoso(a) comigo.
- ☐ Odeio-me.

8.

- ☐ Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
- ☐ Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros.
- ☐ Culpo-me das minhas próprias faltas.
- ☐ Acuso-me por tudo de mal que acontece.

9.

- ☐ Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a).
- ☐ Tenho ideias de por termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
- ☐ Sinto que seria melhor morrer.
- ☐ Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.
- ☐ Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à minha vida.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10.

- ☐ Actualmente não choro mais do que de costume.
- ☐ Choro agora mais do que costumava.
- ☐ Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
- ☐ Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.

11.

- ☐ Não ando agora mais irritado(a) do que e costumava.
- ☐ Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- ☐ Sinto-me permanentemente irritado(a).
- ☐ Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.

12.

- ☐ Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
- ☐ Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
- ☐ Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
- ☐ Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.

13.

- ☐ Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
- ☐ Actualmente sinto-me menos seguro (a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões.
- ☐ Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

14.

- ☐ Não acho que tenha pior aspecto do que costumava.
- ☐ Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.
- ☐ Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.
- ☐ Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

15.

- ☐ Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- ☐ Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
- ☐ Não consigo trabalhar tão bem como de costume.
- ☐ Tenho de despendir um grande esforço para fazer seja o que for.
- ☐ Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

16.

- ☐ Consigo dormir tão bem como dantes.
- ☐ Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
- ☐ Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
- ☐ Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas.

17.

- ☐ Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.
- ☐ Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.
- ☐ Fico cansado(a) quando faço seja o que for.
- ☐ Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

18.

- ☐ O meu apetite é o mesmo de sempre.
- ☐ O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- ☐ Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
- ☐ Perdi por completo todo o apetite que tinha.

19.

- ☐ Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente.
- ☐ Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
- ☐ Perdi mais de 5 quilos de peso.
- ☐ Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

20.

- ☐ A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- ☐ Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, ou prisão de ventre, ou ainda outras sensações físicas desagradáveis.
- ☐ Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto, ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.
- ☐ Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.

21.

- ☐ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- ☐ Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar.
- ☐ Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- ☐ Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

ANEXO VIII

Categorização das Variáveis

Variáveis	Categorias
Estudante	1 - Dança 2 - Não dança (Educação de Infância)
Idade	Contínua
Sexo	1 - Feminino 2 - Masculino
Profissão	1 - Estudante 2 - Trabalhador estudante
Etnia	1 - Branca 2 - Negra 3 - Indiana 4 - Muçulmana 5 - Cigana
Situação Conjugal dos pais	1 - Casados 2 - Divorciados 3 - Juntos 4 - Viuvez 5 - Outra
NSE	1 - Baixo 2 - Médio 3 - Médio-Alto e Elevado
Idade da mãe	Contínua
Mãe	1 - Viva 2 - Falecida
Habilitações Literárias da Mãe	1 - Analfabeta 2 - 1º ao 4º ano 3 - 5º ao 6º ano 4 - 7º ao 9º ano 5 - 10º ao 12º ano 6 - Bacharelato 7 - Licenciatura 8 - Estudos pós-graduados
Doença Física na mãe	1 - Sim 2 - Não
Doença Física na mãe. Qual.	1 - Digestiva 2 - Respiratórias 3 - Cardio-vasculares 4 - Circulatórios 5 - Audio-viso-motoras~ 6 - Alergias 7 - Crônicas e terminais (tumor) 8 - Doenças da Coluna/ ortopédicas 9 - Rins 10 - Fígado 11 - Endocrinológicas 12 - Nenhuma

Doença Psicológica na mãe	1 - Sim 2 - Não
Doença Psicológica na mãe. Qual.	1 - Perturbações do Comportamento Alimentar 2 - Perturbações do Humor 3 - Perturbações de Ansiedade 4 - Stress 5 - Psicose 6 - Auto-estima 7 - Toxicodependência 8 - Alcoolismo 9 - Nenhuma
Idade do pai	
Pai	1 - Vivo 2 - Falecido
Habilitações Literárias do pai	1 - Analfabeto 2 - 1º ao 4º ano 3 - 5º ao 6º ano 4 - 7º ao 9º ano 5 - 10º ao 12º ano 6 - Bacharelato 7 - Licenciatura 8 - Estudos pós-graduados
Doença Física no pai	1 - Sim 2 - Não
Doença Física no pai. Qual.	1 - Digestiva 2 - Respiratórias 3 - Cardio-vasculares 4 - Circulatórios 5 - Audio-viso-motoras 6 - Alergias 7 - Crónicas e terminais (tumor) 8 - Doenças da Coluna/ ortopédicas 9 - Rins 10 - Fígado 11 - Endocrinológicas 12 - Nenhuma
Doença Psicológica no pai	1 - Sim 2 - Não
Doença Psicológica no pai. Qual.	1 - Perturbações do Comportamento Alimentar 2 - Perturbações do Humor 3 - Perturbações de Ansiedade 4 - Stress 5 - Psicose 6 - Auto-estima 7 - Toxicodependência 8 - Alcoolismo 9 - Nenhuma
Irmãos	1 - Sim 2 - Não
Número de irmãos	Continua

Sexo (excluindo o próprio)	1 - Só raparigas 2 - Só rapazes 3 - Raparigas e Rapazes
Existência de meios-irmãos	1 - Sim 2 - Não
Existência de irmãos na área do bailado	1 - Sim 2 - Não
Posição na fratria	1 - Filha única 2 - Mais nova 3 - Meio 4 - Mais velha
Habitação no ano lectivo	1 - Família Nuclear 2 - Família Mononuclear 3 - Família Reconstituída 4 - Outros familiares 5 - Colega/ Amigo (a)/Quarto 6 - Namorado/Conjuge 7 - Filhos 8 - Sozinho
Habitação no restante ano	1 - Família Nuclear 2 - Família Mononuclear 3 - Família Reconstituída 4 - Outros familiares 5 - Colega/ Amigo (a)/ Quarto 6 - Namorado/Conjuge 7 - Filhos 8 - Sozinho
Peso actual	Contínua
Altura	Contínua
IMC	Contínua
Satisfação com o peso	1 - Muito insatisfeita 2 - Insatisfeita 3 - Nem insatisfeita, nem satisfeita 4 - Satisfeita 5 - Muito satisfeita
Satisfação com a altura	1 - Muito insatisfeita 2 - Insatisfeita 3 - Nem insatisfeita, nem satisfeita 4 - Satisfeita 5 - Muito satisfeita
Importância do peso para a profissão	1 - Nada importante 2 - Pouco importante 3 - Medianamente importante 4 - Muito importante 5 - Extremamente importante
Pressão na profissão para a magreza	1 - Nada pressionada 2 - Pouco pressionada 3 - Medianamente pressionada 4 - Muito pressionada 5 - Extremamente pressionada

Pressão geral para a magreza	1 - Nada pressionada 2 - Pouco pressionada 3 - Medianamente pressionada 4 - Muito pressionada 5 - Extremamente pressionada
Altura ideal	Contínua
Peso ideal	Contínua
IMC Ideal	Contínua
História de dieta	1 - Sim 2 - Não
Nº de estratégias para figura ideal	Contínua
Dieta e Cuidados com a alimentação	1 - Sim 2 - Não
Alimentos menos calóricos	1 - Sim 2 - Não
Pouca quantidade	1 - Sim 2 - Não
Pouca quantidade várias vezes ao dia	1 - Sim 2 - Não
Vegetariana	1 - Sim 2 - Não
Beber muita água	1 - Sim 2 - Não
Faz exercício físico	1 - Sim 2 - Não
História de doenças físicas	1 - Sim 2 - Não
História de doenças físicas. Qual	1 - Digestiva 2 - Respiratórias 3 - Cardio-vasculares 4 - Circulatórios 5 - Audio-viso-motoras 6 - Alergias 7 - Crônicas e terminais (tumor) 8 - Doenças da Coluna/ ortopédicas 9 - Rins 10 - Fígado 11 - Endocrinológicas 12 - Nenhuma
História de perturbação psicológica	1 - Sim 2 - Não
História de perturbação psicológica. Qual	1 - Perturbações do Comportamento Alimentar 2 - Perturbações do Humor 3 - Perturbações de Ansiedade 4 - Stress 5 - Psicose 6 - Auto-estima 7 - Toxicodependência 8 - Alcoolismo 9 - Nenhuma

Acompanhamento psicológico	1 - Sim 2 - Não
Há relação entre o que estuda e a profissão ideal	1 - Sim 2 - Não
Profissão ideal ligada à dança	1 - Sim 2 - Não
Profissão Ideal Bailarina	1 - Sim 2 - Não
Profissão Ideal Coreógrafa	1 - Sim 2 - Não
Profissão Ideal Professora de Dança	1 - Sim 1 - Não
Profissão Ideal Educadora de Infância	1 - Sim 2 - Não
Profissão Ideal Psicóloga	1 - Sim 2 - Não
Gravidez	1 - Sim 2 - Não
Menstruação	1 - Regular 2 - Irregular
Última menstruação	1 - Ciclo normal 2 - Com atraso 3 - Com atraso irregular (está neste momento atrasada, mas costuma ser regular)
EEC do 1 ao 35	1 a 5
EDI-2 do 1 ao 91	0 a 3
EAER do 1 ao 10	1 a 5
QE do 1 ao 123	1 a 6
Carpic do 1 ao 28	1 a 5
BDI do 1 ao 21	0 a 3

ANEXO IX

Classificação do nível socio-económico

Na nossa adaptação da divisão do nível sócio-económico baseámo-nos na proposta de Simões (cit. in, Lourenço, 1996) que passamos a descrever:

Nível socio-económico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória.

Nível socio-económico médio: profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível socio-económico elevado: grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.

Introduzimos uma variante, que consistiu considerar a existência de um nível sócio-económico médio-alto onde se agrupariam as profissões que actualmente correspondem à titulação de uma licenciatura ou bacharel (por exemplo, enfermeiros, docentes no ensino secundário, assistentes sociais). Consideramos que estas profissões e habilitações correspondem a uma situação sócio-económica diferenciada das outras incluídas no nível sócio-económico médio por Simões (cit. in, Lourenço, 1996). Finalmente, agrupámos

o nível sócio-económico médio-alto e o elevado numa só categoria, a denominada de nível sócio-económico elevado. Assim nesta última categoria, nível sócio-económico elevado, ficam incluídos os sujeitos cujos pais têm um bacharel ou licenciatura ou profissão que actualmente equivale à posse de uma destas habilitações.