



**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado realizado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro

## Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Leal pelo apoio incondicional. Agradeço por nunca ter deixado de estar presente em todos os momentos, com seu enorme saber, por todas as experiências de aprendizagem proporcionadas e partilhadas, aliadas à empatia e genuinidade que tanto admiro e, com que sempre me acolheu. Foi assim, que o reforço esteve presente ao longo desta Caminhada onde, principalmente, senti que não caminhei sozinha e, que também não irei caminhar sozinha daqui em diante. Muito obrigada por tudo aquilo que me ensina e pela sua amizade...

Aos Participantes que voluntariamente acederam em participar neste estudo, sem os quais nada teria sido possível. E também às escolas, professores e amigos que por lá fui encontrando, pela flexibilidade concedida para a aplicação dos questionários...

Aos meus Pais, que tanto me ensinam dia após dia, passo a passo, desde sempre e com quem tenho o enorme orgulho de partilhar esta *Estrada da Vida*...

A todos os restantes Familiares, (Miguel obrigado por acederes aos meus chamamentos), em especial aos meus primos...os *irmãos* que a vida se encarregou de me oferecer...

À Dra. Ana Rosa por tudo aquilo que me ensinou e, que me permitiu aprender...

Aos Colegas (especialmente, ao Rui e à Patrícia) e Amigos que, embora reclamem atenção, me apoiam incondicionalmente nas minhas longas maratonas de trabalho...à

Aos Colegas (especialmente, ao Rui e à Patrícia) e Amigos que, embora reclamem atenção, me apoiam incondicionalmente nas minhas longas maratonas de trabalho...à Susana por *acreditarmos* juntas nos momentos certos; à Ana pelos *momentos intensos* que tem partilhado comigo; à Márcia por ser *diferente*; à Joana pelos encontros com a *espontaneidade*; ao Rui por nunca ter deixado de estar *lá*; às minhas *Super Amigas* pela partilha da nossa querida *psicologia* que nos mostrou uma linda *amizade*; à Sónia pela *doçura*; ao Pedro pelo eterno *carinho*; à Paula pelos dois *tesouros* que partilha comigo; à Cláudia pelo *significado da palavra assertividade*; ao João pelos *sorrisos*...

Agradeço ainda, aos meus novos colegas de trabalho pelo jeitinho especial de tornarem um ambiente de responsabilidade em instantes de pura descontração. Obrigado pelo vosso reforço e apoio nesta recta final...

Finalmente, a Ti, pelo carinho, pela ternura, pelas horas partilhadas na biblioteca, pelos últimos fins-de-semana de intenso trabalho...por me acompanhares com o teu Olhar. Obrigado por coexistires, por estares comigo, por partilhares este meu “pequeno grande” mundo repleto de pessoas especiais...

Onde Tanto mais ficará por dizer ... O meu Muito Obrigada!

## RESUMO

Os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil. Sabe-se que, desde muito cedo, as crianças imitam os comportamentos alimentares das figuras parentais. Por outro lado, existem também descritas inúmeras associações entre as alterações psicoemocionais (Ansiedade, Depressão e Stress), o Comportamento Alimentar e a Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos.

O principal objectivo desta investigação consistiu na análise da Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar das Crianças e Pré-Adolescentes bem como, da Ansiedade, Depressão, Stress e a Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos.

Este estudo é constituído por duas amostras e, um total de 577 sujeitos (315 Crianças e Pré-Adolescentes e 262 Pais/Cuidadores), com idades compreendidas entre os 8 e os 69 anos. A amostra de Crianças e Pré-Adolescentes preencheram um Questionário Sócio-Demográfico; um Questionário de Avaliação do Comportamento Alimentar (EDI-C) e um Questionário de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-CPA); enquanto que, a amostra de Pais/Cuidadores preencheram um Questionário Sócio-Demográfico; um Questionário de Avaliação da Percepção sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos crianças e pré-adolescentes (CEBQ) e um Questionário de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Os resultados evidenciaram que, existem correlações significativas entre as alterações psicoemocionais (Ansiedade, Depressão e Stress) na infância, pré-adolescência e, idade adulta, o Comportamento Alimentar na infância e pré-adolescência e a Percepção dos Pais/Cuidadores sobre o comportamento alimentar dos seus filhos.

**Palavras-chave:** Infância; Modelo Tripartido de Lovibond e Lovibond; Comportamento Alimentar; Percepção dos Pais/Cuidadores.

## ABSTRACT

The adulthood food habits are consequence of the food behavior experiences in the childhood. It is know that, since earlier, the child copes the food behaviors of their parents. By the other side, there also exist descriptions of many associations between psycho-emotional changes (Anxiety, Depression and Stress), the Food Behavior and the Perception of parents/people who care about the food behavior of their children.

The main purpose of this investigation consisted in the analyze of Anxiety, Depression, Stress and Children and the Pre-Adolescent food behavior as well as, of Anxiety, Depression, Stress and the Perception of parents/people who cares about the food behavior of their children.

This study is composed by two samples and a total 577 persons (315 children and pre-adolescent and, 262 parents/people who care) with ages between nine and sixty-nine years old. The sample of children and pre-adolescents filled a socio-demographic questionnaire; a eating disorders inventory (EDI-C) and a Anxiety, Depression and Stress evaluate Questionnaire (EADS-CPA); and the sample of adults filled another socio-demographic questionnaire, a perception evaluate questionnaire about the food behavior of their children and the pre-adolescents (CEBQ) and a Anxiety, Depression and Stress evaluate Questionnaire (EADS-21).

The results showed that exists significative correlations between the psycho-emotional changes (Anxiety, Depression and Stress) in the childhood, pre-adolescence and adulthood; the food behavior in the childhood and pre-adolescence and the perception of parents/people who care about the food behavior of their children.

Key-words: Childhood; Tripartite Model of Lovibond and Lovibond; Food Behavior; Perception of their parents/people who care.

## ÍNDICE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	1
Infância e Adolescência: Características do Desenvolvimento.....	2
Ansiedade, Depressão e Stress: Definição de Conceitos.....	4
Psicologia, Comportamento e Saúde.....	12
Comportamento Alimentar: Definição e Conceito.....	13
Distúrbios Alimentares: Epidemiologia.....	15
Obesidade Infantil.....	21
Comportamento Alimentar na Infância.....	23
Parentalidade.....	28
Prática Parentais e Comportamento Alimentar.....	31
Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar: Infância e Parentalidade....	34
O Problema.....	46
<i>Formulação do Problema</i> .....	47
<i>Questões de Investigação</i> .....	49
Importância do estudo.....	50
MÉTODO.....	51
Participantes.....	51
<i>Caracterização da Amostra</i> .....	51
Material.....	62
Tipo de Estudo.....	72
<i>Definição das Variáveis</i> .....	72
Procedimento.....	77
RESULTADOS.....	78
DISCUSSÃO.....	97
CONCLUSÃO.....	126
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXOS.....	143

## ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

### Amostra de Crianças/Pré-Adolescentes

<b>Quadro 1</b> – Estatística descritiva para a variável Género.....	52
<b>Quadro 2</b> – Estatística descritiva para a variável Idade.....	53
<b>Quadro 3</b> – Estatística descritiva para a variável Escolaridade.....	53
<b>Quadro 4</b> – Estatística descritiva para a variável Distrito de Residência.....	53
<b>Quadro 5</b> – Estatística descritiva para o Agregado Familiar:.....	54
<b>Quadro 6</b> – Estatística descritiva para o IMC.....	55

### Amostra de Pais/Cuidadores

<b>Quadro 7</b> – Estatística descritiva para a variável Género.....	56
<b>Quadro 8</b> - Estatística Descritiva para a variável Idade.....	57
<b>Quadro 9</b> - Estatística Descritiva para a variável Estado Civil.....	57
<b>Quadro 10</b> - Estatística Descritiva para a variável Escolaridade .....	58
<b>Quadro 11</b> - Estatística Descritiva para a variável Situação Profissional.....	58
<b>Quadro 12</b> - Estatística Descritiva para a variável Agregado Familiar .....	59
<b>Quadro 13</b> - Estatística Descritiva para a variável Distrito de Residência.....	59
<b>Quadro 14</b> - Estatística Descritiva para a variável Idade dos Filhos.....	59
<b>Quadro 15</b> - Estatística Descritiva para a variável IMC .....	60
<b>Quadro 16</b> - Estatística Descritiva para a variável IMC dos filhos.....	60
<b>Quadro 17</b> - Estatística Descritiva para o IMC e respectivos Percentis.....	61

<b>Tabela 1</b> - Estatísticas descritivas para o Comportamento Alimentar no total da amostra...	79
<b>Tabela 2</b> – Estatística Descritiva para as Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar.....	80
<b>Tabela 3</b> – Estatística Descritiva para as Escalas Psicológicas.....	81
<b>Tabela 4</b> – Estatística Descritiva para as Escalas Compósitas.....	82
<b>Tabela 5</b> – Estatísticas Descritivas para a <i>Percepção Materna</i> do <i>Comportamento Alimentar</i> na Infância, no total da amostra.....	83
<b>Tabela 6</b> - Correlações Significativas obtidas a partir da análise das Subescalas do EDIC e das Escalas do CEBQ.....	84
<b>Tabela 7</b> – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Género.....	85
<b>Tabela 8</b> – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Idade.....	87
<b>Tabela 9</b> – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Distrito Variável Dependente: <i>Perfeccionismo</i> (P).....	89
<b>Tabela 10</b> - Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do EDI-C e das Escalas do EADS-CPA.....	91
<b>Tabela 11</b> - Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do CEBQ e das Escalas do EADS-CPA.....	94

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos últimos anos, as atitudes bem como os comportamentos e as práticas dos jovens no que concerne à saúde, nomeadamente à alimentação, têm sido amplamente estudados e analisados por parte dos investigadores, tendo-se desenvolvido diversas investigações sobre esta temática.

Os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil. Sabe-se que, desde muito cedo, as crianças imitam os comportamentos alimentares das figuras parentais pelo que, torna-se pertinente analisar não só o comportamento alimentar na infância como também, as condutas alimentares adoptadas pelos pais, que habitualmente desempenham o papel de prestadores de cuidados alimentares aos seus filhos, nomeadamente no caso das mães.

Como tal, o intuito de se definirem programas preventivos a nível nacional, justificam este tipo de investigações, pois só pelo conhecimento dos comportamentos adoptados é que, se poderão delinear estratégias de prevenção que visem evitar os comportamentos de risco ou seja, os comportamentos de alimentação desajustados.

Existem também alguns estudos que, evidenciam indícios importantes da relação entre alterações psicoemocionais (Ansiedade, Depressão e Stress, por exemplo) no sujeito e, a conseqüente adopção de comportamentos desajustados ou, até mesmo, aumentando o risco de desenvolvimento de perturbação do comportamento alimentar.

Os resultados apresentados pelos diversos estudos realizados na actualidade, têm salientado, não só associações de um comportamento alimentar desajustado na Infância com, comportamentos parentais igualmente desajustados, como também indiciam em casos mais graves, a presença de perturbações ao nível do humor, quer nas crianças quer nos seus pais/cuidadores.

Assim sendo, torna-se proeminente analisar a associação entre níveis alterados de Ansiedade, Depressão, Stress e o Comportamento Alimentar das Crianças e Pré-Adolescentes bem como, alterações do ponto de vista da Ansiedade, Depressão, Stress e a Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos.

## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Infância e Adolescência: Características do Desenvolvimento

Até se chegar à idade adulta, o desenvolvimento humano é um processo evolutivo que atravessa diversas fases: a infância, a pré-adolescência e a adolescência (Andrade, 2002).

O desenvolvimento da criança e do adolescente é influenciado por um conjunto de factores pessoais e sociais, m que a família, o grupo de pares e a escola assumem um papel fundamental no mesmo ( Matos et al., 2005).

### O Desenvolvimento Cognitivo segundo J. Piaget

Piaget procurou descrever a evolução do funcionamento cognitivo da criança a partir da observação directa e através do estudo longitudinal da evolução das diversas estratégias que utiliza para resolver um problema experimental (cit. por Marcelli, 2005).

Neste sentido, subdividiu a infância em quatro períodos de desenvolvimento: *período da inteligência sensório-motora* (dos 0 aos 2 anos); *período pré-operatório* (dos 2 aos 6 anos); *período das operações concretas* (dos 7 aos 12 anos) e o *período das operações formais* (a partir dos 11-12 anos).

O *período das operações concretas* assinala um grande progresso na socialização e na objectivação do pensamento. A criança torna-se capaz de descentração, já não se encontra unicamente limitada ao seu ponto de vista, consegue coordenar várias perspectivas e prever as suas consequências. O limite operatório deste período permanece marcado pela necessidade de suporte concreto: a criança ainda não consegue raciocinar apenas a partir de enunciados verbais (Marcelli, 2005).

Marcelli (2005) citando Piaget refere que, a partir das manipulações concretas, a criança acede à noção de reversibilidade e organiza os primeiros agrupamentos operatórios: *seriação e classificação*.

Neste contexto, no campo social começa a tomar consciência do seu próprio pensamento e do pensamento dos outros, o que dá também início ao enriquecimento das

permutas sociais. A criança começa a aceitar o ponto de vista dos outros, os seus sentimentos. Torna-se assim, possível uma verdadeira colaboração e cooperação em grupo entre várias crianças. Deste modo e, à medida que se vai desenvolvendo e assumindo diferentes papéis sociais, a criança adquire então a partir dos 11-12 anos, a capacidade de raciocínios formais reversíveis, ou seja, consegue identificar o que é constante nas mudanças, característico do *período das operações formais*. A partir do 12 anos, a criança desenvolve o raciocínio hipotético-dedutivo (Piaget, 1972; Marcelli, 2005).

### Psicologia do Desenvolvimento - H. Wallon e Erikson

A partir das observações de crianças com atraso, de estudos longitudinais e de inquéritos por faixas etárias, Wallon estudou o desenvolvimento da criança, em primeiro lugar na interacção entre o equipamento motor e a afectividade do recém-nascido e, depois entre a criança e o campo social (Marcelli, 2005).

Neste sentido, e estabelecendo um elo de ligação com a *Perspectiva Piagetiana* anteriormente abordada, o autor salienta *a partir dos 6 anos* aquilo que designou como *Estádio da Personalidade Polivalente*, em que a criança deixa de estar quase que exclusivamente exposta à “*constelação familiar*”.

Erikson (1971) considera que, o desenvolvimento humano depende das interacções com o meio ambiente. Nesta perspectiva é então possível referir o desenvolvimento psicossocial da criança começa a partir dos 6 anos de idade, onde a escola vai assumir um papel fundamental numa nova fase socialmente decisiva.

Com o início da escolaridade, a criança trava contactos com o meio social ainda que, inicialmente marcados por períodos de incerteza, de mudanças rápidas em função dos interesses e das circunstâncias. A criança dá início à participação em inúmeros jogos de grupo, muda de papel e de função, multiplicando as experiências relacionais e sociais (Marcelli, 2005).

Vários autores salientam a fase tardia da Infância (entre os 6 e os 12 anos) como o início da transição para a Adolescência. O contexto em que a adolescência ocorre afecta o

desenvolvimento e o comportamento do adolescente, nos seus diferentes contextos pessoais e sociais: saúde, estilo de vida, família, grupo de pares, escola e trabalho (Matos et al., 2005).

Para Erikson (1971), a adolescência é uma fase onde o adolescente vai querer experimentar de forma a poder fazer uma melhor escolha, o que poderá conduzir a situações-problema que originam estatutos que não irão corresponder à personalidade do adolescente.

Na adolescência, o grupo de pares tem um papel determinante sobre o jovem, em conjunto com a escola e a família. Estes três cenários são os principais responsáveis pelas características pessoais e sociais que a criança desenvolve durante a adolescência, e que vão caracterizar a sua personalidade (Matos, et al., 2005).

#### *Ansiedade, Depressão e Stress: Definição de conceitos*

Do ponto de vista psicológico, os estudos sobre a *ansiedade* salientam uma diferenciação quanto à forma com que esta se apresenta – *ansiedade estado* e *traço* (cit. por Cataneo et al., 2005). De um modo geral, Agras (1989) conceptualizou *ansiedade* como uma emoção gerada pela antecipação de algo que é de difícil previsão e controlo e, que prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, como punições e privações.

A *depressão* é dominada pela sensação de tristeza e está associada a sentimentos de dor, falta de esperança ou até, em casos mais extremos, melancolia (Watson & Kendall, 1989 cit. por Watson et al, 1995).

Gatchel, Baum & Krantz definiram *stress* como um processo complexo de resposta do organismo aos acontecimentos do dia-a-dia, susceptíveis de o ameaçar ou por em causa o seu bem-estar (cit. por Ribeiro, 1998, 2005). Desta forma, é possível designar *stress* como sendo uma experiência emocional negativa, acompanhada de alterações previsíveis em termos bioquímicos, fisiológicos, psicológicos, cognitivos e comportamentais, direccionadas ao acontecimento stressante (Baum, 1990 cit. por Taylor, 1995).

O *Stress* é um termo muito comum, que tem ao longo dos tempos adquirido vários significados, não tendo por isso uma definição única e consensual. A proposta mais completa e actual é a de Lazarus e Folkman (1984), que dão ênfase à relação entre a pessoa e o ambiente, tendo em conta as características da pessoa e a natureza ambiental do acontecimento (cit. por Costa & Patrão, 2006).

De acordo com Serra (2002), *stress* é então, uma “actualização” da palavra *distress*, que de acordo com Lazarus (1975) é o stress negativo, expresso em unidades de *ansiedade* e *depressão*. O *Stress* é portanto, a emocionalidade negativa que “o controlo emocional controla” (Silva & Patrão, 2006).

Define-se assim, *stress* pela “relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pelo indivíduo como comprometendo ou excedendo os seus recursos e pondo assim em risco o seu bem-estar”. É, deste modo, a avaliação da situação e dos recursos (*estratégias de coping*) de que dispõe e a qualidade destes, que define a vivência ou não de *stress* (Serra, 2002).

### Modelo Tripartido de Lovibond e Lovibond

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas, *ansiedade* e *depressão*, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico, como no da saúde mental e por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia (Watson et al, 1995; Ribeiro, 2004 (a), (b)).

Fenomenologicamente, *ansiedade* e *depressão* são claramente distintas. A *ansiedade* é centrada na sensação de medo e envolve sentimentos de preocupação, apreensão e pavor. Em contraste, a *depressão* é dominada pela sensação de tristeza e está associada a sentimentos de dor, falta de esperança e melancolia (Watson & Kendall, 1989 cit por. Watson et al, 1995).

Contudo, e como já foi salientado, muitos estudos têm demonstrado que as medidas de auto-relato de *ansiedade* e *depressão*, estão altamente correlacionadas (Clark, et al, 1995). Assim, estes constructos embora considerados independentes, reconhece-se a sua sobreposição, não só do ponto de vista da saúde como, do ponto de vista estatístico.

A *ansiedade* costuma estar estreitamente associada aos sintomas de *depressão* (Clark & Watson, 1991; Clark et al, 1995; Watson et al, 1995).

De certo modo, estas correlações poderão reflectir alguma indefinição do ponto de vista taxonómico e psicométrico dos constructos propriamente ditos e, das escalas e medidas existentes. Como exemplo, é pertinente referir Gotlib e Cane (1989) que salientaram variados sintomas (*por exemplo*, insónia, fadiga, irritabilidade, falta de descanso, dificuldade de concentração) como coexistentes quer num quadro de *ansiedade generalizada*, como numa *depressão major* (cit. por Watson et al, 1995).

Neste sentido, estes sintomas aparecem frequentemente sobrepostos em escalas que avaliam quer *ansiedade* quer *depressão*, o que acaba por resultar numa maior correlação identificada entre estes dois constructos (Clark et al, 1995; Watson et al, 1995).

É neste contexto que, Clark e Watson (1991) propõem então, um modelo tripartido em que os sintomas de *ansiedade* e *depressão* se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira estrutura que designam por *stress* ou *afecto negativo*, inclui sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos e, incluem ainda humor deprimido e ansioso assim como, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração.

Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de *ansiedade* e *depressão*. Para além deste factor inespecífico, a *ansiedade* e a *depressão* constituíram outras duas estruturas: com a tensão somática e a hiperactividade como específicas da *ansiedade*; e a anedonia e a ausência de afecto positivo como relativamente específicas da *depressão* ((Clark & Watson, 1991; Clark et al, 1995; Watson et al, 1995; Ribeiro, 2004 (a), (b)).

Diversos estudos têm sugerido a exigência de uma dimensão de *afectividade negativa* dominante, e fornecem evidências de que esta possa estar altamente correlacionada com os sintomas e diagnóstico, tanto da *ansiedade* como da *depressão* (Clark et al, 1995; Watson et al, 1995).

O Modelo Tripartido postula que, em conjunto com este factor comum, existem componentes específicos para a *ansiedade* e para a *depressão* que permitem fazer a sua distinção. No caso da *ansiedade* esse componente específico é a hiper-estimulação

fisiológica e, no caso da *depressão* a baixa afectividade positiva. Desta forma, o *stress* será sinónimo da afectividade negativa, constituindo uma medida geral de *distress* psicológico (Henry & Crawford, 2005).

A operacionalização do Modelo Tripartido levou à construção de medidas como a *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire* (MASQ) que inclui três sub-escalas *General Distress Mixed*, *General Distress Anxiety* e *General Distress Depression*, (Watson et al., 1995), ou a *Depression Anxiety Scale* (DASS), de Lovibond e Lovibond (1995).

Este modelo desenvolveu-se então, para clarificar a relação entre estes três constructos: *ansiedade*, *depressão* e *stress*, o que parece ser muito útil tanto para os investigadores como para os clínicos na medida em que, permite distinguir o *locus* de perturbação emocional (Ribeiro, 2004 (a), (b)).

### Ansiedade, Depressão e Stress na Infância

Não existe um consenso acerca das definições para as *Perturbações do Comportamento*, podendo cada definição variar consoante as diferentes culturas. Também não conseguimos medir objectivamente a presença e a gravidade de uma perturbação comportamental, o que acarreta dificuldades na detecção precoce das mesmas (Grillo & Silva, 2004).

De acordo com Grillo & Silva (2004) identificamos que uma criança tem um problema de comportamento quando, de forma muito sumária, esta apresenta problemas no rendimento escolar, que não possam ser explicados por factores intelectuais, problemas em estabelecer e manter as suas relações sociais e familiares, quando apresentam sentimentos inapropriados perante situações diárias, ou tristeza e *depressão* contínuas e quando apresentam uma tendência a desenvolver medos ou sintomas físicos associados a problemas comuns.

O DSM-IV (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* – quarta edição revista) classifica mais de 250 condições que podem relacionar-se com perturbações do comportamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O reconhecimento das primeiras manifestações de situações que possam afectar o comportamento irá permitir que, quando seja necessário, estas crianças possam ser encaminhadas para diferentes profissionais de saúde, efectuando assim intervenções precoces e que modifiquem o desenvolvimento da perturbação (Grillo & Silva, 2004).

De acordo com Grillo & Silva (2004), a *Perturbação de Ansiedade de Separação* pode ter um início precoce, a partir dos 5 anos de idade. As crianças mais pequenas apresentam preocupações irrealistas e exageradas sobre perigos que possam ameaçar os seus pais ou outras figuras de vinculação, em que a separação gera *ansiedade*. Grande parte destas crianças recusa-se a ir à escola e as crianças maiores ou adolescentes que desenvolvem esta perturbação apresentam menos sintomas.

Na *Perturbação de Ansiedade Generalizada*, existe uma preocupação excessiva e persistente em relação a uma série de causas, e não apenas uma, tal como na *Perturbação de Ansiedade de Separação* ou outra qualquer *Perturbação da Ansiedade* (Grillo & Silva, 2004).

Os mesmos autores salientam que, estas preocupações envolvem o desempenho na escola, as relações sociais, a saúde e ruminacões acerca de comportamentos passados e futuros. Para efectuar o diagnóstico é necessário que estas preocupações conduzam a incapacidades e a problemas nas rotinas diárias da criança. É também necessária a presença de, pelo menos um, dos seguintes sintomas: inquietude, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou perturbações do sono.

Segundo O'Brien et al. (2007), as *Perturbações da Ansiedade* estão entre as perturbações mentais mais comuns na infância, com uma prevalência estimada entre 12% e 20%. As perturbações parecem manifestar-se predominantemente, no final da Infância e estão altamente correlacionadas entre elas. Contudo, estas perturbações precedem a maioria das *perturbações mentais* das crianças, em particular a *sintomatologia depressiva*. No mesmo contexto, são inúmeros os estudos que relatam de forma consistente que as *Perturbações da Ansiedade* na infância estão associadas a uma diminuição significativa no funcionamento e desenvolvimento pessoal.

Os afectos negativos no funcionamento, da *Perturbação de Ansiedade*, estão directamente relacionados com a manutenção da perturbação. Os estudos prospectivos confirmam que as *perturbações da ansiedade* conduzem a situações de cronicidade na

Adulcência, mantendo o risco de uma diminuição na qualidade de vida e no funcionamento psicológico, com o aumento significativo do risco tanto de, hospitalizações psiquiátricas, como de suicídio. Os factores que predizem e evidenciam resultados para a *perturbação de ansiedade* na infância incluem uma idade de início precoce, a severidade dos sintomas apresentados, fraca resposta ao tratamento inicial e agravamento da comorbidade com outras *perturbações da ansiedade* (O'Brien et al., 2007).

Schniering et al (2000) salientaram que, as *perturbações da ansiedade* nas crianças e nos adolescentes têm suscitado um crescente interesse ao longo dos últimos 15 anos. Como resultado expressivo deste interesse, é a cada vez melhor e mais refinada compreensão da natureza e prevalência destas perturbações, bem como o desenvolvimento de tratamentos cada vez mais eficazes.

Este crescente investigação fez-se acompanhar dos resultados dos estudos epidemiológicos, demonstrando fortes evidências de que as *perturbações da ansiedade* são as mais comuns e as mais experienciadas pelas crianças e adolescentes (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

Por outro lado, a prevalência da *depressão* encontra-se entre 4% e 10% entre a população de todo o mundo, e espera-se que estes valores aumentem durante os próximos 20 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a *depressão* como a quarta maior causa de Incapacidade de Ajustamento em Anos de Vida, em todo o mundo (cit. por Zavaschi et al. (2006).

A *depressão* é uma das mais bem conhecidas manifestações psicopatológicas associada aos eventos traumáticos na infância. Assim e, tendo em conta os traumas da infância, o abuso físico é o que se encontra mais relacionado com a *depressão* no adulto. As *perturbações do humor* encontram-se também associadas ao abuso sexual de menores. Algumas referências na literatura referem que, danos emocionais e no desenvolvimento, originados pela exposição a violência social têm vindo a aumentar. Outros estudos sugerem uma associação entre os eventos de vida relacionados com a perda na infância e a *depressão* no adulto (Zavaschi et al. (2006).

Dado o potencial destrutivo das *perturbações do humor*, tanto para os indivíduos como para a sociedade, é altamente relevante o estudo da associação entre os traumas da

infância e as *perturbações do humor* dos adultos. Por outro lado, desde que se sabe que a *depressão* é influenciada por factores culturais, existe uma enorme lacuna de estudos que investiguem e justifiquem esta associação (Zavaschi et al., 2006).

As condições do DSM-IV (2002) relacionadas com a *depressão* tais como, a *perturbação depressiva major*, a *perturbação bipolar* e a *perturbação distímica* podem afectar as crianças e os adolescentes, o que aumenta o risco para o recurso ao uso e abuso de drogas e, para o suicídio (Zavaschi et al., 2006).

De acordo com Zavaschi et al. (2006), a frequência de *depressão* é baixa até aos 6 anos de idade e vai aumentando com a idade, chegando aos 8% na Adolescência. Na Infância o risco de *depressão* é igual tanto nos rapazes como nas raparigas, mas na Adolescência este é duas vezes maior nas raparigas.

Para um diagnóstico de *depressão*, no caso de uma criança ou adolescente, será necessária a presença de um conjunto de sintomas apontados pelo DSM-IV (2002). Considera-se então que, estão presentes no diariamente, os seguintes sintomas: humor deprimido a maior parte do dia, interesse e prazer acentuadamente diminuídos, perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimento de inutilidade e pensamento recorrente de morte. Estas manifestações comprometem o desempenho e, não podem ser explicadas pelo uso de drogas ou causas e acontecimentos ambientais evidentes (como *por exemplo*, um caso de *perda*, um *luto*) (Zavaschi et al., 2006).

Contudo, os mesmos autores salientam que, o diagnóstico precoce de *depressão* poderá encontrar alguns obstáculos e critérios ambíguos: os indícios de *depressão* nos indivíduos jovens são muitas vezes, considerados flutuações normais próprias da idade e, as perturbações que conduzem à *depressão* são frequentemente consideradas como próprias dos adultos. No entanto, tem-se verificado um início cada vez mais precoce da *depressão* e as dificuldades de elaborar um diagnóstico na infância prendem-se, maioritariamente com as limitações da criança em descrever e identificar emoções. As crianças podem-se tornar irritáveis ou agressivas sem verbalizarem o que se está a passar sendo que, a *irritabilidade* poderá ser a manifestação mais proeminente nas crianças mais novas.

Nestes casos, também o factor genético e/ou familiar é significativamente considerado uma vez que, o facto de um dos progenitores sofrer de *depressão*, pode aumentar o risco da criança e do adolescente desenvolverem esta perturbação (Grillo & Silva, 2004).

No que concerne ao *stress*, este pode surgir a qualquer instante do nosso quotidiano e todos temos que o enfrentar no entanto, a forma como cada um de nós lida com ele difere de sujeito para sujeito. Por *exemplo*, relativamente ao comportamento de *emotional eating*, este é a forma que muitos de nós encontra para lidar com os sentimentos negativos tais como, a *depressão*, a *ansiedade*, a solidão, o *stress*, entre outros (Woolfolk, et al, s.d.).

O comportamento de *emotional eating* corresponde portanto, ao acto de consumo de alimentos em resposta a emoções nomeadamente, emoções negativas, independentemente de se ter fisicamente fome. Como tal, de acordo com estes autores, conhecer o que leva os indivíduos a refugiarem-se na comida em situações e acontecimentos de vida *stressantes*, será a chave para a prevenção dos padrões de alimentação emotivos.

Concomitantemente, esta aparente *entrega à comida* faz com que as pessoas se sintam culpadas e desgostosas com o seu próprio comportamento, afectando a forma como interagem socialmente. Com alguma frequência, as refeições funcionam como forma de socialização pelo que, se não nos sentimos confortáveis enquanto comemos, isto pode originar sentimentos de tristeza e isolamento. Da mesma forma, este comportamento poderá levar a *excesso de peso* e *obesidade*, o que gera ou agrava outros tantos problemas psicológicos (Woolfolk, et al, s.d.).

Woolfolk, et al (s.d) sugerem que, o *emotional eating* não afecta as pessoas apenas mentalmente, pode afectar também a saúde física uma vez que, muitas utilizam alimentos altamente calóricos, ricos em gorduras, sal e calorias, para se reconfortarem.

Segundo estes autores, uma forma simples de evitar o *emotional eating* é reduzir a causa e a quantidade de *stress*. Existem algumas formas eficazes de lidar com o *stress*, entre as quais é possível salientar-se: uma gestão adequada do tempo, estabelecer prioridades de eventos, fazer pequenos intervalos no trabalho ou no dia-a-dia e aprender técnicas de relaxamento.

No caso da relação entre crianças e o *stress*, são os pais e cuidadores muitas vezes, responsáveis por encorajar o *emotional eating*. Isto porque oferecem, com alguma frequência, a comida preferida dos seus filhos quando estes estão tristes ou quando se chateiam. Utilizar a comida como um mecanismo de *coping* poderá anos mais tarde, levar ao desenvolvimento do comportamento estreitamente associado às emoções. Como estratégias mais adaptativas e benéficas na gestão do *stress*, os autores remetem para o diálogo com as crianças, ajudando-as a resolver problemas ou dando-lhes espaço para que possam falar e partilhar os seus.

Outro comportamento muito frequente, é o uso da comida como recompensa, quando uma criança tem um bom comportamento. Esta é uma acção com algum risco uma vez que, as crianças podem começar a associar os eventos positivos a recompensas agradáveis (Woolfolk, et al, s.d.).

Deste modo, podemos afirmar que a *ansiedade*, a *depressão* e o *stress* são perturbações comuns nas crianças e adolescentes, que poderão estar associadas ao desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde bem como, de perturbações do comportamento alimentar.

### Psicologia, Comportamento e Saúde

Para o *senso comum*, a Psicologia está ainda fundamentalmente associada à saúde mental. No entanto, torna-se pertinente salientar que, sendo o comportamento o objecto de análise da Psicologia, esta parece mais adequadamente associada ao comportamento dos sujeitos em diversos contextos normais de vida, nomeadamente aqueles que dizem respeito à saúde e à doença (Viana, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de promoção, protecção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim (Matos, 2004).

Neste contexto vários autores tais como, Viana (2002, 2003), referem que o comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, apresenta a maior influência na saúde e na doença, daí a pertinência da aplicação da Psicologia da Saúde a este domínio visando a prevenção.

De acordo com Ribeiro (2005), o comportamento alimentar e a nutrição são comportamentos referenciados especificamente tanto como factores de risco para inúmeras doenças, como na área da promoção da saúde, e são comportamentos que fazem parte do dia-a-dia das pessoas.

É portanto, necessário compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos (Viana, 2002).

Desta forma, ao longo dos tempos os estudos sobre comportamento alimentar e nutrição têm vindo a tornar-se um aspecto fundamental da investigação em saúde. De acordo com Bidlack (1996) as doenças que, nos países desenvolvidos, actualmente apresentam maiores taxas de morbilidade e mortalidade estão inequivocamente associadas à alimentação; tal como é o caso do cancro, das doenças cardiovasculares, trombose, diabetes e obesidade (Viana & Sinde, 2003).

Morgado (2004) consolida que, o comportamento alimentar e a nutrição pertencem ao tipo de comportamentos que são referenciados, tanto como factores de risco para inúmeras doenças, como na área da promoção da saúde.

### Comportamento Alimentar: Definição e Conceito

O comportamento alimentar envolve não só o acto de ingestão mas, também os factores psicossociais associados à selecção e à decisão de quais os alimentos a consumir (Viana & Sinde, 2003<sup>2</sup>). Em paralelo, o comportamento alimentar poderá associar-se aos estilos de vida. Os hábitos alimentares constituem-se assim, como uma componente

fundamental de um estilo de vida saudável e, essenciais na prevenção de várias doenças crónicas graves (Andrade, 2002).

Actualmente nos países desenvolvidos, é a época da supremacia do *fast food* e do excesso de oferta alimentar que influenciam as pessoas. Como tal, e uma vez que a oferta disponível nem sempre é a mais adequada, muitas pessoas adoptam comportamentos desajustados que podem favorecer o aparecimento de distúrbios alimentares. (Morgado, 2004).

De acordo com Fairburn e Harrison (2003), as perturbações do comportamento alimentar têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, podendo expressar-se por episódios de restrição alimentar, pela prática excessiva de exercício físico ou, em último caso, assumir uma forma patológica como são os casos da *anorexia* e da *bulimia nervosa*.

Da mesma forma, Padez et al. (2004) salientam que, comparativamente com outros países da Europa, a taxa de excesso de peso e *obesidade infantil* em Portugal é bastante alta. Ou seja, uma em cada dez crianças portuguesas entre os 7 e os 9 anos de idade é obesa e 20% tem excesso de peso, colocando o país em segundo lugar no ranking europeu (cit. por Monteiro & Pires, 2008).

Principalmente na fase inicial da adolescência, talvez por não ter estabelecido adequadamente sua *imagem corporal*, o jovem pode apresentar inúmeras dificuldades em estabelecer prioridades relacionadas com comportamentos protectores para a sua saúde (Feijó & Oliveira, 2001).

São portanto, vários os autores que salientam a faixa etária infantil como um período fundamental na aquisição de hábitos alimentares, mais ou menos saudáveis bem como, o possível início de distúrbios ao nível do comportamento alimentar (Westenhofer, 2002; Andrade, 2002; Claus et al, 2006). Deste modo, a promoção de uma alimentação saudável na infância revela-se como uma área de intervenção prioritária (Andrade, 2002).

Ao longo dos anos tem-se vindo a assistir a um aumento significativo do diagnóstico desta doença quer para a *anorexia nervosa* quer para a *bulimia*. Contudo, é óbvio que hoje em dia existem mais pessoas na televisão, nos filmes, que são extremamente magras. Isto poderá não ter sido ideia das indústrias de entretenimento,

mas sem dúvida que eles têm influência na ideia que as pessoas têm de ser magras e da sua imagem corporal (Bui, 2007).

### Distúrbios Alimentares: Epidemiologia

Wilhelm & Clarke (s.d) referem que, as *perturbações do comportamento alimentar* são as terceiras mais comuns nas jovens adolescentes, depois da *obesidade* e da asma.

Estas perturbações são apenas evidentes na prática clínica, acompanhadas de uma enorme insatisfação com a imagem corporal nomeadamente, nos países desenvolvidos onde a comida abunda e é utilizada para lazer, conforto e prazer; ao mesmo tempo que, os estilos de vida são altamente sedentários. Como consequência, assiste-se também a um aumento da população com *excesso de peso* (Wilhelm & Clarke, s.d.).

### Anorexia e Bulimia Nervosa

As principais *Perturbações do Comportamento Alimentar* são: a *Anorexia Nervosa* e a *Bulimia Nervosa*. Inicialmente, estas perturbações eram consideradas como próprias do sexo feminino (mulheres caucasianas, de estratos sociais altos). Estas condições têm-se observado cada vez mais precocemente nos países desenvolvidos e, não se encontram exclusivamente relacionadas com mulheres, embora a ocorrência seja mais elevada nestas.

A *Anorexia Nervosa* caracteriza-se por uma restrição alimentar severa, da qual resultam complicações que conduzem a uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e que, por vezes, pode até conduzir à própria morte (Torres & Guerra, 2003).

Estas raparigas demonstram um medo extremo em ganhar peso, coexistindo uma distorção da imagem corporal. As raparigas com *anorexia nervosa* resistem em manter um peso mínimo e estrutura para a sua faixa etária e, insistem em ignorar os riscos de um peso muito baixo. Também recorrem com alguma frequência ao excesso de exercício

físico e como uma consequência, a menstruação torna-se irregular, com amenorreias prolongadas (Torres & Guerra, 2003).

Ao longo da história, as *perturbações do comportamento alimentar* ocorrem em diferentes meios culturais e atravessam muitas sociedades contemporâneas. A *anorexia nervosa* já foi descrita como uma possível “síndrome de fronteiras culturais”.

As *perturbações do comportamento alimentar* são de facto, mais prevalentes em meios culturais urbanos. A compreensão do papel cultural no desenvolvimento de uma *perturbação do comportamento alimentar* sugere que se adoptem determinados princípios e guias de tratamento e intervenção preventiva, especialmente devido ao enorme crescimento dos números que apontam os doentes de raça caucasiana como os mais afectados por estas perturbações.

Em primeiro lugar, é urgente que o reforço de valores e crenças tradicionais, nomeadamente os que promovam a auto-estima e o auto-conceito, podendo incluir um reforço da identidade étnica e centrar a imagem corporal no contexto da auto-estima. Este ponto de vista enfatiza o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes, para capacitar os clínicos no trabalho com culturas diferentes e com as crenças que lhes são inerentes.

Outro dos ênfases que deverá ser colocado no tratamento e na prevenção destas perturbações, será o de identidade feminina, tendo em conta a definição do papel social que desempenham, sentido de identidade e ideais de atractividade. Isto poderá ser efectuado através de programas educacionais dirigidos a este público-alvo, modelagem e criar padrões de beleza saudáveis e realistas (Miller & Pumareiga, 2001).

Acredita-se que a anorexia nervosa possa iniciar-se por volta dos 4 anos de idade. A anorexia nervosa na infância deverá preencher os critérios para os adolescentes, ou os adultos, com a excepção de que nas crianças a diminuição da quantidade de gordura corporal, e a perda de peso de 25%, não são critérios necessários (Goodman, Blinder, Chaitin & Hagman, 1998).

Os padrões familiares da anorexia nervosa infantil não foram tão bem estudados. As características estruturais da família, encontrada na anorexia nervosa dos adolescentes, são a rigidez, a ausência de resolução de conflitos e a triangulação e parecem também estar presentes nas famílias de crianças com esta perturbação.

Muitas crianças com anorexia nervosa apresentam sinais de depressão. Estes sentimentos poderão ser um resultado da incapacidade para pedir ajuda e do sentimento de ausência de capacidades para efectuar determina acção e um espelho dos comportamentos e atitudes familiares.

Tal como na anorexia dos adolescentes e dos adultos estas crianças deverão ser vigiadas, pois verifica-se um mesmo desconforto quando ganham peso, o excesso de actividade deverá ser monitorizado e controlado para evitar a perda de peso.

Uma das técnicas de intervenção muito eficaz com estas crianças é a ludoterapia, uma vez que as crianças nestas idades são muitas vezes incapazes de verbalizar sentimentos, não tendo ainda desenvolvida a maturidade emocional e cognitiva (Goodman et al., 1998).

De acordo com Goodman et al. (1998), os primeiros a descrever a anorexia nos rapazes foram Morton e Gull. A anorexia nervosa nos rapazes constitui apenas 6% dos casos observados na clínica. Muitas vezes o diagnóstico não é efectuado pois tanto os médicos como as próprias pessoas não estarem sensibilizados que esta problemática poderá ocorrer em ambos os sexos.

A idade de início apontada para a anorexia masculina situa-se abaixo dos 17 anos de idade até aos 24 anos. As manifestações clínicas são similares ás da anorexia feminina, contudo alguns autores verificaram pequenas diferenças, nomeadamente baixo nível sócio-económico, medo da competição, fraco sucesso académico e vocacional. A anorexia nervosa também pode surgir após os 25 anos de idade. O indivíduo mais velho diagnosticado com esta perturbação apresentava 68 anos de idade, com história prévia de perturbação do comportamento alimentar.

Os factores precipitantes incluem a multiplicidade de intervenções cirúrgicas, stress posterior ao nascimento de um filho ou após o casamento ou a morte do conjuge. Também o abuso sexual poderá estar envolvido no desenvolvimento da anorexia em mulheres mais vulneráveis.

Foram descritos diversos modelos que procuram caracterizar o início desta perturbação nestas idades, sendo o mais comum aquele em que o doente apresenta uma perturbação crónica do comportamento alimentar ou hábitos de alimentação peculiares

que juntamente com o *stress* originam uma conjuntura de sintomas de expressão clínica da anorexia nervosa (Goodman et al., 1998).

Nas raparigas com bulimia nervosa existe uma compulsão para comer excessivamente durante curtos períodos e em seguida, para evitar o ganho de peso, induzem o vómito, usam laxantes, diuréticos, medicamentos ou exercício físico excessivo. Estes comportamentos são realizados às escondidas, em sigilo, pois causam vergonha aos sujeitos. Na bulimia nervosa o peso mantém-se, geralmente, dentro dos parâmetros normais, o que não ocorre na anorexia nervosa.

Talvez mais do que em qualquer outra perturbação do comportamento da criança e do adolescente, a detecção precoce das perturbações do comportamento alimentar é fundamental. Têm sido muitas as evidências de que, quanto mais cedo forem as intervenções terapêuticas administradas, melhor será o prognóstico a longo prazo.

Devem avaliar-se os padrões alimentares em pré-adolescentes ou adolescentes e a satisfação com a aparência física. Muitas adolescentes demonstram uma preocupação excessiva com o seu peso, mas esta observação isolada não será suficiente para efectuar o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar. Contudo, essas adolescentes apresentam um risco acrescido de desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar e devem ser devidamente acompanhadas, pois tendem a esconder os sintomas das doença e a negar que têm um problema (Grillo & Silva, 2004).

As percentagens de anorexia e bulimia nervosa nas mulheres está a aumentar, bem como o numero de homens de necessitam de tratamento, sendo que as idades apontadas são cada vez mais novas. Verifica-se uma dicotomia entre a ideia social da figura magra e a mais típica. Os motivos pelos quais isto ocorre devem-se à pressão dos media de que se tem de ser magro, aos modelos familiares de alimentação e exercício e ao consumo de alimentos pouco ricos em nutrientes. As restrição alimentar conduz a um padrão repetitivo de auto-privação, que poderá resultar em compulsão alimentar, ganho de peso e deteriorar a auto-imagem (Derenne & Beresin, 2006).

Os estudos clínicos e epidemiológicos mostram de forma consistente que a maioria das pessoas com anorexia ou bulimia nervosa experienciam uma ou mais

perturbações da ansiedade, sendo que a perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social e fobia específica são as mais comuns. Outras perturbações da ansiedade, tal como a perturbação de stress pós-traumático e a ansiedade generalizada, parecem ser menos comuns (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004).

Também foram realizados estudos no âmbito escolar e com o objectivo de promover o consumo de alimentos pobres em gorduras, são sugestivos de que o aumento da disponibilidade deste tipo de alimentos bem como a redução dos seus custos e promoções dos mesmo, constituem-se estratégias eficazes com vista ao aumento da preferência por alimentos mais saudáveis. Assim sendo, é aconselhável que a intervenção face à obesidade infantil se efectue numa fase precoce (Batista et al., 2007).

Assim sendo, a influência dos factores culturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, tais como a anorexia e bulimia nervosa, tem sido amplamente estudada, uma vez que estas síndromes são sem dúvida os mais prevalentes nas sociedades industrializadas e são de longe mais comuns nas mulheres que nos homens (Keel & Klump, 2003).

Para além da anorexia e da bulimia nervosa, outro potencial tipo de perturbação do comportamento alimentar, que tem recebido bastante reconhecimento, é a Perturbação de Ingestão Compulsiva (*Binge-Eating Disorder*). Nesta perturbação, o indivíduo ingere de forma compulsiva quantidades excessivas de comida, sem utilizar comportamentos compensatórios para eliminação da comida, tal como a purgação.

Estes indivíduos desenvolvem com frequência obesidade e todos os problemas de saúde inerentes a esta doença. Contudo, não podemos afirmar que toda a obesidade é secundária à Perturbação de Ingestão Compulsiva (Miller & Pumareiga, 2001).

### Binge Eating

Apesar da grande evidência de que as perturbações do comportamento alimentar estão presentes durante a adolescência, ainda pouco se sabe acerca da ingestão compulsiva e da perturbação de ingestão compulsiva na população pediátrica. A

investigação com crianças e adolescentes focou-se primariamente na anorexia e na bulimia nervosa (Marcus & Kalarchian, 2003).

O comportamento de dieta alimentar não é só baseado na sensação de fome, mas na premissa de que se está “demasiado gordo” e que ao perder peso o problema será resolvido. Assim, o efeito mais insidioso da dieta é a interferência da percepção normal de que se tem fome ou dos sinais de saciedade. Para ter sucesso, um indivíduo que se encontra em dieta terá de eliminar estes sintomas, ou seja procurar não comer quando tem fome e parar de comer em resposta a sinais arbitrários antes de estarem saciados.

Contudo, para quem faz dieta esses sinais arbitrários são mais difíceis de gerir quando se encontram em fases de maior *stress* ou depressão, altura em que poderá ocorrer um descontrolo do comportamento alimentar restritivo.

Quando fazem dieta, as raparigas tendem perceber de forma errónea o seu tamanho, enquanto que, os rapazes estão mais propensos a experienciar um período de obesidade apresentando maiores taxas de conflitos de identidade/género.

É medida que, estes sujeitos aprendem a não comer quando têm fome, outros comem quando não têm fome. Os mesmos autores consideraram como um reflexo de um mecanismo de *emotional eating*, onde a comida funciona como um factor de compensação que irá acalmar os sentimentos de vazio, *distress* ou ansiedade, no contexto da baixa auto-estima, capacidades interpessoais empobrecidas e dificuldades interpessoais.

A ingestão compulsiva é uma forma de conforto alimentar na qual o indivíduo perde o controlo sobre a sua dieta alimentar. Isto processa-se através de um ciclo vicioso onde a ansiedade e a baixa auto-estima conduzem a esforços insustentáveis para restringir a alimentação, que por sua vez leva á ingestão compulsiva (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Em suma, a adolescência envolve diversos desenvolvimentos que têm impacto no comportamento alimentar, tais como a puberdade, mudanças corporais, novos sentimentos afectivo-sexuais e comportamentos de risco. Um aumento substancial na ingestão das comumente chamadas “comidas de plástico” (*fast food*) e consumo de álcool, durante a adolescência podem conduzir a obesidade, principalmente se não houver prática de exercício físico. Muitas raparigas deixam de praticar exercício físico durante os

anos do secundário, enquanto que os rapazes aumentam a frequência de exercício físico. O exercício melhora o humor e diminui o apetite, contudo também se pode tornar patológico (Wilhelm & Clarke, s.d.).

### Obesidade Infantil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde existe um bilião de pessoas em todo o mundo com excesso de peso, das quais metade sofre de obesidade.

Em Portugal este problema afecta cerca de 51,6% dos adultos e 31,56% das crianças na faixa etária dos 7 aos 9 anos. Alertando para o facto de Portugal se situar entre os países com maior número de crianças com excesso de peso, a Comissão Europeia lançou em 2005 uma campanha com vista ao combate do excesso de peso e da obesidade infantil (Batista, Paulino & Calheiros, 2007).

Os factores individuais para as perturbações do comportamento alimentar incluem o sexo feminino, a vulnerabilidade genética, a história familiar de perturbações psiquiátricas, a obesidade pré-morbida, perfeccionismo e estilo de personalidade obsessivo, famílias e sistemas sociais disfuncionais, perturbação obsessivo-compulsiva, precedentes de perturbação depressiva, perturbação da personalidade *borderline* e história prévia de abuso sexual. Os factores precipitantes podem incluir comentários acerca da forma corporal ou baixa na auto-estima relacionada com processos de dieta, viver em casa, idade de início da puberdade, iniciação de relacionamentos íntimos, perda e doença (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Os maiores preditores da obesidade do adulto são o excesso de peso dos pais e ter tido excesso de peso durante a infância. Contudo, os mecanismos específicos que promovem o excesso de peso nestas crianças permanece por esclarecer ou pouco definido. Entre os factores genéticos e ambientais que sublinham a propensão para o ganho de peso, os fenótipos comportamentais e psicológicos poderão ser importantes alvos de estudo uma vez que são passíveis de ser modificados (Kraff et al., 2007).

São diversos os factores de risco identificados na problemática da obesidade, dos quais se destacam a alimentação hipercatólica e o sedentarismo. No século 20 sofreu uma

alteração nos padrões de alimentação, caracterizados por uma dieta rica em gorduras, açúcar, alimentos refinados, e reduzida em hidratos de carbono complexos (Batista et al., 2007).

A preocupação com o peso é prevalente entre a população de adolescentes, em que os jovens com excesso de peso relatam níveis elevados de preocupações relacionadas com o peso, quando comparados com os seus pares de peso igual. Os estudos longitudinais têm encontrado fortes associações entre as preocupações com o peso e os comportamentos alimentares perturbados, incluindo a purgação e a ingestão compulsiva (Haines, Sztainer, Eisenberg & Hannan, 2007).

Para além dos problemas de saúde física, podem surgir diversas consequências bastante importantes e prolongadas para o indivíduo com obesidade, de ordem psicossocial: auto-estima e auto-confiança negativas, sintomas de depressão e ansiedade, alterações do comportamento alimentar, discriminação e isolamento social (Martins & Aguiar, 2005).

Uma vez que, Portugal apresenta das taxas mais elevadas de obesidade infantil e juvenil da Europa, sendo que cerca de 30% dos adolescentes apresentam excesso de peso, importa que a comunidade e os seus recursos assumam a responsabilidade de promover condições educacionais, físicas e alimentares adequadas à consecução desta tarefa desenvolvimentista com sucesso (Kohn e col., 2006).

### Distorção da Imagem Corporal

Os ideais de magreza socialmente aceites, perpetuados pelas imagens dos média, providenciam uma imagem distorcida no auto-controlo, no físico e na atractividade física, nas jovens mulheres. Ao mesmo tempo estas jovens apresentam um aumento do *stress* relacionado com as expectativas sociais de que tem o poder para fazer qualquer coisa. Os jovens rapazes também se encontram numa fase de maior pressão social em torno de uma melhor imagem corporal e o papel emergente das mulheres na sociedade tem criado um

impacto no sentido de identidade destes jovens e nas suas oportunidades de carreira (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Também é claro que os adolescentes demonstram diferenças significativas ao nível dos sexos e da raça, para as percepções de peso e comportamentos de dieta. Contudo, factores familiares e sociais, tais como o peso dos pais, a educação e o nível sócio-económico, também poderão influenciar a percepção que as adolescentes têm do seu peso e da dieta (Strauss, 1999).

Forbush et al (2007) salientaram que, o *Perfeccionismo* desempenha um papel de relevo em diversas *perturbações psicológicas*, incluindo a *depressão* e as *perturbações da ansiedade* e, tem sido foco de atenção, no que concerne ao estudo das *perturbações do comportamento alimentar*. O *Perfeccionismo* representa um precursor para, e uma característica de, fases agudas de determinada *perturbação dos comportamento alimentar*.

De acordo com os mesmos autores, apesar de o *Perfeccionismo* encontrar-se implicado na etiologia das *perturbações do comportamento alimentar*, também foi considerado como um factor risco específico para o desenvolvimento da *anorexia nervosa* e *bulimia*, mas não para a *perturbação de ingestão compulsiva*.

Não existe qualquer dúvida que muitas das raparigas adolescentes que se consideram com excesso de peso de facto não o estão.

### Comportamento Alimentar na Infância

De acordo com Byrd-Bred-benner et al (1993), os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil (cit. por Andrade, 2002).

Perry et al (1994) salientaram que, o comportamento alimentar infantil pode ser avaliado através da observação dos *factores individuais, comportamentais* e do *meio envolvente* da criança. Os *factores individuais* estão relacionados com os *traços* de personalidade, as *cognições*, o *domínio dos afectos* e, incluem também a percepção de

auto-eficácia, o conhecimento, o significado funcional dos alimentos bem como, a imagem corporal percebida (cit. por Stevens et al, 1999).

No mesmo sentido, os autores consideraram como *factores comportamentais* aqueles que afectam directamente as acções e, incluem o repertório comportamental, as intenções e as capacidades comportamentais da própria criança. Por fim, os *factores do meio envolvente* encontram-se directamente relacionados com as influências familiares, nomeadamente as influências parentais; a influência dos pares; bem como, o suporte e as normas sociais.

As crianças e adolescentes com problemas ao nível da saúde mental têm um risco acrescido de desenvolverem outras perturbações na sua vida futura. Os problemas escolares, é um dos problemas mais estudados.

O desenvolvimento de dificuldades académicas é multifactorial. Tem sido identificada como um dos factores de risco que podem levar ao fraco desempenho na escola, a directa associação entre os maus-tratos infantis ou a exposição a violência quer em casa ou na escola. Contudo existem crianças, que conseguem ultrapassar com sucesso estas situações e que são capazes de se sentirem bem no contexto escolar (Aviles, Andreson & Davila, 2006).

Tem sido também evidente a relação entre a vitimização pelos pares na infância e os resultados ao nível psicológicos nas crianças. As vítimas de *bullying* relatam com frequência, níveis elevados de depressão, ansiedade social e solidão e, os professores referem que normalmente as vitimas são as menos populares da escola (Storch, Milson, DeBraganza, Lewin, Geffken & Silverstein, 2006).

Assim, havendo necessidade de alterar a conduta alimentar infantil, qualquer tipo de intervenção funcional nesta área deverá ter em consideração a pertinência de todos os factores (cit. por Stevens et al, 1999).

#### Aquisição de Hábitos Alimentares numa Perspectiva Desenvolvimentista

De acordo com Vila et al. (2004), Bruch e Touraine foram os primeiros autores a mostrar interesse no funcionamento psicológico das crianças e adolescentes obesos.

Desde essa altura que diversos autores procuram descrever as características psicopatológicas nestas crianças, mas poucas foram as investigações realizadas com base numa avaliação estandardizada ou utilizando métodos com grupo de controlo.

Os autores referem ainda que, de acordo com Dreyfus 25% das crianças obesas não têm qualquer tipo de problemas psicológicos, 58% não apresentam qualquer perturbação da personalidade que seja severa, 15% tinham perturbação da personalidade e 2% apresentavam sintomas psicóticos. Mas em contrapartidas os autores mencionam que no estudo de Renman et al., não foram encontradas diferenças para a auto-estima, capacidades sociais e questionários de avaliação mental, entre os adolescentes obesos e com peso normal.

Vila et al. (2004), referem ainda que, em estudos mais recentes foram encontradas mais perturbações constantes no DSM-IV para adolescentes com obesidade. Enquanto que uns autores identificaram mais sintomas depressivos e baixa auto-estima nos jovens adolescentes com obesidade, outros não identificaram estas diferenças.

Existe um consenso para o facto da categoria que envolve o *distress* emocional possa ser subdividida em domínios de perturbação mais específicos (Lovibond, 1998).

De acordo com Lovibond (1998), qualquer modelo de síndromas emocionais negativos deverá ter em conta duas observações empíricas de extrema importância. Em primeiro lugar, os sintomas emocionais são de certa forma instáveis no tempo, mesmo na ausência de tratamento e em segundo lugar, existe uma considerável comunalidade entre os diferentes síndromas emocionais e foram estes factos, que levaram ao desenvolvimento do *stress*.

Ao longo dos tempos têm sido vários os autores (Steiner, 1977; Rosenstein & Oster, 1988) que, salientam uma preferência inata dos bebés recém-nascidos por paladares doces, em detrimento de sabores azedos e amargos (Westenhofer, 2002).

Numa perspectiva desenvolvimentista, Westenhofer (2002) refere então, a possibilidade de conceptualizar estas preferências inatas em funções biológicas, que sugerem uma maior disponibilidade para a ingestão de hidratos de carbono e que, podem reforçar uma predisposição para o consumo do leite materno desde a nascença.

Com base nos trabalhos clássicos de Clara Davis (1928; 1939), tornou-se também possível conjecturar desde cedo a hipótese de que, os seres humanos possuem um sistema

biológico na infância que os capacita nutricionalmente e de forma adequada para uma selecção alimentar adequada, pelo menos quando uma variedade de alimentos saudáveis está disponível (cit. por Westenhoefer, 2002).

Como tal, Westenhoefer (2002) salienta como estas descobertas mostram que a ingestão alimentar por parte dos seres humanos no início das suas vidas está, pelo menos parcialmente, controlada por sistemas biológicos inatos.

Não obstante, torna-se pertinente salientar que, desde muito cedo estas predisposições inatas tendem a ser modificadas e influenciadas através de um *processo de aprendizagem*. Pelo que, subsequentemente esta *aprendizagem* assume um papel preponderante no desenvolvimento da *preferência vs rejeição* alimentar (Rozin, 1989; Birch, 1989 cit. por Westenhoefer, 2002).

Neste contexto e, do ponto de vista da *educação nutricional* os profissionais de saúde ou professores intervenientes neste domínio, deverão então ter um conhecimento aprofundado do desenvolvimento cognitivo da criança, e das suas implicações na compreensão de conceitos e processos relacionados com a alimentação (Andrade, 2002).

Birch e colaboradores (1985, 1987) salientaram que, as crianças aprendem a associar as *consequências fisiológicas* da ingestão de comida com base nos sinais transmitidos através do paladar dos alimentos. Estes *processos de aprendizagem* poderão eventualmente resultar em *processos e estruturas cognitivas*, incluindo a aquisição de crenças e atitudes alimentares que, por sua vez, irão desempenhar um importante papel no controlo da ingestão alimentar nos adultos (cit. por Westenhoefer, 2002).

Como já foi referido anteriormente, a *Teoria Piagetiana* descreve o desenvolvimento de estruturas e processos cognitivos subjacentes à compreensão da realidade pela criança, o que inevitavelmente se reflecte na compreensão dos fenómenos relacionados com o comportamento alimentar (Andrade, 2002).

Uma vez que, as *estratégias educacionais* de nutrição nos grupos mais novos de idade, estão claramente limitadas pelo estágio de desenvolvimento cognitivo da criança, torna-se pertinente uma análise mais detalhada do mesmo (Westenhoefer, 2002):

No *período das operações concretas* a criança pode já utilizar operações mentais, operando sobre o mundo à sua volta já não apenas no concreto (característico do *período*

*pré-operatório*), mas em pensamento. A criança já consegue fazer classificações mais complexas, apesar de ainda não aceder a categorizações cujos critérios são abstractos.

Por este motivo, os quatro grupos alimentares vulgarmente ensinados no ensino básico, baseados na semelhança de nutrientes dos alimentos, são desajustados para este tipo de desenvolvimento. Em contraponto, a classificação dos alimentos (por exemplo, verduras, carne, peixe, frutas) é de fácil aquisição no início deste período, à excepção dos cereais que só mais tarde passam a ser referidos espontaneamente (Lytle et al, 1997 cit. por Andrade, 2002).

Nesta fase, as crianças começam a compreender que a comida é transformada no estômago, mas poucas têm consciência de como a partir daí os alimentos podem determinar efeitos no organismo (Contento, 1981). Isto implicaria a capacidade de compreender o processamento dos nutrientes, o qual só será atingido no final do período operatório concreto (Eiser, et al., 1983). Assim a criança percebe de um modo incipiente que os alimentos nutritivos têm um efeito positivo na saúde, sem saber como e porquê (cit. por Andrade, 2002).

De um modo geral, poderemos considerar que qualquer programa de educação nutricional para crianças tem como objectivo a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos que determinem escolhas alimentares mais saudáveis e informadas. Não obstante, é fundamental que os objectivos específicos sejam diferenciados em função do desenvolvimento cognitivo da população a que se destinam.

Os programas destinados às crianças do *período operatório concreto*, tendo em conta as novas competências cognitivas adquiridas, permitem trabalhar conteúdos mais complexos e abordar novas áreas. Ao contrário, por exemplo, do que é possível fazer-se com crianças mais novas, características do *período pré-operatório*.

Como tal, é importante promover na criança a consciencialização do controlo sobre o seu próprio bem-estar através da alimentação, incentivando-a a envolver-se no processo de decisão alimentar. É necessário ensinar competências comunicacionais que ajudem a criança a resistir às pressões do *meio envolvente*. Alertar as crianças para a influência da publicidade e dos *media* no comportamento alimentar é também uma tarefa fundamental em sociedades onde o visionamento de televisão ocupa um espaço significativo nas actividades diárias (Andrade, 2002).

De acordo com Frank (1994), no meio envolvente das crianças ocorrem processos de decisão muito importantes. As crianças tomam decisões sobre a comida e desenvolvem um espírito consumidor desde muito cedo. Nos Estados Unidos, cerca de 65% dos alunos do 4.º ao 8.º ano escolhem o seu próprio pequeno-almoço, 46% seleccionam o seu almoço e 74% os seus lanches. Aproximadamente 87% são responsáveis por cozinhar ou preparar algumas refeições, com cerca de 80% a prepararem o seu próprio pequeno-almoço.

As crianças estão também a desenvolver atitudes comportamentais acerca da alimentação e preocupações com a nutrição. 73% das crianças acima mencionadas preocupam-se com a gordura e com o colesterol. Cerca de 85% sentem que deveriam evitar as comidas altamente calóricas, enquanto que 77% sentem que nunca deveriam comer açúcar.

Também tem sido evidente que os indivíduos com história de perturbações do comportamento alimentar apresentam uma maior propensão para relatarem ter sido vítimas maus-tratos infantis, ou outra qualquer adversidade infantil ou relações problemáticas com os pais (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002).

## Parentalidade

A parentalidade é uma actividade comum da vida diária, mas também uma das mais complexas, difíceis e exigentes tarefas que um adulto é chamado a desempenhar (Trowell, 2002 cit. por Algarvio, 2006).

De acordo com Connel et al. (2005), a literatura sobre o desenvolvimento infantil indica que, as crianças são emocional e psicologicamente afectadas pelas experiências parentais ou dos seus cuidadores. A *ansiedade* e a *frustração* dos pais/cuidadores podem reflectir-se nas crianças.

No mesmo sentido, a *teoria da aprendizagem social* sugere que, a *modelagem* e a *aprendizagem por observação* influenciam o comportamento da criança (Bandura, 1998). Por exemplo, as crianças podem ser influenciadas quando têm que desempenhar papéis

parentais, nos quais tem que supervisionar os seus irmãos mais novos, aumentando a probabilidade de adoptarem os mesmos comportamentos alimentares protectores que vêem nos pais/cuidadores (Connel et al., 2005).

As estratégias de alimentação parental poderão desempenhar um papel no desenvolvimento de excesso de peso na criança, porque o excessivo controlo da alimentação da criança tem sido associado com uma pobre regulação alimentar, que por sua vez se encontra relacionada com o aumento de massa corporal.

### Comportamentos e Práticas Parentais

De acordo com Rutter (cit. por Pires, 2001; Francisco et al, 2007), entende-se por comportamento parental o conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interacções sociais, pedidos e comportamentos disruptivos, bem como dificuldades interpessoais.

Deste modo, o mesmo implica vários tipos de aptidões, que se manifestam na sensibilidade às solicitações da criança e na responsividade para as necessidades presentes em cada fase de desenvolvimento, na resolução de problemas, no lidar com adversidades e situações stressantes e na utilização de técnicas de disciplina (Francisco et al, 2007).

A forma como os pais exercem a sua função parental é bastante diversificada e essas variações influenciam o desenvolvimento da criança. Os modelos afectivos e de interacção que os pais utilizam para lidar com os filhos influenciam de modo significativo a forma como ela aprende e se relaciona com os outros. Os modelos parentais, as expectativas e os métodos educativos determinam largamente o repertório de comportamento da criança bem como, as suas atitudes e objectivos (Camacho & Matos, 2006).

Segundo Baptista (2000), os comportamentos e estilos parentais variam e influenciam de forma diversificada o desenvolvimento de determinadas características da criança/adolescente, o seu desenvolvimento social, cognitivo, emocional, filiação no

grupo de pares e desempenho académico, podendo actuar como factor de protecção mas também como factor de risco.

Também por este motivo, a maior parte das investigações referentes à educação da criança e às suas consequências, tem procurado identificar as características pelas quais os pais diferem, significativamente uns dos outros, características essas que têm sido relatadas como influentes nas diferenças que se verificam, a vários níveis, entre as crianças (Camacho & Matos, 2006).

Estudos sobre os estilos de relacionamento parental demonstram que qualquer dos extremos educativos (pais autocráticos ou muito permissivos) pode significar dificuldades acrescidas ao jovem e causas desequilíbrios (baixa autoconfiança e filhos dependentes e revoltados), sendo o estilo democrata de controlo parental (ambientes em que os pais se interessam pela vida dos filhos, discutem com eles as decisões a tomar e existe uma definição clara de limites) o que gera nos jovens sentimentos de maior competência social, autonomia e independência (Linares, Pelegrina & Lendinez, 2002).

O desenvolvimento equilibrado da criança depende portanto, do comportamento parental ou seja, das estratégias de *coping* e respostas dos pais às necessidades específicas da criança e das intervenções que dirigem a estes. Quanto maior for a sensibilidade dos pais, maior equilíbrio terá o desenvolvimento da criança. Uma mãe contingente é aquela que responde de modo rápido, consistente e apenas perante certos comportamentos do bebé, em vez de responder indiscriminadamente (Francisco et al, 2007).

Assim, as relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente, tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na infância e na adolescência (Branje, Van Aken & Van Lieshout, 2002), assumindo um papel decisivo no ajustamento psicossocial, na saúde mental, no desenvolvimento de competências psicossociais e em *comportamentos de saúde* dos jovens (Ardelt & Day, 2002).

## Práticas Parentais e Comportamento Alimentar

Estabelece-se, em torno da alimentação, o eixo de interação mais precoce entre a mãe e a criança, eixo que constituirá o núcleo de referência dos diversos estádios do desenvolvimento posteriores (Marcelli, 2005).

Desta forma, os pais desempenham então, um papel preponderante na modelagem das experiências alimentares precoces da criança, através das suas atitudes e práticas alimentares (Birch et al 2000; Golan & Crow, 2004b; Hodges, 2003), pelo que os estilos de parentalidade têm vindo a ser implicados no desenvolvimento dos padrões alimentares da criança (Bodhani, 2006).

O conhecimento parental acerca da nutrição, a sua influência na selecção da comida, estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares e níveis de actividade física, todos influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis da criança, contribuindo para um peso normal ou para a obesidade (Lindsay et al, 2006).

Hodges (2003) refere também a importância da percepção que os pais têm do peso da criança e das conseqüentes implicações na saúde física e mental da criança.

No mesmo sentido Johnson et al (2002), salienta a parentalidade como um importante mediador na aquisição de práticas de alimentação saudáveis. Estes autores referem *comportamentos parentais desadaptados*, tais como: a coacção de regras, argumentos discrepantes entre os pais, as aspirações educacionais maternas para a criança, a possessividade materna, o uso materno dos *sentimentos de culpa* da criança para poder exercer um maior controlo sobre ela, as dificuldades maternas no controlo da cólera/raiva em relação à criança, os comportamentos narcóticos/dependentes de substâncias dos pais, a assistência/ausência paterna e auxílio da mãe face aos cuidados para com a criança, o cumprimento/satisfação das regras parentais, e o abuso materno.

Este tipo de comportamentos pode associar as más experiências infantis, ou vários traumas resultantes da infância, com o progressivo desenvolvimento de perturbações alimentares (cit. por Mountford et al, 2007).

Desta forma, e no caso específico materno, para além de todos *comportamentos desadaptados* já referidos, sendo as mães geralmente as prestadoras dos cuidados básicos

na alimentação desde da concepção de vida dos seus filhos, torna-se pertinente referir que existem vários estudos na literatura internacional que remetem para distúrbios e desequilíbrios precoces na relação mãe-criança como um dos múltiplos factores associados à ocorrência de sintomas de *anorexia* e de *bulimia nervosa* (Bruch, 1973 cit. por Schmidt, 1997).

Stein e colaboradores salientam que *mães* com psicopatologia alimentar não evidenciam insatisfação pelo corpo das crianças, nem demonstram preferir crianças de *percentil* inferior. Contudo, a presença de psicopatologia alimentar surge vulgarmente associada a mães significativamente mais intrusivas, que expressam mais emoções negativas nas interações com a criança durante as refeições (Blisset, J. & Meyer, C., 2006).

Também no caso da obesidade por exemplo, parece que a educação materna tem uma maior influência do que a educação paterna. Uma das explicações apontadas neste contexto está relacionada com o facto de as crianças passarem geralmente mais tempo com a mãe do que com o pai (Morgado, 2004).

Talvez por este motivo, alguns autores salientam que as mães devem assumir um papel especialmente importante no desenvolvimento do controlo de ingestão de comida dos seus filhos, nomeadamente no desenvolvimento de dietas e problemas alimentares (Birch, L. & Fisher, J., 2000).

Um estudo realizado por Alves & Mendonça (2006), concluiu que as características maternas contribuem determinantemente na atitude/comportamento face à saúde proporcionada à criança, o que salienta também a importância do papel materno face à aquisição de comportamentos de saúde por parte das crianças, como é o caso de um comportamento alimentar adequado.

No que diz respeito à avaliação da discrepância entre os pontos de vista das crianças e dos pais relativamente ao seu comportamento alimentar, o estudo de Blazencic-Mladenovic et al. (2006) mostrou que, no caso das crianças com peso normal havia uma equivalência entre as duas perspectivas, sendo as diferenças mais acentuadas à medida que o peso das crianças aumentava.

### Distúrbios Alimentares e Parentalidade: Potenciais Factores de Risco na Infância

Com base numa vasta pesquisa bibliográfica, é possível constatar que existem inúmeros factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Jacobi et al (2004), salienta as *características demográficas* (como o género, a idade, a etnia, o estrato sócio-económico), as *características psicossociais* (como é o caso da preocupação com o peso, da imagem corporal distorcida e negativa, das experiências na infância em torno da comida, de uma baixa auto-estima) e as *variáveis biológicas* (por exemplo, o excesso de peso na infância), como factores que aumentam a predisposição para a ocorrência e a prevalência de distúrbios alimentares (cit. por Striegel-Moore, 2007).

Na idade escolar, por exemplo, aumenta o consumo de produtos tipicamente associados à infância como, os refrigerantes, *hamburguers*, produtos de pastelaria doces e salgados, etc. (Viana, 2003). Pelo que, são estas idades de risco também idades adequadas para serem ensinados comportamentos saudáveis face aos mesmos comportamentos de risco (cit. por Viana, 2002).

Halvarsson et al (2002) referem que a preocupação com a imagem corporal bem como, o *desejo de ser magro* torna-se progressivamente, mais evidente na faixa etária dos 10 aos 14 anos principalmente no caso, das raparigas (cit. por Sancho et al, 2007). Outros estudos referem que, muitos adultos com perturbação de ingestão compulsiva, reportam o primeiro episódio de ingestão compulsiva aos 10 anos.

Da mesma forma, vários autores associam a obesidade na infância como um factor de risco para o desenvolvimento da perturbação de ingestão compulsiva na idade adulta assim como, o excesso de peso na infância aumenta a probabilidade da ocorrência na obesidade na idade adulta (Claus et al., 2006; Dietz, 1995 cit. por Jansen et al., 2007).

Por outro lado, Wertheim et al. (2002) referem que as influências sócio-culturais como é o caso, dos hábitos alimentares, são muitas vezes comunicadas pelos pais. Esta influência parental pode acontecer através da *modelagem* uma vez que, se encontram várias semelhanças entre as atitudes e os comportamentos dos pais e das crianças face à alimentação, ou através da *comunicação verbal*. A influência da *comunicação verbal* dos

pais torna-se demasiado evidente quando por exemplo, estes encorajam a criança na perda de peso.

Vários estudos apontam no sentido da perda de peso das crianças aquando do reforço parental. Contudo, em termos da percepção do comportamento alimentar vários estudos apontam no sentido de um baixo grau de concordância entre aquilo que os pais percebem e a informação que retêm sobre alguns episódios alimentares dos seus filhos, e a percepção das crianças do seu próprio comportamento alimentar (Claus et al, 2006).

#### Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar: Infância e Parentalidade

De acordo com Telch (1997), muitos investigadores conceptualizam os distúrbios alimentares como alterações do humor que usam estratégias de regulação específicas relacionadas com a alimentação e com o corpo (como por exemplo, a *dieta*, comportamentos purgativos, exercício físico, entre outros) como técnicas com o objectivo de diminuir o afecto e as alterações evidenciadas sem qualquer prazer (cit. por Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Existem, de facto, inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar, de tal forma que, alguns estudos remetem para a ideia de algumas perturbações do humor funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o *comportamento alimentar* (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Neste sentido, Van der Kolk & Fisler (1994) referem que o comportamento alimentar pode funcionar como uma estratégia de gestão de fortes emoções o que por sua vez, pode hipotetizar a existência de uma relação entre os níveis emocionais (elevada *ansiedade*, agentes *stressores* externos) relacionados com o abuso e a negligência na infância e, a consequente patologia alimentar (Kent et al, 1999 cit. por Mountford et al, 2007; Mountford et al, 2007).

Gilboa-Schechtman et al. (2006), encontraram elevados níveis de *depressão*, *estado e traço de ansiedade*, relacionados com perturbações do comportamento

alimentar. A depressão e a ansiedade podem preceder o distúrbio alimentar, ocorrer simultaneamente ou no *follow-up* tornando-se assim, evidente a correlação existente.

Alguns estudos mostraram que, um momento de fraqueza emocional causada por emoções negativas, fadiga e outros possíveis stressores, podem causar um repentino episódio de *ingestão compulsiva* contínua e, uma consequente perda do controlo alimentar (Claus et al, 2006; Striegel-Moore, 2007).

Um estudo recente (Burton, 2007) salienta que, as intervenções que têm como objectivo uma diminuição do afecto negativo (exemplo, *stress*), tem um efeito positivo nos sintomas de natureza *bulímica*. Andrade (1995) afirma que um elevado nível de *ansiedade* pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente encobre dificuldades internas, afectivas e relacionais, o que requer uma intervenção psicológica urgente.

Kahtalian (1992) considera que o acto de comer, para os obesos, é sentido como tranquilizante, como uma forma de centrar a *ansiedade* e a angústia no corpo, estando também relacionado com dificuldades de lidar com a frustração e com os limites (cit. por Cataneo et al, 2005).

Neste contexto, Raffin (2002) salienta a importância das estratégias de intervenções psicológicas no tratamento da obesidade, uma vez que alguns pacientes obesos referem que o seu comportamento impulsivo para comer desencadeia-se por alterações do humor, tais como *depressão* e *ansiedade*. Outros obesos referem que os sentimentos de tensão são aliviados após a ingestão de alimentos.

A *depressão* tem sido associada à obesidade, pois tem-se verificado a presença de *sintomas depressivos* em pacientes que procuram tratamento para esta doença (Fandinó et al., 2004; Souza & Santos, 2006).

De acordo com Jeffrey et al (1992), o desagrado com o próprio corpo e o estigma da obesidade leva algumas pessoas a envolverem-se em dietas, apresentando sinais de depressão e, atravessando fases cíclicas de perda e ganho de peso, o chamado efeito “yo-yo”, o que em qualquer dos casos representa um risco para a saúde (cit. por Viana, 2002).

Contudo, os dados da literatura não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. Alguns autores referem quem nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo. Estes sentimentos seriam mais

comuns nos sujeitos cujo início da obesidade ocorreu na infância, cujos pais e amigos depreciam a sua imagem corporal (Stunkard & Wadden, 1992).

O distúrbio da imagem corporal, que se poderá desenvolver na adolescência, pode representar uma internalização de censura dos pais e pares, e persiste com a contínua desvalorização (cit. por Cataneo et al, 2005).

Salientando a importância de que um distúrbio da imagem corporal pode potenciar-se durante a adolescência, torna-se pertinente referir que a idade constitui-se assim, como um factor de risco. Neste sentido, um estudo realizado por Passos & Machado (2002), intitulado *Eventos Depressivos na puberdade*, revelou que a frequência mais elevada de *sintomas depressivos* coincidiu com os 11 e 12 anos, fundamentando-se assim a importância da faixa etária.

Corcos et al. (2000) concluiu que o aumento das taxas de *alexitimia* nos anorécticos quando comparadas com os bulímicos, estava mais intimamente relacionado com a *depressão*, do que com um aumento do modo de funcionamento *alexitimico* em si mesmo (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Em termos dos comportamentos parentais nomeadamente dos maternos, e como também já foi referido, de facto as dificuldades no controlo das suas emoções e/ou as próprias *alterações psicoemocionais* da mãe, podem influenciar negativamente a adopção de comportamentos alimentares saudáveis por parte das crianças. Ou até mesmo, constituir um dos factores de predisposição para a ocorrência de *dificuldades emocionais* e distúrbios na alimentação dos seus filhos (Mountford et al, 2007).

No âmbito particular do *stress parental*, vários autores têm demonstrado que os pais de crianças com doenças crónicas (como é o caso da obesidade), experienciam um maior número de áreas de stress parental, comparativamente com os pais de crianças saudáveis (Santos, Ataíde & João, 1996; Santos, 2002).

No estudo efectuado por O'Brien et al. (2007), procurou-se avaliar a efectividade da terapia de grupo de base cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações da ansiedade na infância, durante um período inicial de 12 semanas seguidas de um mês de *follow-up*.

Os autores concluíram que a terapia de grupo de base Cognitivo-Comportamental é bastante efectiva na redução de sintomas depressivos verbalizados pelas crianças, bem

como os da ansiedade. As crianças aumentaram ainda a auto-estima, relacionada com a sua própria auto-confiança perante os pares e empenho social e académico. Os pais destas crianças, afirmaram uma redução significativa dos sintomas de internalização das crianças, bem como dos problemas atencionais. Ainda assim, os pais não demonstraram alterações significativas nos seus próprios níveis de depressão, ansiedade ou *stress* (O'Brien et al., 2007).

Schniering, Hudson e Rapee (2000), concluíram da sua revisão de literatura que os estudos suportam a validade das perturbações da ansiedade com um todo, mas suportam parcialmente a diferenciação entre perturbações específicas da ansiedade nas crianças. As medidas utilizadas para avaliar os sintomas ansiosos nas crianças fornecem informação específica acerca de alguns dos sintomas, contudo são pobres na validade discriminante e ausência de sensibilidade para os diferentes níveis de desenvolvimento.

Foi efectuado um estudo por Vila et al. (2004), cujo objectivo era o de avaliar a frequência de perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes com obesidade, identificar a correlação entre a psicopatologia e a gravidade da obesidade, explorar a relação entre as perturbações psiquiátricas, obesidade e psicopatologia nas crianças obesas.

Estes autores concluíram que 88 das crianças obesas apresentavam um diagnóstico do DSM-IV, sendo o mais frequente a perturbação de ansiedade. As perturbações psicológicas foram mais evidentes nas crianças cujos pais apresentavam algum tipo de perturbação. Não verificaram correlação significativa entre a gravidade da obesidade nas crianças ou nos pais e a frequência de perturbações psiquiátricas.

Os resultados do estudo efectuado por Gowers e Shore (2001), evidenciaram que as preocupações com o peso e vergonha, normalmente, precedem o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Estas preocupações incluem factores biológicos (e.g. alterações na percentagem de gordura corporal, nas raparigas, durante a adolescência, presença de obesidade), familiares (e.g. atitudes perante a alimentação e presença de perturbações do comportamento alimentar nos pais e irmãos, práticas de alimentação), e factores sócio-culturais (e.g. classe social, influência dos media). Apesar da preocupação com a imagem corporal estar frequentemente associada a dieta, os

autores encontraram poucos indivíduos que tivessem desenvolvido perturbações do comportamento alimentar anos depois.

Com o intuito de avaliar a associação entre as perturbações do humor no adulto e os traumas psicológicos na infância Zavaschi et al. (2006), desenvolveram um estudo cujos resultados permitiram apurar a existência de uma forte associação entre a violência exercida durante a infância e as perturbações do humor em adulto, nomeadamente em doentes maníacos.

As crianças e adolescentes expostas a situações de violência estão mais propensas a desenvolver problemas de saúde mental, com impacto nas suas capacidades para desenvolver apropriadamente as suas capacidades sócio-afectivas. Neste sentido, Aviles, Andreson e Davila (2006) desenvolveram uma revisão de literatura donde apuraram que muitas das crianças e adolescentes expostos a situações de abuso, negligencia e violência, estão em risco de desenvolvimento de situações que conduzem a dificuldades emocionais e sociais. Estas limitações criam um impacto negativo nas capacidades que o adolescente possui para negociar os seus papéis sociais enquanto estudantes, resultando em dificuldades académicas. Contudo, nem todas as crianças expostas a estas situações apresentam limitações académicas.

Existem poucos estudos que sugeriram que os factores psicológicos, entre eles o comer compulsivo, dietas, e os sintomas depressivos, possam predispor as crianças á obtenção de peso excessivo. Kraff et al. (2007), estudaram a relação entre as medidas psicológicas e as modificações na gordura corporal, durante um período em que as crianças estariam em risco de desenvolvimento de obesidade em adultas.

Os resultados deste estudo evidenciaram que tanto os *bnige eating* como os que faziam dieta aumentaram significativamente a gordura corporal. Nem os sintomas depressivos nem as atitudes perturbadas relativas à alimentação, foram considerados bons preditores. As crianças que apresentaram uma alimentação compulsiva ganharam, em média, 15% de massa corporal, quando comparadas com as crianças que não apresentavam este comportamento compulsivo.

Com o objectivo de determinar a frequência das perturbações da ansiedade e de que forma estas se relacionam com as perturbações do comportamento alimentar, Kaye et al. (2004) concluíram que a prevalência das perturbações da ansiedade em geral e na

perturbação obsessivo-compulsiva em particular, é muita mais elevada na anorexia e bulimia nervosa, quando comparadas com uma amostra normativa. As perturbações da ansiedade surgiam na infância, antes do início da instalação da perturbação do comportamento alimentar, confirmando que constituem um factor de vulnerabilidade no desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa.

A revisão de literatura efectuada por Marcus e Kalarchian (2003), sugere que a falta de controlo sobre a alimentação poderá ser um factor muito mais importante que a ingestão de uma grande quantidade de alimentos, no que concerne à ingestão compulsiva nas crianças.

Johnson et al. (2002) desenvolveram um estudo com o objectivo de investigar a associação entre as adversidades da infância e os problemas com a ingestão alimentar e com o peso durante a adolescência e início da idade adulta.

Os resultados evidenciaram que uma larga percentagem de adversidades infantis se encontravam associadas a um elevado risco de contrair perturbações de comportamento alimentar bem como problemas alimentares ou com o peso, durante a adolescência e início da idade adulta. O comportamento parental desadequado associou-se, unicamente, ao risco de perturbação do comportamento alimentar.

Assim sendo, os autores concluíram que as adversidades da infância contribuem para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, problemas com a alimentação e peso, que persistem até ao início da idade adulta. O comportamento parental desajustado poderá desempenhar um papel particularmente importante no desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

As perturbações do comportamento alimentar, incluindo a obesidade, são o maior problema de saúde pública da actualidade. Ao longo da história, a imagem corporal tem sido determinada por diversos factores, incluindo políticos e dos media. A exposição aos *mass media* encontra-se correlacionada com a obesidade e a auto-imagem negativa, o que poderá conduzir a uma perturbação do comportamento alimentar.

Derenne e Beresin (2006), desenvolveram um estudo cujo objectivo era o de explicar o contexto histórico deste problema e explorar algumas vias de mudança.

As autoras concluíram que os pais precisam delimitar a exposição dos filhos aos *mass media*, promover comportamento alimentares saudáveis e moderar a actividade física, bem como encorajá-los a participar em actividades que aumentem a auto-estima.

A revisão de literatura efectuada por Strauss (2000) revelou-nos que, as espanholas obesas e as mulheres caucasianas demonstram *Baixos níveis de Auto-Estima* durante a adolescência. Adicionalmente, as crianças obesas com *Baixa Auto-Estima* denotaram elevados níveis de *tristeza, solidão e ansiedade*, estando mais propensas a adoptarem *comportamentos de risco*, tais como são os casos do, tabaco e consumo de álcool.

A relação entre as perturbações do comportamento alimentar e o síndrome do intestino irritável, é pouco conhecida. Perkins et al. (2005) efectuaram um estudo onde pretenderam determinar a prevalência do síndrome do intestino irritável numa amostra de indivíduos com perturbação do comportamento alimentar, e examinar o tempo de início destas perturbações.

Os resultados foram sugestivos de que uma grande percentagem de indivíduos desenvolvem a sua perturbação do comportamento alimentar antes do início do síndrome do intestino irritável. Desta forma, os autores concluem que as perturbações do comportamento alimentar podem aumentar o risco do desenvolvimento do síndrome do intestino irritável.

Foi desenvolvido um estudo longitudinal por Vohs, Heatherton e Herrin (1999), com o intuito de estudar de que forma a transição para o escola altera os sintomas da perturbação do comportamento alimentar e atitudes relacionadas.

Os resultados foram indicativos de que apesar dos participantes terem uma visão deles próprios como significativamente pesados, no seu primeiro ano de escola, a frequência de dietas e de perturbações do comportamento alimentar não diferiram dos valores encontrados no Secundário. As evidências deste estudo indicam que os sintomas da perturbação do comportamento alimentar estão bem estabelecidos mesmo antes da entrada para a escola. Estes resultados revelaram ainda que a baixa auto-estima, os comportamentos dietéticos, e os sintomas de perturbação do comportamento alimentar são comuns entre os jovens antes ou depois de terem entrado para a escola.

Haines et al. (2007), desenvolveram um estudo que pretendia perceber de que forma as preocupações com o peso, prediziam o desenvolvimento de ingestão compulsiva, comportamentos pouco saudáveis de controlo do peso e dietas frequentes entre os rapazes e as raparigas na adolescência.

Os autores concluíram que a preocupação com o peso nos adolescentes prediz comportamentos alimentares desajustados ao final de 5 anos de *follow-up*. Os modelos desta associação diferem entre géneros. Concluíram finalmente que a redução destas preocupações através de programas educacionais, poderá reduzir os níveis de comportamentos alimentares desajustados entre os adolescentes.

Com o objectivo de determinar a prevalência de possíveis perturbações do comportamento alimentar comportamentos alimentares desajustados em crianças em idade escolar, Vilela et al. (2004), desenvolveram um estudo, do qual puderam concluir que existe uma elevada prevalência de possíveis perturbações do comportamento e comportamentos alimentares inapropriados na população estudantil, especialmente entre as jovens adolescentes do sexo feminino.

Ackard, Sztainer, Story e Perry (2003), desenvolveram um estudo com o objectivo de apurar a prevalência de excesso alimentar entre os adolescentes e de examinar as associações entre o excesso de ingestão de alimentos e as características sócio-demográficas, peso, comportamentos dietéticos, satisfação corporal, humor depressivo, auto-estima e suicídio.

Os resultados evidenciaram que 17,3% das raparigas e 7,8% dos rapazes relataram ter comido em excesso durante o último ano. Os adolescentes que fizeram esta afirmação estavam mais propensos a ter excesso de peso ou a serem obesos, a terem feito dieta no ano anterior, tentarem perder peso no corrente ano e a relatar que o peso e a forma são importantes para a opinião e sentimentos que têm deles próprios.

Os adolescentes com critérios de diagnóstico de síndrome de *Ingestão Compulsiva*, obtiveram pontuações muito baixas nas subescalas relacionadas com a *Satisfação Corporal* e a *Auto-Estima* e, apresentaram elevados valores para o *Humor Depressivo*, em comparação aos adolescentes com valores sub-clínicos ou sem *Ingestão Compulsiva*. Verificaram ainda que, a alimentação em excesso estava relacionada com o risco de suicídio.

O estudo efectuado por Ramos, Estévez, Prous, Gracia, González e Enguix (2005), estima a incidência anual e a distribuição por faixa etária dos portadores de perturbação de comportamento alimentar, em adolescentes espanhóis.

Os autores detectaram 90 novos casos de perturbação do comportamento alimentar. A maior incidência foi observada no grupo de adolescentes entre os 15 e os 16 anos de idade.

Story, French, Sztainer, Downes, Resnick e Blum (1997), desenvolveram um estudo cujo objectivo era o de examinar as relações entre os factores psicológicos e os comportamentos de saúde e os comportamentos de dieta e purgação em adolescentes de ambos os sexos.

Os autores concluíram que mais de metade das raparigas e um terço dos rapazes fizeram dieta durante o último ano. Mais de um quarto das raparigas e 21% dos rapazes referiram comportamentos de purgação. A frequência de dieta e estado de purgação estavam associados com factores psicológicos negativos e comportamentos de risco para a saúde. A frequência de dieta nas raparigas estava associada com insatisfação corporal, preocupações com o excesso de peso, *stress* emocional, ingestão compulsiva, abuso de álcool, tabaco, ideação suicida e tentativa de comportamentos de delinquência, abuso físico e sexual.

O estudo cujo objectivo era o de avaliar os comportamentos de jovens adolescentes no que diz respeito a dieta, formas alimentares e exercício, uso de medicamentos para emagrecer, indução do vómito e uso de laxantes para emagrecer, foi desenvolvido por Krowchuk, Kreiter, Woods, Sinal e DuRant, em 1998.

Os resultados foram indicativos de que, tanto os rapazes como as raparigas recorriam a laxantes e indução do vómito para perderem peso e estas técnicas estavam associadas com o sentimento de excesso de peso.

O perfeccionismo tem sido relacionado com factores de risco específicos que levam ao desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa, mas não perturbação de ingestão compulsiva. Com base nesta linha de pensamento Forbush et al. (2007), desenvolveram um estudo procurando averiguar de que forma estas diferenças se encontram relacionadas com associações diferenciais entre o perfeccionismo e comportamentos desajustados e específicos de alimentação.

Os resultados foram sugestivos de que o perfeccionismo estava associado com uma série de perturbações do comportamento alimentar nas mulheres. Contudo, estas associações foram mais fortes para o comportamento de jejum e purgação. Nos homens o perfeccionismo estava relacionado com o jejum e esta associação era mais forte que as associações com qualquer outro comportamento alimentar desajustado.

Field et al. (2003), concluíram do seu estudo sobre a relação entre o controlo do peso e as suas alterações em crianças e adolescentes que, a ingestão compulsiva era mais comum nas raparigas do que nos rapazes, mas em ambos os sexos estava relacionada com o controlo do peso.

Strauss (1999), concluiu do seu estudo que existem diferenças significativas no que diz respeito ao sexo e à raça quando comparadas com a percepção de peso, peso desejado e dieta. Uma elevada proporção de raparigas brancas com peso normal, consideraram ter excesso de peso e fizeram tentativas para perder peso.

Storch et al. (2006), desenvolveram um estudo, com o intuito de avaliar a relação entre a vitimização pelo pares e os relatos de crianças e pais acerca do ajustamento psicológico e actividade física, numa amostra com crianças e adolescentes em risco de excesso de peso e com excesso de peso.

Os resultados foram evidentes de que a vitimização pelos pares estava positivamente relacionada com relatos de depressão nas crianças, ansiedade, ansiedade social e física e solidão. Os pais relataram sintomas de internalização e externalização. A vitimização pelos pares estava negativamente relacionada com a actividade física. Os sintomas depressivos e a solidão eram mediadores das relações entre a vitimização pelos pares e a actividade física.

O comportamento alimentar é influenciado por factores internos e externos. A visão é uma parte constituinte deste modelo tão complexo de factores que influenciam a quantidade de comida consumida durante uma refeição. Assim sendo, Linnè et al. (2002), desenvolveram um estudo que pretendia explorar o impacto do olhar na microestrutura do comportamento de comer, e a motivação subjectiva para comer, para tal utilizaram uma amostra de indivíduos visuais e outra com indivíduos invisuais.

Os resultados apontaram para o facto do comportamento alimentar dos cegos não diferir grandemente dos sujeitos visuais. Contudo, o comportamento alimentar dos

sujeitos visuais ao comer com os invisuais demonstrou um claro impacto da visão no acto de comer. Enquanto que os sujeitos invisuais comiam com eles, os sujeitos visuais comeram menos comida, tiveram refeições mais curtas e menores curvas de aceleração para a comida. Em suma, concluíram que comer com pessoas cegas diminui a quantidade de comida ingerida, sem fazer com que os sujeitos se sintam menos cheios.

O estudo efectuado por Sztainer e Hannan (2000), pretendeu estudar a prevalência da dieta e perturbação do comportamento alimentar em adolescentes; as correlações entre dieta e perturbação do comportamento alimentar, com as características sócio-demográficas, antropométricas, psicológicas e comportamentais e, de que forma os adolescentes discutem temas relacionados com o peso e os cuidados de saúde.

Os resultados evidenciaram que 24% da população tinham excesso de peso. Quase metade das raparigas referiu já ter feito pelo menos uma dieta, contrariamente aos rapazes. 13% das raparigas tinham uma perturbação do comportamento alimentar, contra 7% dos rapazes. Os factores associados foram a situação de excesso de peso, a baixa auto-estima, a depressão, a ideação suicida e o abuso de substâncias. As discussões acerca das perturbações do comportamento alimentar foram pouco discutidas entre as raparigas.

Partindo da premissa de que os estilos de alimentação parental conduzem a excesso de peso na infância, Faith et al. (2004) efectuaram uma revisão de literatura, da qual apuraram que 86% dos estudos reportavam pelo menos uma associação significativa entre o estilo de alimentação parental e as consequências para as crianças. A restrição alimentar imposta pelos pais encontrava-se associada com o aumento da frequência de comer e peso nas crianças.

A revisão de literatura efectuada por Poniers (2007), indica-nos que as crianças filhas de pais com obesidade estão mais propensas a ficar com excesso de peso, bem como a comer mais alimentos ricos em açúcares e *fast food*. Também relevante é o facto das diversas análises sugerirem que a modelação e o controlo parental das refeições ira aumentar o desejo de que as crianças comam frutas e vegetais.

Os estudos também foram indicativos de que a participação das crianças em desportos de equipa tende a ocorrer quando os pais são eles próprios praticantes de exercício físico, contudo esta relação não foi conclusiva.

Wright, Parkinson e Drewett (2006), desenvolveram um estudo que pretendia a compreensão da influência do comportamento alimentar da criança e da mãe no aumento de peso e falhas no crescimento do primeiro ano de vida.

Os autores concluíram que as características de apetite das crianças são um importante factor de risco para o controlo do peso e crescimento, mas uma elevada promoção alimentar das mães poderá nestes caso ter uma reacção adversa.

O objectivo do estudo de Birch e Fisher (2000), era o de avaliar a influência do controlo alimentar das mães (um aspecto de ambiente familiar não partilhado), na alimentação das filhas e peso relacionada.

Os resultados foram indicativos de que o Índice de Massa Corporal das mães era um fraco preditor do peso relativo das filhas. Por outro lado, aspectos específicos no ambiente familiar da criança, incluindo as praticas alimentares das mães das crianças e as percepções de que as suas filhas possam estar a ficar com excesso de peso, poderá representar importantes influências ambientais não partilhadas na alimentação das filha e seu peso relativo.

Blowers, Loxton, Flessner, Occhipinti e Dawe (2003), efectuaram um estudo onde procuram investigar as relações entre as pressões sócio-culturais de ser magra, a internalização deste ideal, comparação social, índice de massa corporal e insatisfação corporal em jovens raparigas.

Os autores concluíram que apesar dos factores sócio-culturais estarem associados com o sentimento internalizado de ser magra, a percepção da pressão dos media foi a única influencia sócio-cultural diferentemente relacionada com a internalização deste ideal. A pressão percebida de ser magra cedida pelos media estava relacionada com a insatisfação corporal e o ideal de se ser magra. Estes dois últimos também se encontraram associados com a comparação social. O índice de massa corporal também se encontrava associado com a insatisfação corporal.

As evidências acerca da relativa influência das condições socioeconómicas da infância vs. adultícia para risco de obesidade são limitadas e inequívocas. Desta forma, Ball e Mishra (2006), desenvolveram um estudo com o objectivo de investigar as associações entre diversos indicadores do estatuto sócio-económico das mães, pais e

filhas, e mobilidade social intergeracional, com o índice de massa corporal e alterações do peso em jovens mulheres.

Os resultados evidenciaram que o estatuto sócio-económico na infância e adultícia estava relacionado com o índice de massa corporal das mulheres e alterações de peso, geralmente em direcção inversa. A mobilidade social estava associada com o índice de massa corporal (baseado no estatuto sócio-económico dos pais) e alterações corporais (baseado no estatuto sócio-económico das mães), mas os resultados foram menos consistentes.

## O PROBLEMA

Até se chegar à idade adulta, o desenvolvimento humano é um processo evolutivo que atravessa diversas fases: a infância, a pré-adolescência e a adolescência (Andrade, 2002). De acordo com Byrd-Bred-Benner et al. (1993), os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil (cit. por Andrade, 2002).

O comportamento alimentar envolve não só o acto de ingestão mas, também os factores psicossociais associados à selecção e à decisão de quais os alimentos a consumir (Viana & Sinde, 2003). Em paralelo, o comportamento alimentar poderá associar-se aos estilos de vida. Os hábitos alimentares constituem-se assim, como uma componente fundamental de um estilo de vida saudável e, essenciais na prevenção de várias doenças crónicas graves (Andrade, 2002).

Com base numa vasta pesquisa bibliográfica, é possível constatar que existem inúmeros factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Jacobi et al (2004), salienta as *características demográficas* (como o género, a idade, a etnia, o estrato sócio-económico), as *características psicossociais* (como é o caso da preocupação com o peso, da imagem corporal distorcida e negativa, das experiências na infância em torno da comida, de uma baixa auto-estima) e as *variáveis biológicas* (por exemplo, o excesso de peso na infância), como factores que aumentam a predisposição

para a ocorrência e a prevalência de distúrbios alimentares (cit. por Striegel-Moore, 2007).

## FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Para além de todos os aspectos referidos anteriormente, dá-se uma maior ênfase aos pais por desempenharem um papel preponderante na modelagem das experiências alimentares precoces da criança, através das suas atitudes e práticas alimentares (Birch et al 2000; Golan & Crow, 2004b; Hodges, 2003), pelo que os estilos de parentalidade têm vindo a ser implicados no desenvolvimento dos padrões alimentares da criança (Bodhani, 2006).

O conhecimento parental acerca da nutrição, a sua influência na selecção da comida, estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares e níveis de actividade física, todos influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis da criança, contribuindo para um peso normal ou para a obesidade ( Lindsay et al, 2006).

Hodges (2003) refere também a importância da percepção que os pais têm do peso da criança e das conseqüentes implicações na saúde física e mental da criança. Johnson et al. (2002) salienta a parentalidade como um importante mediador na aquisição de práticas de alimentação saudáveis. Baseando-nos nestas conclusões de estudos internacionais, questionamo-nos como será a *Percepção dos Pais/Cuidadores portugueses relativamente ao Comportamento Alimentar dos seus filhos?* Será que, em Portugal existem associações entre a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos* e o *Comportamento Alimentar de Crianças/Pré-adolescentes propriamente dito?*

Existem inúmeros autores que, salientam a faixa etária infantil como um período fundamental na aquisição de hábitos alimentares mais ou menos saudáveis bem como, o possível início de distúrbios ao nível do comportamento alimentar (Westenhoefer, 2002; Andrade, 2002; Claus et al., 2006).

Tendo em consideração esta premissa bem como, os índices crescentes de *perturbações do comportamento alimentar* a nível mundial e, a taxa elevada de

*obesidade infantil* em Portugal, existem questões que persistem: Como será que, se caracteriza o *Comportamento Alimentar* das crianças e pré-adolescentes portugueses? Será que, com a aproximação da fase da adolescência as crianças portuguesas apresentam maiores alterações ao nível do *Comportamento Alimentar*?

Por outro lado, de acordo com Telch (1997), muitos investigadores conceptualizam os distúrbios alimentares como alterações do humor que usam estratégias de regulação específicas relacionadas com a alimentação e com o corpo (como por exemplo, a *dieta*, comportamentos purgativos, exercício físico, entre outros). Existem, de facto, inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar, de tal forma que, alguns estudos remetem para a ideia de algumas perturbações do humor funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o *comportamento alimentar* (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Assim e, relativamente às alterações psicoemocionais: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, será que, em Portugal estas se encontram relacionadas com o *Comportamento Alimentar na Infância/Pré-Adolescência*? E com a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos* e o *Comportamento Alimentar de Crianças/Pré-adolescentes propriamente dito*, existirá alguma associação?

Como tal, com base em todos estes factores acima descritos bem como, pela escassez de estudos que foquem e abordem esta problemática em Portugal, parece-nos bastante pertinente um estudo neste contexto, não só no sentido de poder contribuir para o desenvolvimento do estudo nesta área no nosso país, como também na contribuição para o desenvolvimento de programas mais eficazes na prevenção de comportamentos risco para o *Comportamento Alimentar* e conseqüentemente, para a saúde. Também pretendemos com este estudo analisar e validar instrumentos ajustados á exploração desta temática em Portugal.

Assim, esta investigação tem como principal objectivo compreender o comportamento alimentar das crianças/pré-adolescentes, as respectivas percepções dos pais/cuidadores e, os índices de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, permitindo aceder a potenciais factores de risco e potenciais correlações existentes entre as diversas variáveis.

## QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Com base no objectivo acima delineado, enunciamos de seguida as questões de investigação orientadoras deste estudo:

1. Como se caracteriza o *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?
2. Como se caracteriza a *Percepção dos Pais/Cuidadores* e o *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?
3. Como se associam o *Comportamento Alimentar* das Crianças e Pré-Adolescentes e a *Percepção dos Pais/Cuidadores* do *Comportamento Alimentar* dos seus filhos?
4. Como se associam o *Comportamento Alimentar* das Crianças e Pré-Adolescentes e a *Percepção dos Pais/Cuidadores* do *Comportamento Alimentar* dos seus filhos?
5. Qual a relação entre o *Comportamento Alimentar* e as Variáveis Sócio-demográficas e as Variáveis Clínicas dos Pais/Cuidadores?
6. Como se associam as Variáveis Psicológicas: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, com o *Comportamento Alimentar* na Infância?
7. Como se associam as Variáveis Psicológicas: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, com *Percepção dos Pais/Cuidadores* sobre o *Comportamento Alimentar* dos seus filhos?
8. De que forma as variáveis psicológicas, *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, podem ou não influenciar a relação entre o *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência bem como, influenciar ou não a *Percepção dos Prestadores de Cuidados Alimentares*?

## IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

O comportamento alimentar de natureza humana é, bastante complexo uma vez que, como já salientámos apresenta os mais diversos factores de risco, encontrando-se longe de uma causalidade única.

Em Portugal e, tendo em consideração a elevada prevalência de *Obesidade* e de *Perturbações do Comportamento Alimentar*, com tendência para aumentar, justifica-se uma análise mais complexa do *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência bem como, da *Percepção dos Pais/Cuidadores sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos*.

Outra das razões está relacionada com a notória escassez de estudos sobre esta temática em Portugal e, por outro, existe uma variedade de estudos internacionais, que abordam estas variáveis isoladamente, mas foram pouco explorados os estudos encontrados, que tenham estabelecido uma relação entre todas estas variáveis.

Parece-nos igualmente pertinente e importante a adaptação e validação de instrumentos que poderão revelar-nos muito úteis para a investigação e diagnóstico nesta área.

## II. MÉTODO

### 1. Participantes

Participaram neste estudo um total 577 sujeitos de ambos os sexos da população normativa: 315 Crianças/pré-adolescentes e 262 Pais/Cuidadores, residentes em Portugal Continental e Ilhas (Açores).

#### 1.1 - Caracterização da Amostra

A investigação foi orientada de acordo com um estudo transversal, tendo sido utilizada uma amostra do tipo não-probabilística, sequencial por conveniência, proveniente de escolas portuguesas de Ensino Público do Básico (1.º, 2.º e 3.º ciclo).

A amostra foi *intencional* face à *faixa etária* das crianças/pré-adolescentes e, ao nível dos *Pais/Cuidadores* de crianças/pré-adolescentes dessa mesma faixa etária, e *aleatória* de acordo com a disponibilidade de participação dos sujeitos (Ribeiro, 1999).

No que diz respeito aos critérios de inclusão, uma parte da amostra foi constituída por Crianças/Pré-Adolescentes (181 do sexo feminino e 134 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 9 e os 15 anos, de localidades e distritos diversos.

Relativamente aos critérios de inclusão, outra parte da amostra total foi constituída por Pais/Cuidadores (261 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos, de localidades e distritos diversos.

Estes dados foram recolhidos através de um Questionário Sócio-Demográfico que permitiram fazer uma caracterização geral da amostra.

Como tal, passamos a caracterizar a distribuição da nossa amostra de crianças no que diz respeito ao Género, à Idade, ao Ano de Escolaridade, ao Distrito e Localidade (*Onde moras?*), ao Agregado Familiar (*Com que vives?*), ao Peso, à Altura e ao IMC.

No que concerne à caracterização de parte da amostra referente aos Pais/Cuidadores, teremos em consideração as variáveis: Estado Civil, Idade, Localidade e Distrito, Nível de Escolaridade, Agregado Familiar, Situação Profissional, Peso, Altura, IMC bem como, o Peso, Altura e IMC da respectiva criança.

### Amostra de Crianças

O Género dos participantes distribui-se de acordo com o seguinte quadro:

**Quadro 1: Género**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	181	57,5
Masculino	134	42,5
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

No Quadro 1 constata-se que 42,5% da amostra era composta por sujeitos do género *masculino*, sendo que a maioria pertence ao género *feminino* (42,5%).

Relativamente à Idade, os sujeitos distribuem-se de acordo com os dados descritos no Quadro 2:

**Quadro 2: Idade**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	9	15	11,55	1,129

*Quadro 2.1*

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Crianças (dos 9 aos 12 anos)	165	52,4
2. Pré-Adolescentes (dos 12 aos 15 anos)	150	47,6
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Quadro 2.2

De acordo com o Quadro 2.2 verifica-se que, os sujeitos estavam distribuídos paralelamente entre o *Grupo de Crianças* (dos 9 aos 12 anos) e, os *Grupo de Pré-Adolescentes* (dos 12 aos 15 anos), pertencendo 52,4% ao *Grupo de Crianças*.

No quadro seguinte, pode-se observar a distribuição da Escolaridade da amostra:

Quadro 3: Escolaridade

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. 1º ciclo	1	0,3
2. 2º ciclo	237	75,2
3. 3ª ciclo	77	24,4
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

A partir deste Quadro, é possível verificar-se que a grande maioria dos participantes (75,2%) frequentavam o 2º ciclo de escolaridade. Entre os restantes, salientam-se ainda os que frequentavam o 3º ciclo de escolaridade (24,4%) e os que frequentavam o 1º ciclo de escolaridade (0,3%).

Quadro 4: Distrito de Residência

<b>Distrito de Residência</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Zona Norte	176	55,9
2. Zona Centro	71	22,5
3. Alentejo	4	1,3
4. Algarve	32	10,2
5. Ilhas	29	9,2
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

A partir da análise do Quadro 4 é possível constatar-se que, a maioria dos participantes residiam na *Zona Norte* (55,9%) e 22,5% residiam na *Zona Centro*. É ainda de salientar que, 10,2% dos residentes eram da *Zona Sul (Algarve)*, 9,2% residiam nas *Ilhas (Açores)* e, 1,3% eram residentes no *Alentejo*.

No Quadro 5, encontra-se descrita a distribuição dos sujeitos no que diz respeito aos respectivos Agregados Familiares (“*Com quem Vive?*”):

<i>“Com quem vive?”</i>	Frequência	%
1. Pai / Padastro, Mãe e Irmãos	222	70,5
2. Pai e Mãe	48	15,2
3. Famílias Monoparentais (sem irmãos)	16	5,1
4. Famílias Monoparentais (com irmãos)	20	6,3
5. Outros	9	2,9
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Com base neste Quadro, pode-se constatar que a maioria dos sujeitos vive com o *pai/padrasto, a mãe e os irmãos* (70,5%) e, 15,2% vive com o *pai* e a *mãe*. São também de salientar que, 6,3% pertencem a *Famílias Monoparentais com irmãos* e, 5,1% dos participantes vivem apenas com a *mãe* ou *pai* (*Famílias Monoparentais sem irmãos*).

**Variáveis Clínicas**

No que diz respeito ao Peso, à Altura e ao IMC pode-se observar no Quadro 6 a distribuição da amostra:

**Quadro 6: Análise Descritiva do IMC**

Índice de Massa Corporal		Statistic	Std. Error	
Mean		19,2693	0,20922	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,8577		
	Upper Bound	19,6809		
5% Trimmed Mean		18,9853		
Median		18,6700		
Variance		13,788		
Std. Deviation		3,71326		
Minimum		2,00		
Maximum		41,67		
Range		39,67		
Interquartile Range		3,92		
Skewness		1,420		0,137
Kurtosis		6,935		0,274

**Quadro 6.1 – IMC e respectivos Percentis**

Percentis		5	10	25	50	75	90	95
Weighted Average (Definition 1)	IMC	15,196	15,794	16,89	18,67	20,81	23,464	26,31
Tukey's Hinges				16,915	18,67	20,81		

**Quadro 6.2 – Peso**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Peso</b>	28,00	87,00	44,2879	10,46976

**Quadro 6.3 – Altura**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Altura</b>	1,20	1,82	1,5100	0,10637

Nos Quadros 6.2 e 6.3 pode-se verificar que, os sujeitos desta amostra apresentam um *Peso médio 44,28 Kg* e, uma *Altura* em termos médios de *1,51 m*.

#### **Amostra de Adultos**

O Género dos participantes adultos distribui-se de acordo com o seguinte quadro:

**Quadro 7: Género**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	261	99,6
Masculino	1	0,4
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

No Quadro 7 constata-se que, a grande maioria dos participantes pertence ao género *feminino* (99,6%).

Relativamente à Idade, os sujeitos distribuem-se de acordo com os dados descritos no Quadro 8:

**Quadro 8: Idade**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	22	69	39,92	6,278

*Quadro 8.1*

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Adultos Jovens (até aos 35 anos)	63	24,0
2. Adultos]35; 65]	198	75,6
3. Idosos (mais de 65 anos)	1	0,4
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

*Quadro 8.2*

De acordo com o Quadro 8.2, verifica-se que a maioria dos sujeitos (75,6%) tem entre 36 e 65 anos (*Adultos*) e, 24% pertencem à categoria de *Adultos Jovens* (até aos 35 anos).

**Quadro 9: Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Solteiro	11	4,2
2. Casado	221	84,4
3. Divorciado/Separado	27	10,3
4. Viúvo	3	1,1
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

No Quadro 9 constata-se que, a maioria dos participantes eram *casados* (84,4%) e 10,3% eram *divorciados/separados*. É ainda de salientar que, os sujeitos sem companheiro (*divorciado/separado* e *solteiro*) perfaziam um total de 15,6%.

No quadro seguinte, pode-se observar a distribuição da Escolaridade da amostra:

**Quadro 10: Escolaridade**

Escolaridade	Frequência	%
1. 1º Ciclo	9	3,4
2. 2º e 3º Ciclo	114	43,5
3. Ensino secundário	86	32,8
4. Ensino superior	52	19,8
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

A partir deste Quadro, é possível verificar-se que a grande maioria dos participantes (43,5%) tinham de 4 a 9 anos de escolaridade. Entre os restantes, salientam-se ainda os que, tinham de 10 a 12 anos de escolaridade (32,8%) e os que tinham frequentado o *Ensino Secundário* (19,8%).

**Quadro 11: Situação Profissional**

Situação Profissional	Frequência	%
1. Com actividade laboral	175	66,8
2. Actividades Domésticas	45	17,2
3. Sem actividade laboral	42	16,0
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Com base no Quadro 11, é possível constatar que 66,8% dos sujeitos se mantinham *profissionalmente activos (empregados)* enquanto que, 17,2% *trabalhavam em casa*. Podemos também referir que, 16% dos participantes adultos encontravam-se *desempregados*.

No Quadro 12, encontra-se descrita a distribuição dos sujeitos no que diz respeito aos respectivos Agregados Familiares (“*Com quem Vive?*”):

<i>“Com quem vive?”</i>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Famílias (com companheiro e filhos)	210	80,2
2. Pai e mãe	37	14,1
3. Famílias Monoparentais	15	5,7
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Relativamente ao Quadro 12, constata-se que a grande maioria dos sujeitos viviam com o *Marido/Companheiro e os Filhos* (80,2%). Para além disso, 5,7% dos participantes adultos viviam apenas com os seus *filhos*, constituindo as designadas *Famílias Monoparentais*.

**Quadro 13: Distrito de Residência**

<b>Distrito de Residência</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Zona Norte	139	53,1
2. Zona Centro	64	24,4
3. Alentejo	5	1,9
4. Algarve	22	8,4
5. Ilhas	32	12,2
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

A partir da análise do Quadro 13 é possível constatar-se que, a maioria dos participantes residiam na *Zona Norte* (53,1%), 24,4% residiam na *Zona Centro*, 12,2% nas *Ilhas (Açores)*.

Relativamente à Idade dos Filhos, é possível observar a partir do Quadro 14:

**Quadro 14: Idade dos Filhos**

<b>Idade dos Filhos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
1. Infância	61	23,3
2. Pré-Adolescência	201	76,7
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

A grande maioria dos filhos encontrava-se na Pré-Adolescência (dos 11 aos 15 anos – 76,7%).

No que diz respeito ao Peso, à Altura e ao IMC dos Pais/Cuidadores pode-se observar no Quadro 15 a distribuição da amostra:

**Quadro 15: Análise Descritiva do IMC dos Pais/Cuidadores**

Índice de Massa Corporal do Adulto		Statistic	Std. Error	
Mean		25,7115	0,27268	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25,1746		
	Upper Bound	26,2484		
5% Trimmed Mean		25,4880		
Median		25,3904		
Variance		19,481		
Std. Deviation		4,41375		
Minimum		15,57		
Maximum		41,02		
Range		25,44		
Interquartile Range		5,55		
Skewness		0,784		0,150
Kurtosis		0,880		0,300

**Quadro 16: Análise Descritiva do IMC dos Filhos**

Índice da Massa Corporal dos Filhos		Statistic	Std. Error	
Mean		19,4671	0,21297	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,0477		
	Upper Bound	19,8864		
5% Trimmed Mean		19,2309		
Median		18,6667		
Variance		11,884		
Std. Deviation		3,44727		
Minimum		12,65		
Maximum		31,95		
Range		19,30		
Interquartile Range		4,38		
Skewness		1,003		0,150
Kurtosis		1,171		0,300

**Quadro 17 – IMC e respectivos Percentis**

Percentis		5	10	25	50	75	90	95
Weighted Average (Definition 1)	IMC Adulto	19,58	20,70	22,46	25,39	28,01	31,51	35,02
	IMC Criança	15,07	15,61	17,11	18,67	21,49	23,89	26,48
Tukey's Hinges	IMC Adulto			22,48	25,39	28,00		
	IMC Criança			17,12	18,67	21,48		

**Quadro 15.1: Peso, Altura e IMC dos Pais/Cuidadores**

Variáveis Clínicas	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Peso do Adulto	66,20	43	110	11,098
Altura do Adulto	1,6065	1,36	1,83	0,06924
IMC	25,7115	15,57	41,02	4,41375

Neste Quadro pode-se verificar que, um *Peso Médio* de 66,20 e uma *Altura Média* de 1,61.

**Quadro 16.1: Peso, Altura e IMC dos Filhos**

Variáveis Clínicas	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Peso da Criança	44,25	28	83	9,928
Altura da Criança	1,5045	1,26	1,82	0,10004
IMC	19,4671	12,65	31,95	3,44727

Neste Quadro pode-se verificar que, um *Peso Médio* de 44,25 e uma *Altura Média* de 1,50.

## 2. Material

### 2.1 – *Questionário Sócio-Demográfico*

Existem dois *Questionários de Variáveis Sócio-demográficas e Variáveis Clínicas*, um para as crianças e outro para Pais/Cuidadores (Ver *Anexo I*).

As variáveis sócio-demográficas presentes no Questionário para as *crianças* foram: o Género, a Idade, o Ano Escolar, a Zona de Residência e o Agregado Familiar; e as variáveis clínicas são: o Peso e a Altura.

Enquanto que, as variáveis sócio-demográficas presentes no Questionário para os *Pais/Cuidadores* foram: o Estado Civil, a Idade, o Nível de Formação Escolar, a Zona de Residência e o Agregado Familiar; e as variáveis clínicas são: o Peso e a Altura.

### 2.2 – *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS – 21)*

A EADS - *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* - é a designação portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* de Lovibond e Lovibond (1995). Estes autores desenvolveram uma escala que propõe cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois constructos.

O estudo factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a *ansiedade* e a *depressão*. Estes itens referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor assumiu a designação pelos autores de “*stress*”.

Esta escala assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco graus entre o “normal” e o “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas da seguinte forma: a *depressão* essencialmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com

a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A *ansiedade* salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, em baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Na sua versão original, a DASS é uma escala constituída por 42 itens, em que cada um é uma frase que remete para sintomas emocionais negativos. Tem três sub-escalas (depressão, ansiedade e stress), incluem cada uma delas 14 itens e, por sua vez, cada escala inclui vários conceitos (ver *Anexo*).

Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na última semana”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “*não se aplicou nada a mim*”; “*aplicou-se a mim algumas vezes*”; “*aplicou-se a mim muitas vezes*”; “*aplicou-se a mim a maior parte do tempo*”. A cada categoria de resposta corresponde mais um ponto do que na anterior, entre um mínimo de “0” (*não se aplicou nada a mim*) e um máximo de “3” (*aplicou-se a mim a maior parte do tempo*).

Em 2004, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, fizeram um estudo de contribuição para a adaptação desta escala, em que participaram 200 sujeitos, estudantes de Psicologia dos três primeiros anos, idade  $M= 19,79$ ,  $DP= 1,11$ , variando entre os 18 e os 23 anos. Esta amostra era idêntica à de Lovibond e Lovibond (1995) cuja idade média era de  $M= 21,0$  anos. Da mesma forma, os valores de *consistência interna* encontrados para a versão portuguesa das escalas foram: *Depressão* 0,93 (0,91 na versão original); *Ansiedade* 0,83 (0,84); *Stress* 0,88 (0,90), o que comprova que a magnitude dos valores é boa e semelhante à versão original.

Ainda em 2004, os mesmos autores (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal), apresentaram a adaptação da versão da escala de 21 itens, que designaram por EADS-21. A EADS-21 propõe medir os mesmos constructos do mesmo modo que a versão de 42 itens contudo, e sendo uma medida mais reduzida, é útil em psicologia da saúde no sentido em que as medidas reduzidas são preferíveis às mais longas dado que nos seus contextos de aplicação as populações tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação pode assim constituir-se quase sempre como uma sobrecarga.

A EADS-21 mantém as mesmas três sub-escalas (depressão, ansiedade e stress) mas, por sua vez, incluem cada uma delas 7 itens. Cada sub-escala inclui os 7 conceitos correspondentes, sobreponíveis à versão de 42 itens (ver *Anexo*). Na adaptação desta escala participaram o mesmo número de sujeitos, com as mesmas características.

Relativamente à consistência interna e uma vez que, esta aumentar com o número de itens, outra medida indicadora é a correlação item – escala a que pertence corrigida para sobreposição. Para a escala de depressão, na versão de 7 itens os valores variaram entre 0,55 e 0,72 com valores dominantes na casa dos 0,60 (na versão dos 14 itens, as correlações variam entre 0,57 e 0,76 com valores dominantes na casa dos 0,70). Para a escala de ansiedade, os valores variaram entre 0,34 e 0,57 com valores dominantes na casa dos 0,50 (enquanto que, na outra versão esses valores foram entre os 0,29 e 0,63 com valores dominantes na casa dos 0,40). Para a escala de stress, os valores variaram entre 0,44 e 0,69 com valores dominantes na casa dos 0,50 (na outra versão, variaram entre os 0,42 e 0,70 com valores dominantes igualmente na casa dos 0,50). Deste modo, verificou-se que a magnitude de correlação item escala a que pertence, corrigida para sobreposição é semelhante para as versões de sete e catorze itens.

É portanto, a versão reduzida da EADS (EADS-21) que se usou como um dos instrumentos uma vez que, esta escala é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

### 2.2.1 – *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças e Pré-Adolescentes (EADS – CPA)*

No processo de adaptação da EADS-CPA, utilizou-se uma amostra de crianças e pré-adolescentes (N=361), dos quais 208 foram raparigas e 153 rapazes. Os sujeitos eram estudantes do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos ( $M = 11$ ). A amostra de validação deste instrumento, surgiu da junção de duas amostras, a deste próprio estudo e outra do estudo de *Telma Passos e Isabel Leal (2008)* que, posteriormente, serão analisadas e estudadas em separado.

#### Dimensões avaliadas

A EADS-CPA procura avaliar, tal como indica o próprio nome da escala, os estados afectivos de depressão, ansiedade e stress. Esta escala é constituída por 15 itens,

que afiguram um conjunto de afirmações que remetem para sintomas emocionais negativos.

A análise dos sintomas emocionais negativos da EADS-CPA, permitiu-nos definir 3 sub-escalas: *Depressão* (5 itens); *Ansiedade* (5 itens) e, *Stress* (5 itens).

### Procedimento

O estudo da adaptação da escala para crianças e pré-adolescentes desenvolveu-se mediante os seguintes objectivos:

- a) Análise da sensibilidade dos itens – para definir o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos, diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de motivação;
- b) Análise da Validade do constructo, que consiste:
  1. Estudo da estrutura factorial da escala e de cada sub-escala;
  2. Análise dos componentes principais que permite verificar de modo empírico, a forma pela qual os itens se distribuem pelas sub-escalas.
- c) Análise da Fiabilidade da escala (consistência interna das dimensões resultantes, através do Alpha de Cronbach);
- d) Avaliação Crítica sobre as características da escala.

Uma vez que a escala original foi adaptada para a população adulta, efectuou-se um ajuste na linguagem utilizada para cada afirmação, procurando adequá-la a crianças e pré-adolescentes, num vocabulário mais simples e de fácil compreensão.

Após esta avaliação, foi feita a passagem do questionário a 5 crianças com o intuito de perceber se o vocabulário estaria de facto ajustado de forma correcta esta população e, posteriormente procedeu-se à recolha da amostra e realizou-se o tratamento psicométrico dos itens.

### Resultados

A caracterização descritiva dos itens da escala encontra-se na Tabela 12 (em Anexo) onde se expõem os valores medianos (Me), Moda (Mo), Assimetria (SK) e Achatamento (Ku).

Tendo em conta os resultados obtidos, considera-se que os valores do coeficiente de Assimetria e de Curtose, na sua maioria, aproximam-se ou ultrapassam a unidade, o que demonstra uma fraca sensibilidade dos itens, isto é, estes não conseguem discriminar adequadamente os indivíduos estruturalmente diferentes que avaliam (Maroco, 2007). Os itens sofreram um enviesamento positivo (distribuição do lado esquerdo com grande cauda para o lado direito), quando comparados com os parâmetros da curva normal (Maroco, 2007), ou seja, no que respeita aos sintomas emocionais negativos, as pontuações médias dos itens oscilam entre 0 e 1, centrando-se no “não se aplicou nada a mim” ou no “aplicou-se a mim algumas vezes”.

#### Composição factorial e consistência interna

A nossa escala foi submetida a uma análise de componentes principais (APC), e posteriormente a rotação VARIMAX, incluindo os 21 itens supracitados, possibilitando-nos fixar 5 factores, com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 53,7% da variância. O primeiro factor é explicado por 13,77% da variância e os outros quatro, 11,25%, 10,49%, 10,47% e 7,74% respectivamente (Tabela 2). Explica ainda uma boa medida de adequação da amostragem ( $KMO = 0,897$ ).

Através da Tabela 13 (consultar Anexo), verificámos que a análise factorial nos possibilitou reter 5 factores. O item 16 foi eliminado naturalmente ao não ser incluído em nenhum dos factores obtidos. Uma vez que o factor 5 apresenta apenas dois itens, considerou-se que estes deveriam ser eliminados e, desta forma, eliminou-se o 5.º factor. Foram, deste modo, retirados 3 itens, tendo os 18 restantes sido novamente submetidos a uma análise factorial em componentes principais com rotação VARIMAX.

A nova escala com 18 itens permitiu reter 4 factores, com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 51,26% da variância total, explicando o primeiro factor 14,35% da variância, os outros três, 13,56%, 12,93% e 10,41% (Tabela 3) e uma boa medida de adequação da amostragem ( $KMO = 0,899$ ).

A análise factorial com rotação VARIMAX, tal como podemos observar na Tabela 14 (em Anexo), permitiu-nos reter 4 factores. Uma vez que o factor 4 apresenta

três itens, e sendo um factor em que se prevê uma baixa consistência interna, optou-se por eliminá-lo.

Assim sendo, retiraram-se os 3 itens retidos no factor 4, tendo os 15 restantes sido novamente submetidos a uma análise factorial em componentes principais com rotação VARIMAX.

A escala final com 15 itens permitiu reter 3 factores, tal como na original de 21 itens (Honrado, Ribeiro & Leal 2004a), com valor próprio superior a 1, que explicam na totalidade 49,3% da variância total, explicando o primeiro factor 17,24% da variância, os outros dois, 17,14% e 14,91% (Tabela 4) e uma boa medida de adequação da amostragem ( $KMO = 0,897$ ).

De acordo com os resultados obtidos na Tabela 15 (ver Anexo), o factor 1 integra 5 itens da sub-escala original continuando a denominar-se por *Depressão* (DEP). O factor 2 passa a ser constituído por 5 itens a representar a sub-escala *Ansiedade* (ANS) e o factor 3 apresenta agora 5 itens formando a sub-escala *Stress* (STRESS).

De seguida apresentam-se as 3 dimensões da EADS-CPA retidas pela análise factorial efectuada e os itens correspondentes a cada uma delas, sendo estes que iremos utilizar nesta investigação (consultar Tabela 16 em Anexo).

#### Fiabilidade

Na versão final, constituída por 15 itens, os resultados dos coeficientes Alpha de Cronbach, demonstram uma boa fiabilidade, visto que a sub-escala DEP obteve um valor de 0,785, a sub-escala ANS obteve um resultado de 0,727 e por fim a sub-escala STRESS um alpha de 0,711. Observou-se uma ligeira descida na consistência interna de cada sub-escala, em relação á escala original, que poderá dever-se tanto ao tipo de amostra utilizada bem como ao número de itens incluídos em cada factor. Contudo podemos concluir que estes resultados são bons uma vez que o valor de alpha é superior a 0,7 (Maroco, 2007).

### Aplicação e Cotação

A escala foi aplicada em sessões colectivas e individuais, assegurando-se o seu preenchimento individual e garantindo o total anonimato, podendo também ser aplicada individualmente, em contexto clínico. Esta escala tem um tempo de aplicação entre 5 a 8 minutos.

Os valores atribuídos a cada resposta são cotados numa escala de 4 pontos, tipo Likert, de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). A pontuação é feita através do cálculo da média das respostas para as diferentes sub-escalas. Quanto mais elevado for o *score* total de cada subescala, maior serão os níveis de depressão, ansiedade e stress.

### Interpretação dos resultados

Na adaptação desta escala, deverão ser tidas em conta as medidas de tendência central e de dispersão supracitadas, bem como a distribuição de respostas aos itens da EADS-CPA. O sentido a atribuir às pontuações obtidas na EADS-C irá depender da especificidade do contexto de aplicação e das hipóteses de investigação ou objectivos de intervenção.

### Avaliação crítica

Em suma, a escala revela uma fraca sensibilidade dos itens, o que origina uma distribuição positiva ou negativa, o que poderá ser explicado pelo facto desta amostra se constituir por crianças e pré-adolescentes. Muitos autores referem que a sintomatologia das perturbações na infância e adolescência variam com a idade (destacando a imaturidade), com as dificuldades em identificar e descrever as emoções e, com o desenvolvimento do campo lexical (Grillo & Silva, 2004).

Das soluções ensaiadas reteve-se a mais facilmente interpretável e que explica uma parte razoável da variância. A solução em questão comporta 3 factores resultantes dos 15 itens.

Em relação às designações optadas para cada factor, recorreu-se às que foram utilizadas pelos autores originais. No entanto, na sub-escala Ansiedade encontram-se agora dois itens que respeitavam à anterior sub-escala da Depressão, mais concretamente

a Atonia e a Inércia. Achámos pertinente mantê-los, tendo em conta que as crianças expressam os sentimentos e emoções de forma diferente dos adultos. Assim, consideramos que o “chorar” é habitualmente um reflexo de um sentimento negativo (quer seja da depressão, quer seja da ansiedade ou outro) e, “dificuldade para tomar iniciativa para fazer coisas” ser um sintoma que está associado à dificuldade em iniciar determinado comportamento que normalmente o deixa ansioso.

Mediante esta linha de pensamento, a versão final foi a que utilizámos no estudo empírico sobre a Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar em crianças e pré-adolescentes, tendo em conta que estamos na presença de técnicas de análise exploratória.

Os estudos psicométricos da EADS-CPA revelam, no geral, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento, visto que os valores obtidos são elevados e satisfatórios.

### 2.3 – *Questionário do Comportamento Alimentar para Crianças (CEBQ)*

O *Questionário do comportamento alimentar para crianças* é a designação portuguesa do CEBQ – *Children Eating Behavior Questionnaire*, e destina-se a crianças entre os 3 e os 13 anos.

O CEBQ deve ser respondido apenas pela mãe e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a). É solicitado às mães que respondam ao questionário tendo em conta, aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. Simultaneamente, pode controlar-se o *Índice de Massa Corporal (IMC)* quer das mães, quer das crianças, através dos valores do *Peso* e da *Estatuta* de ambos (Viana & Sinde, 2008).

O questionário é constituído por oito sub-escalas/dimensões do estilo alimentar: *Resposta à comida* (FR), *Prazer em comer* (EF), *Resposta à saciedade* (SR), *Ingestão lenta* (SE), *Selectividade* (FF), *Sobreingestão emocional* (EOE), *Subingestão emocional* (EUE) e *Desejo de beber* (DD).

Este apresenta um número total de 35 itens, aos quais correspondem as diferentes sub-escalas: FR (12, 14, 19, 28, 34); EF (1, 5, 20, 22); SR (3, 17, 21, 26, 30); SE (4, 8, 18, 35); FF (7, 10, 16, 24, 32, 33); EOE (2, 13, 15, 23, 27); EUE (9, 11, 25) e DD (6, 29,

31). Os itens são avaliados numa escala de Likert: 1. “*Nunca*”, 2. “*Raramente*”, 3. “*Por vezes*”, 4. “*Muitas vezes*” e 5. “*Sempre*”.

Relativamente à cotação do CEBQ, esta pode ir de 1 (“*nunca*”) a 5 (“*sempre*”) como forma de cotação directa. No entanto, alguns itens são cotados na ordem inversa ou seja, de 5 (“*nunca*”) a 1 (“*sempre*”): 3, 4, 10, 16 e 32.

Esta escala foi recentemente validada numa amostra da população portuguesa da Zona Norte, por Viana & Sinde (2008) e, os dados referentes a esta mesma validação podem ser consultados em Anexo (Tabelas 16 e 17).

#### 2.4 – *Inventário do Comportamento Alimentar para Crianças (EDI – C)*

O *Inventário do Comportamento Alimentar para Crianças (EDI – C)* é a designação portuguesa do *Eating Disorder Inventory – 2* (Garner, 1991). O EDI-C é portanto, constituído por 91 itens divididos em 11 sub-escalas.

De acordo com Garner (1991), as sub-escalas do EDI-C, à semelhança das do EDI-2, são: a *Obsessão por Emagrecer (DT)* que mede a excessiva preocupação com dietas, o desejo para perder e o medo de ganhar peso; *Bulimia (B)* remete para a tendência de ocorrerem episódios de incontrolável vontade de comer em excesso acompanhados de sentimentos negativos associados à alimentação; *Insatisfação Corporal (BD)* está relacionada com a forma e o tamanho do corpo; *Ineficiência (I)* avalia sentimentos de inadequação geral e perda de controle sobre a própria vida; *Perfeccionismo (P)* remete para a crença só os mais elevados níveis de performance são aceites, não há espaço para falhas; *Deficits Introspectivos (ID)* reflectem relutância à expressão de sentimentos, de pensamentos e de formar relações íntimas com os outros; *Alienação Interpessoal (IA)* mede o estado confusional e a incerteza em avaliar estado ou sensações relacionados com a fome vs saciedade; *Medo da Maturidade (MF)* reflecte a ideia de que é melhor ser uma criança do que um adulto e denota preocupações para com o crescimento; *Ascetismo (A)* remete para a auto-disciplina, o auto-sacrifício e o estado de controlo sobre si próprio; *Regulação do Impulso (IR)* mede aspectos relacionados com a impulsividade, afectos negativos associados a relações interpessoais e auto-

destrutividade; e a *Insegurança Social* (SI) que reflecte a crença de que as relações sociais são inseguras e não recompensadas (cit, Thurffjell et al, 2004).

Os 91 itens do EDI-C são avaliados numa Escala de Likert: 1. “sempre”; 2. “quase sempre”; 3. “com frequência”; 4. “às vezes”; 5. “raramente” e 6. “nunca”. A resposta que reflecte a atitude mais perturbada é cotada como 3, a adjacente 2, e a outra cota 1; as restantes três hipóteses de resposta cotam zero. O scores máximos variam consoante as sub-escalas (P=18; DT, B e ID=21; MF, A e SI=24; BD=27; I e IA=30; IR=33). Relativamente, às propriedades psicométricas do EDI-C são comparadas às propriedades do EDI-2, com um *Alpha de Cronbach's* de 0,88 para as pré-adolescentes raparigas 0,88 (M idades=11,5) e para os pré-adolescentes rapazes 0,79 (M idades= 11,2) (Thurffjell et al, 2004).

É ainda de salientar que, existe uma nova versão deste inventário, o EDI-3 que foi reorganizado de forma a reflectir os avanços conceptuais no estudo das dedordens alimentares. A nova versão do instrumento é constituída por 12 sub-escalas ou seja, algumas sub-escalas mantêm-se da versão anterior, outras foram restruturadas e/ou incluídas pela primeira vez (Garner, 2004).

Como *Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* encontram-se a *Obsessão por Emagrecer* (DT), a *Bulimia* (B) e a *Insatisfação Corporal* (BD). Nas *Escalas Psicológicas* surgem algumas restruturações/alterações: *Baixa Auto-estima* (LSE), *Alienação Pessoal* (PA), *Insegurança Interpessoal* (II), *Alienação Interpessoal* (IA), *Deficits Instrospectivos* (ID), *Desregulação Emocional* (ED), *Perfeccionismo* (P), *Ascetismo* (A) e o *Medo da Maturidade* (MF). Existem ainda fórmulas de análise de vários *Compósitos*: *Ineficácia* (IC), *Problemas Interpessoais* (IPS), *Problemas Afectivos* (APC), *Excesso de controlo* (OC) e *Desajustamento Psicológico Global* (GPMC) (Garner, 2004).

Desta forma, descritas as diferenças nas sub-escalas do EDI-3, torna-se pertinente salientar que esta versão usa um novo sistema de cotação de 0 a 4 pontos (ver em *Anexo* a respectiva folha de cotação – Quadro 18) (Garner, 2004). Assim, e tendo em conta a maior potencialidade desta nova versão do EDI quer em termos psicométricos quer em termos de análise, sugeria a forma de cotação e análise do EDI-C partindo do EDI-3. Não só porque a análise e interpretação dos resultados será mais potente e ajustada à

actualidade como também, porque esta investigação poderá contribuir para a sua adaptação a uma população mais jovem.

Garner (2004) refere que o EDI-3 foi primeiramente reestruturado para ser usado em adolescentes mais velhos (acima dos 13 anos) e em mulheres adultas; no entanto, o próprio autor refere a possibilidade de uso desta nova versão em grupos de adolescentes mais jovens (11, 12 anos) e muito embora, nesta faixa etária ainda não haja resultados conclusivos publicados, o próprio autor preconiza assim, a sua aplicabilidade.

Neste estudo, foi utilizada uma versão deste instrumento traduzida por Moreira & Tapadinhas (2008).

### 3. Tipo de Estudo

Na presente investigação efectuou-se um estudo do tipo transversal, uma vez que a amostra foi recolhida num único momento temporal, comparativo e, de carácter exploratório. No que se refere ao método de recolha da amostra, esta adoptou a forma de uma amostra não-probabilística, sequencial por conveniência.

### 4. Definição das variáveis

As **variáveis principais** do presente estudo são a *Ansiedade, Depressão, Stress* (EADS-CPA) e *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência* (EDI-C) bem como, a *Ansiedade, Depressão, Stress* (EADS-21) e *Comportamento Alimentar e a Percepção dos Pais/Cuidadores sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos* (CEBQ).

O comportamento alimentar envolve não só o acto de ingestão mas, também os factores psicossociais associados à selecção e à decisão de quais os alimentos a consumir (Viana & Sinde, 2003<sup>2</sup>). Em paralelo, o comportamento alimentar poderá associar-se aos estilos de vida. Os hábitos alimentares constituem-se assim, como uma componente

fundamental de um estilo de vida saudável e, essenciais na prevenção de várias doenças crónicas graves (Andrade, 2002).

Nesta investigação a variável *Comportamento Alimentar* foi operacionalizada através do *Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar* (EDI-C, Garner, 2004), versão adaptada por Moreira & Tapadinhas (2008) e usada no Estudo intitulado: *Comportamento Alimentar em Crianças e a Percepção dos Pais/Cuidadores*, embora ainda não validada para a População Portuguesa.

No que diz respeito à variável *Percepção Pais/Cuidadores sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos* é importante sublinhar que, em torno da alimentação, estabelece-se o eixo de interacção mais precoce entre a mãe e a criança, eixo que constituirá o núcleo de referência dos diversos estádios do desenvolvimento posteriores (Marcelli, 2005).

Pelo que, conhecimento parental acerca da nutrição, a sua influência na selecção da comida, estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares e níveis de actividade física, influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis da criança, contribuindo para um peso normal ou, eventualmente, para a obesidade ( Lindsay et al, 2006). Esta variável foi operacionalizada com base num *Questionário do Comportamento Alimentar da Criança* que, permite investigar o Comportamento Alimentar em crianças e jovens, através das respostas fornecidas pelos seus cuidadores (CEBQ). Recorreu-se à versão adaptada e validada para a população portuguesa por Viana & Sinde (2008).

Existem também, inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar, de tal forma que, alguns estudos remetem para a ideia de algumas perturbações do humor funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o *comportamento alimentar* (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Deste modo, relativamente à importância do controlo das Variáveis Psicológicas: *Ansiedade, Depressão e Stress*, no presente estudo estas foram operacionalizadas, recorrendo à *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress* (Lovibond & Lovibond, 1995). Foi usada em duas versões: EADS-21 para os Pais/Cuidadores, versão adaptada e validada para a população portuguesa por Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004a;

2004b); e, EADS-CPA para as Crianças e Pré-Adolescentes, versão adaptada e validada para a população portuguesa por Antunes, Passos & Leal (2008).

Como **variáveis de controlo** incluímos as Variáveis Sócio-Demográficas das Crianças/Pré-Adolescentes: o Género, a Idade, o Ano Escolar, a Zona de Residência e o Agregado Familiar; e as variáveis clínicas: Peso, Altura e IMC. E as variáveis Sócio-Demográficas para os *Pais/Cuidadores*: o Estado Civil, a Idade, o Nível de Formação Escolar, a Zona de Residência e o Agregado Familiar; e as variáveis clínicas: Peso, Altura e IMC. Todas estas variáveis de controlo foram operacionalizadas através de um Questionário Sócio-Demográfico.

Na literatura salienta-se que, é necessário compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros *factores psicossociais* que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos (Viana, 2002).

Com base numa vasta pesquisa bibliográfica, é também possível constatar que existem inúmeros factores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Jacobi et al (2004), salienta as *características demográficas* (como o *género*, a *idade*, a *etnia*, o *estrato sócio-económico*), as *características psicossociais* (como é o caso da preocupação com o peso, da imagem corporal distorcida e negativa, das experiências na infância em torno da comida, de uma baixa auto-estima) e as *variáveis biológicas* (por exemplo, o *excesso de peso na infância*), como factores que aumentam a predisposição para a ocorrência e a prevalência de distúrbios alimentares (cit. por Striegel-Moore, 2007).

Também é claro que, os adolescentes demonstram diferenças significativas ao nível do *género* e da *raça*, para as percepções de peso e comportamentos de dieta. Contudo, *factores familiares e sociais*, tais como o *peso dos pais*, a educação e o *nível sócio-económico*, também poderão influenciar a percepção que as adolescentes têm do seu peso e da dieta (Strauss, 1999). De acordo com Byrd-Bred-benner et al (1993), os hábitos

alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil (cit. por Andrade, 2002).

Perry et al (1994) salientaram que, o comportamento alimentar infantil pode ser avaliado através da observação dos factores individuais, comportamentais e do meio envolvente da criança. Os factores individuais estão relacionados com os traços de personalidade, as cognições, o domínio dos afectos e, incluem também a percepção de auto-eficácia, o conhecimento, o significado funcional dos alimentos bem como, a imagem corporal percebida (cit. por Stevens et al, 1999).

No mesmo sentido, os autores consideraram como factores comportamentais aqueles que afectam directamente as acções e, incluem o repertório comportamental, as intenções e as capacidades comportamentais da própria criança. Por fim, os factores do meio envolvente encontram-se directamente relacionados com as influências familiares, nomeadamente as influências parentais; a influência dos pares; bem como, o suporte e as normas sociais.

A promoção de uma alimentação saudável na infância revela-se como uma área de intervenção prioritária (Andrade, 2002). Vários autores salientam por isso, a faixa etária infantil como um período fundamental na aquisição de hábitos alimentares mais ou menos saudáveis bem como, o possível início de distúrbios ao nível do comportamento alimentar (Westenhoefer, 2002; Andrade, 2002; Claus et al, 2006). Striegel-Moore & Bulik (2007) evidenciaram também que, o risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar se acentua com a aproximação da fase da adolescência.

Relativamente à Variável Idade, são portanto, muitos os autores que referem idades de risco e de maior vulnerabilidade em que, de acordo com Taylor (1995), a exposição a comportamentos de risco facilita a sua integração no repertório pessoal.

Na idade escolar, por exemplo, aumenta o consumo de produtos tipicamente associados à infância como, os refrigerantes, hambúrgueres, produtos de pastelaria doces e salgados, etc. (Viana, 2003). Pelo que, são estas idades de risco também idades adequadas para serem ensinados comportamentos saudáveis face aos mesmos comportamentos de risco (cit. por Viana, 2002).

No que concerne à pertinência da Distribuição Geográfica (variável Distrito), existem inúmeros estudos que apontam os meios culturais urbanos como aqueles onde

existe uma maior prevalência de perturbações do comportamento alimentar. A compreensão do papel cultural no desenvolvimento de uma *perturbação do comportamento alimentar* sugere que se adoptem determinados princípios e guias de tratamento e intervenção preventiva, especialmente devido ao enorme crescimento dos números que apontam os doentes de raça caucasiana como os mais afectados por estas perturbações (Miller & Pumareiga, 2001).

Por outro lado, relativamente às Variáveis Clínicas controladas, nomeadamente a importância do controlo do IMC das Crianças/Pré-Adolescentes e dos Pais/Cuidadores, relaciona-se com aquilo que está preconizado por vários autores, ao salientarem que, um dos maiores preditores da obesidade do adulto é o excesso de peso dos pais e ter tido excesso de peso durante a infância (Andrade, 2002; Kraff et al., 2007; Strauss, 1999).

Também Blowers et al. (2003), efectuaram um estudo onde procuram investigar as relações entre as pressões sócio-culturais de ser magra, a internalização deste ideal, comparação social, Índice de Massa Corporal e insatisfação corporal em jovens raparigas. Entre as várias conclusões obtidas, verificaram que, Índice de Massa Corporal também se encontrava associado com a insatisfação corporal

## 5. Procedimento

Inicialmente efectuou-se um primeiro contacto com várias Escolas Básicas de 1º, 2º e 3º Ciclos, de Portugal Continental e Ilhas (Açores), explicando o desenho da nossa investigação e simultaneamente, apresentando a *Carta de Consentimento Informado*, o que permitiu obter autorização para a realização do estudo.

Este primeiro contacto foi efectuado de diferentes formas, quer presencial, por telefone, por correio, quer por endereço electrónico, consoante a localização espacial das Escolas e respectiva viabilidade de deslocação. Em todas estas situações foi possível à *posteriori*, estabelecer e manter um contacto privilegiado com os colaboradores encarregues da aplicação e recolha dos respectivos questionários (como foram os casos de *professores, psicólogos, assistentes sociais e/ou director(a) da escola*).

Posteriormente procedeu-se então, à aplicação dos instrumentos às crianças para a recolha de dados, explicando-lhes qual o objectivo. Relativamente aos prestadores de cuidados alimentares/pais, estabeleceu-se um contacto com o(a) respectivo(a) colaborador(a), mediante solicitação de autorização prévia, enviando-se para casa os questionários através das crianças, com indicação de uma data para a respectiva devolução.

Para a utilização dos instrumentos de recolha de dados, foram também solicitadas autorizações aos respectivos autores. Da mesma forma, que se garantiu e assegurou a confidencialidade dos dados recolhidos.

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Outubro de 2008, e de seguida efectuou-se então, o tratamento estatístico e a respectiva análise qualitativa dos resultados obtidos.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 - Procedimento de análise de dados

O tratamento estatístico dos dados realizou-se com base no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 15). De forma a permitir uma melhor e, mais esclarecedora análise, foram utilizados como referência alguns teóricos de onde se destacam Pestana e Gageiro (2000) e, Maroco (2007).

Apesar da maioria das escalas utilizadas serem ordinais, recorreu-se a *métodos paramétricos*. Isto porque quando a dimensão da amostra é grande, o *Teorema do Limite Central* permite uma aproximação razoável da *distribuição amostral das proporções à distribuição normal* (Maroco, 2003). E por outro lado, os *métodos paramétricos* são frequentemente descritos na literatura como sendo mais potentes.

Vários autores defendem que na presença de medidas ordinais de boa qualidade chegam-se aos mesmos resultados quer se utilizem *métodos paramétricos* ou *não paramétricos* (Ribeiro, 2007). Depois procedeu-se também à análise da consistência interna das escalas na amostra através do Alpha de Cronbach.

Do ponto de vista da *Estatística Descritiva*, serão usadas como medidas de tendência central a *Média*; e como medidas de dispersão o *Desvio-padrão* e *Erro padrão da média*. Na *Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica* da amostra recorreu-se à análise da *Frequência* e da *Percentagem (%)* de cada um dos itens/variáveis recolhidos. Calculou-se também o *Coefficiente de Correlação de Pearson*, para estudar a associação entre duas variáveis. Como Teste da Normalidade utilizou-se o *Kolmogorov-Smirnov*.

No que concerne à associação entre as duas populações, recorreu-se a uma *ANOVA Two-Way para dois grupos* (1. Comportamento Alimentar das Crianças; 2. Percepção dos Pais/Cuidadores do comportamento alimentar dos filhos) uma vez que, se trata de um estudo onde se podem estabelecer alguns termos de comparação.

Quando existem mais de dois factores, a exposição teórica torna-se mais complexa, por isso recorreu-se à *Regressão Linear* (pois a predição de resultados, pode ser utilizada). O nível de significância escolhido foi de 0.05 para um intervalo de

confiança de 95%. As correlações foram consideradas fracas se ( $< 0.5$ ), razoáveis se ( $0.5 - 0.7$ ) e fortes se ( $> 0.7$ ) (Maroco, 2003).

**1ª. Questão de Investigação:** Como se caracteriza o *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?

Os dados apresentados na **Tabela 1** são relativos às médias totais obtidas para cada uma das Subescalas e para a média total obtida no EDI-C.

**Tabela 1** - Estatísticas descritivas para o Comportamento Alimentar no total da amostra

	N	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
B-Bulímia	315	3,30	0,637	-1,016	0,137	0,582	0,274
BD-Insatisfação corporal	315	2,90	0,936	-0,786	0,137	-0,257	0,274
EDRC-Risco de perturbação do comportamento alimentar composto	315	2,88	0,668	-0,767	0,137	-0,086	0,274
PA-Alienação pessoal	315	2,80	0,794	-0,835	0,137	0,622	0,274
ED-Desregulação emocional	315	2,70	0,709	-0,458	0,137	-0,273	0,274
IC-Ineficácia	315	2,67	0,658	-0,754	0,137	0,471	0,274
APC-Problemas afectivos	315	2,58	0,662	-0,374	0,137	-0,184	0,274
LSE-Baixa Auto-estima	315	2,55	0,662	-0,519	0,137	-0,131	0,274
ID-Deficits introspectivos	315	2,47	0,786	-0,333	0,137	-0,365	0,274
DT-Obsessão por emagrecer	315	2,46	0,923	-0,883	0,137	-0,257	0,274
GMPC-Desajustamento psicológico global	315	2,23	0,410	-0,190	0,137	-0,182	0,274

IA-Alienação interpessoal	315	2,12	0,604	-0,093	0,137	-0,283	0,274
IPS-Problemas interpessoais	315	2,11	0,620	0,216	0,137	-0,467	0,274
II-Insegurança interpessoal	315	2,10	0,835	0,120	0,137	-0,511	0,274
A-Ascetismo	315	1,94	0,630	-0,152	0,137	0,078	0,274
OC-Excesso de controlo	315	1,86	0,595	-0,125	0,137	-0,326	0,274
P-Perfeccionismo	315	1,78	0,808	0,047	0,137	-0,686	0,274
MF-Medo da maturidade	315	1,58	0,683	0,389	0,137	0,529	0,274
Valid N (listwise)	315						

A partir da análise dos valores da *Skewness* e da *Kurtosis* (**Tabela 1**) verificamos que, através, a distribuição da nossa amostra encontra-se dentro do intervalo +/- 1,96 (com  $p=0,05$ ) ou +/- 2,58 ( $p=0,01$ ), o que significa que não rejeitamos a hipótese da distribuição ser norma (consultar *Quadro 19* em *anexo*). Como tal, não existe necessidade de executar nenhuma transformação estatística de correcção e podemos analisar os resultados das médias (*Gráfico 1* em *anexo*).

De seguida, procedemos à análise entre médias para cada Categoria das Subescalas e, com base nas **Tabelas 2, 3 e 4**, podemos comparar os valores médios das várias Subescalas entre si.

**Tabela 2** – Estatística Descritiva para as Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar

	N	Média	Desvio Padrão
<b>DT</b>	315	2,46	0,923
<b>B</b>	315	3,30	0,637
<b>BD</b>	315	2,90	0,936

A partir da análise da **Tabela 2** é possível constatar que, as médias são todas diferentes entre si. É também de salientar que, a Subescala *Bulimia* (B) apresenta a média mais elevada, seguindo-se a Subescala *Insatisfação Corporal* (BD) e por fim, a Subescala *Obsessão por Emagrecer* (DT) [ $F_{1.8,565.62} = 140.53, p < .001$ ]<sup>1</sup>.

**Tabela 3** – Estatística Descritiva para as Escalas Psicológicas

	N	Média	Desvio Padrão
<b>LSE</b>	315	2,55	0,662
<b>PA</b>	315	2,80	0,794
<b>II</b>	315	2,10	0,835
<b>IA</b>	315	2,12	0,604
<b>ID</b>	315	2,47	0,786
<b>ED</b>	315	2,70	0,709
<b>P</b>	315	1,78	0,808
<b>A</b>	315	1,94	0,630
<b>MF</b>	315	1,58	0,683

Com base na **Tabela 3** constatamos que, para as Subescalas: *Baixa Auto-Estima* (LSE) e *Desregulação Emocional* (ED); *Alienação Interpessoal* (IA), *Ascetismo* (A) e *Perfeccionismo* (P); *Insegurança Interpessoal* (II), *Perfeccionismo* (P) e *Medo da Maturidade* (MF), as diferenças entre as médias são significativas a  $p < .05$  e, as restantes (PA) significativas a  $p < .001$  [ $F_{5.81,1826.88} = 138.32, p < .001$ ]<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Esfericidade não é assumida, visto que o resultado no Teste de Mauchly foi significativo. Como tal, utilizou-se os valores de correção de Green-house Geisser.

<sup>2</sup> Esfericidade não é assumida, visto que o resultado no Teste de Mauchly foi significativo. Como tal, utilizou-se os valores de correção de Green-house Geisser.

**Tabela 4** – Estatística Descritiva para as Escalas Compósitas

	N	Média	Desvio Padrão
<b>EDRC</b>	315	2,88	0,668
<b>IC</b>	315	2,67	0,658
<b>IPS</b>	315	2,11	0,620
<b>APC</b>	315	2,58	0,662
<b>OC</b>	315	1,86	0,595
<b>GMPC</b>	315	2,23	0,410

No caso da **Tabela 4**, foi possível verificar que as diferenças entre médias não são significativas apenas entre as Subescalas: *Ineficácia* (IC) e *Problemas Afectivos* (APC).

Para as restantes subescalas: *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC), *Problemas Interpessoais* (IPS), *Excesso de Controlo* (OC) e *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC), todas as médias são significativamente diferentes [ $F_{3,37,1060.29} = 217.90, p < .001$ ]<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Esfericidade não é assumida, visto que o resultado no Teste de Mauchly foi significativo. Como tal, utilizou-se os valores de correção de Green-house Geisser.

**2ª. Questão de Investigação:** Como se caracteriza a *Percepção Materna* do *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?

Os dados apresentados na **Tabela 5** são relativos às médias totais obtidas para cada uma das Subescalas e para a média total obtida no CEBQ.

**Tabela 5** – Estatísticas Descritivas para a *Percepção Materna* do *Comportamento Alimentar* na Infância, no total da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>CEBQ_EF</b>	262	1,00	5,00	3,0334	0,88494
<b>CEBQ_FF</b>	262	1,00	5,00	2,8200	0,85242
<b>CEBQ_SR</b>	262	1,00	5,00	2,6038	0,75251
<b>CEBQ_SE</b>	262	1,00	4,75	2,4456	0,87737
<b>CEBQ_EUE</b>	262	1,00	5,00	2,4046	0,88265
<b>CEBQ_EOE</b>	262	1,00	4,60	2,1802	0,76408
<b>CEBQ_DD</b>	262	1,00	5,00	2,1628	1,08307
<b>CEBQ_FR</b>	262	1,00	5,00	2,0160	0,86987
<b>CEBQ_Geral</b>	262	1,49	3,97	2,4725	0,43233

A partir da análise da **Tabela 5** tornou-se possível constatar que, a média mais elevada (3,03) foi obtida na Subescala *Prazer em Comer* (EF). São ainda de salientar, as médias relativamente elevadas nas Subescalas (consultar *Gráfico 2* em *anexo*): *Selectividade* (FF = 2,82) e, *Resposta à Saciedade* (SR = 2,6). Relativamente à *Escala Geral* (CEBQ\_Geral = 2,47), esta encontra-se dentro do valor médio total (*Valor médio por Subescala* = 2,5).

No que concerne aos resultados da comparação *post-hoc* das Subescalas CEBQ (consultar *Quadro 20* em *anexo*), foi possível identificar que todas as Subescalas são significativamente superiores à Subescala *Resposta à Comida* – FR ( $p < .001$ ;  $p < .05$  no caso do CEBQ\_EOE), excepto a Subescala *Desejo de Beber* – DD. E também que, a

Subescala *Prazer em Comer* (EF) é significativamente superior a todas as outras Subescalas.

**3ª. Questão de Investigação:** Como se associam o *Comportamento Alimentar* das Crianças e Pré-Adolescentes e a *Percepção Materna do Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?

Os dados que constam na **Tabela 6** salientam as Correlações significativas obtidas a partir da análise das Subescalas do EDI-C e das Escalas do CEBQ.

**Tabela 6** - Correlações Significativas obtidas a partir da análise das Subescalas do EDIC e das Escalas do CEBQ

		FR	EF	SR	SE	FF	EOE	EUE	DD	Geral
EDIC	ED	0,001	0,085	-,185(**)	-0,098	-0,072	-0,041	-,124(*)	-0,016	-0,109
	APC	0,039	0,094	-,127(*)	-0,070	-0,070	-0,015	-0,102	-0,003	-0,061

A partir da análise dos resultados da correlação entre o EDI-C e o CEBQ (consultar *Quadro 3* em *anexo*), verificámos a existência de uma *correlação negativa muito significativa* (\*\* $p < .001$ ) entre a Subescala *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) e a Subescala *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

Constatámos também, *correlações negativas significativas* (\* $p < .05$ ) entre as Subescalas *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) e *Sub ingestão Emocional* (CEBQ\_EUE) e, entre as Subescalas *Problemas Afectivos* (EDIC\_APC) e *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

**4ª. Questão de Investigação:** Qual a relação entre o *Comportamento Alimentar* e as *Variáveis Sócio-demográficas* e as *Variáveis Clínicas* das Crianças e Pré-Adolescentes?

Nas Tabelas abaixo encontram-se os resultados relativos à relação existente entre o *Comportamento Alimentar* na Infância e as *Variáveis Sócio-Demográficas* dos participantes deste estudo.

**Tabela 7 – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Género**

	Género da Criança	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DT Obsessão por emagrecer	Feminino	181	2,34	0,926	0,069
	Masculino	134	2,62	0,898	0,078
B Bulimia	Feminino	181	3,32	0,604	0,045
	Masculino	134	3,27	0,681	0,059
BD Insatisfação corporal	Feminino	181	2,78	0,984	0,073
	Masculino	134	3,05	0,846	0,073
LSE Baixa Auto-estima	Feminino	181	2,50	0,683	0,051
	Masculino	134	2,61	0,630	0,054
PA Alienação pessoal	Feminino	181	2,75	0,804	0,060
	Masculino	134	2,86	0,778	0,067
II Insegurança interpessoal	Feminino	181	2,03	0,853	0,063
	Masculino	134	2,19	0,807	0,070
IA Alienação interpessoal	Feminino	181	2,07	0,601	0,045
	Masculino	134	2,19	0,603	0,052
ID Deficits introspectivos	Feminino	181	2,41	0,752	0,056
	Masculino	134	2,55	0,826	0,071
ED Desregulação emocional	Feminino	181	2,71	0,662	0,049
	Masculino	134	2,67	0,771	0,067
P Perfeccionismo	Feminino	181	1,86	0,833	0,062
	Masculino	134	1,68	0,762	0,066
A	Feminino	181	1,91	0,603	0,045

Ascetismo	Masculino	134	1,98	0,664	0,057
MF	Feminino	181	1,55	0,677	0,050
Medo da maturidade	Masculino	134	1,63	0,691	0,060
EDRC - Risco de perturbação do comportamento alimentar composto	Feminino	181	23,58	5,613	0,417
	Masculino	134	25,00	5,572	0,481
IC Ineficácia	Feminino	181	17,12	4,461	0,332
	Masculino	134	17,84	4,104	0,355
IPS Problemas interpessoais	Feminino	181	14,35	4,436	0,330
	Masculino	134	15,30	4,163	0,360
APC Problemas afectivos	Feminino	181	21,69	5,279	0,392
	Masculino	134	22,17	6,124	0,529
OC Excesso de controlo	Feminino	181	12,26	3,881	0,288
	Masculino	134	11,94	3,729	0,322
GMPC Desajustamento psicológico global	Feminino	181	15,91	2,967	0,221
	Masculino	134	16,39	3,022	0,261

Com base nas diferenças entre as Médias de duas Amostras Independentes (*Feminino vs Masculino*) que, constam na **Tabela 7** verificámos diferenças significativas ao nível das Subescalas: *Obsessão por Emagrecer* (DT -  $t(313)=-2.70$ ;  $p<.05$ ); *Insatisfação Corporal* (BD -  $(305.91)=-2.59$ ;  $p<.05$ )<sup>4</sup>; *Perfeccionismo* (P -  $t(313)=2.05$ ;  $p<.05$ ) e o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC -  $t(313)=-2.23$ ;  $p<.05$ ). Na Subescala *Problemas Interpessoais* as diferenças são marginalmente significativas (IPS -  $t(313)=-1.93$ ;  $p=.055$ ).

<sup>4</sup> O teste de Levene revelou não existir homogeneidade das variâncias nesta sub-escala, pelo que os valores do teste t representam os valores para homogeneidade não assumida).

**Tabela 8 – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Idade**

	Idade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DT Obsessão por emagrecer	Infância	165	2,50	0,863	0,067
	Pré-Adolescência	150	2,40	0,985	0,080
B Bulimia	Infância	165	3,29	0,595	0,046
	Pré-Adolescência	150	3,30	0,683	0,056
BD Insatisfação corporal	Infância	165	2,95	0,907	0,071
	Pré-Adolescência	150	2,84	0,966	0,079
LSE Baixa Auto-estima	Infância	165	2,57	0,618	0,048
	Pré-Adolescência	150	2,52	0,708	0,058
PA Alienação pessoal	Infância	165	2,78	0,787	0,061
	Pré-Adolescência	150	2,81	0,803	0,066
II Insegurança interpessoal	Infância	165	2,13	0,840	0,065
	Pré-Adolescência	150	2,07	0,832	0,068
IA Alienação interpessoal	Infância	165	2,11	0,603	0,047
	Pré-Adolescência	150	2,12	0,607	0,050
ID	Infância	165	2,50	0,736	0,057

Deficits introspectivos	<b>Pré-Adolescência</b>	150	2,44	0,839	0,068
<b>ED</b> Desregulação emocional	<b>Infância</b>	165	2,70	0,675	0,053
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	2,69	0,748	0,061
<b>P</b> Perfeccionismo	<b>Infância</b>	165	1,74	0,791	0,062
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	1,84	0,825	0,067
<b>A</b> Ascetismo	<b>Infância</b>	165	1,94	0,606	0,047
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	1,94	0,656	0,054
<b>MF</b> Medo da maturidade	<b>Infância</b>	165	1,51	0,647	0,050
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	1,66	0,714	0,058
<b>EDRC - Risco de perturbação do comportamento alimentar composto</b>	<b>Infância</b>	165	24,46	5,392	0,420
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	23,87	5,887	0,481
<b>IC</b> Ineficácia	<b>Infância</b>	165	17,45	4,163	0,324
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	17,40	4,500	0,367
<b>IPS</b> Problemas interpessoais	<b>Infância</b>	165	14,84	4,377	0,341
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	14,65	4,314	0,352
<b>APC</b> Problemas afectivos	<b>Infância</b>	165	22,05	5,150	0,401
	<b>Pré-Adolescência</b>	150	21,72	6,167	0,504

OC Excesso de controlo	Infância	165	11,98	3,648	0,284
	Pré-Adolescência	150	12,29	3,995	0,326
GMPC Desajustamento psicológico global	Infância	165	16,08	2,929	0,228
	Pré-Adolescência	150	16,16	3,075	0,251

Com base nas diferenças entre as Médias destas duas Amostras Independentes (Infância vs Pré-Adolescência) que constam na **Tabela 8** verificámos que, apenas existem diferenças ao nível da Subescala *Medo da Maturidade*, sendo estas marginalmente significativas (MF -  $t(313)=-1.96$ ;  $p=.050$ ).

**Tabela 9** – Valores Médios das Subescalas do EDI-C vs Distrito

Variável Dependente: Perfeccionismo (P)

Distrito	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound
Zona Norte	1,602	0,059	1,486	1,719
Zona Centro	1,953	0,093	1,770	2,136
Alentejo	1,958	0,392	1,187	2,729
Algarve	2,125	0,139	1,852	2,398
Ilhas	2,011	0,146	1,725	2,298

A partir da **Tabela 9** é possível constatar-se, diferenças muito significativas na Subescala *Perfeccionismo (P)*, entre a *Zona Norte* e a *Zona Centro* e, também entre a *Zona Norte* e o *Algarve* ( $F_{4,307}=5.36$ ,  $p<.001$ ).

São também de salientar, as diferenças significativas identificadas nas Subescalas (consultar *Quadro 21* em anexo): *Baixa Auto-Estima* (LSE -  $F_{4,307}=3.79$ ,  $p<.05$ ); *Alienação Interpessoal* (PA -  $F_{4,307}=2.50$ ,  $p<.05$ ); *Deficits Introspectivos* (ID -

$F_{4,307} = 4.09, p < .05$ ); *Ineficácia* (IC -  $F_{4,307} = 3.33, p < .001$ ); *Problemas Afetivos* (APS -  $F_{4,307} = 4.32, p < .001$ ); *Excesso de Controlo* (OC -  $F_{4,307} = 3.00, p < .001$ ) e, *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC -  $F_{4,307} = 3.76, p < .001$ ) (Consultar Quadro 22 em anexo).

No que diz respeito às variáveis Sócio-Demográficas *Escolaridade* e *Agregado Familiar*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para análise.

**5ª. Questão de Investigação:** Qual a relação entre o *Comportamento Alimentar* e as *Variáveis Sócio-demográficas* e as *Variáveis Clínicas* dos Prestadores de Cuidados Alimentares?

Como é possível consultar-se em Anexo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível de quaisquer *Variáveis Sócio-demográficas* como é o caso da *Idade do Adultos*; *Idade das Crianças*; *Escolaridade*; *Agregado Familiar*; *Estado Civil*; *Situação Profissional*; e, *Distribuição Geográfica (Distrito)*.

**6ª. Questão de Investigação:** Como se associam as Variáveis Psicológicas: *Depressão, Ansiedade e Stress*, com o *Comportamento Alimentar* na Infância?

Os dados que constam na **Tabela 10** salientam as Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do EDI-C e das Escalas da EADS-CPA.

**Tabela 10** - Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do EDI-C e das Escalas do EADS-CPA

EDI-C		EADS-CPA	Depressão	Ansiedade	Stress
DT Obsessão por emagrecer	Pearson Correlation		- 0,206(**)	- 0,162(**)	- 0,188(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,004	0,001
	N		315	315	315
B Bulimia	Pearson Correlation		- 0,289(**)	- 0,274(**)	- 0,273(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000
	N		315	315	315
BD Insatisfação corporal	Pearson Correlation		- 0,193(**)	- 0,124(*)	- 0,191(**)
	Sig. (2-tailed)		0,001	0,027	0,001
	N		315	315	315
LSE Baixa Auto-estima	Pearson Correlation		- 0,210(**)	- 0,214(**)	- 0,307(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000
	N		315	315	315
PA Alienação pessoal	Pearson Correlation		- 0,318(**)	- 0,260(**)	- 0,355(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000
	N		315	315	315
II Insegurança interpessoal	Pearson Correlation		-0,080	- 0,144(*)	- 0,145(*)
	Sig. (2-tailed)		0,156	0,011	0,010
	N		315	315	315
IA Alienação interpessoal	Pearson Correlation		- 0,140(*)	- 0,161(**)	- 0,203(**)
	Sig. (2-tailed)		0,013	0,004	0,000
	N		315	315	315
	Pearson Correlation		- 0,406(**)	- 0,370(**)	- 0,442(**)

ID Deficits introspectivos	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,350(**)	- 0,311(**)	- 0,317(**)
ED Desregulação emocional	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,191(**)	- 0,104	- 0,179(**)
P Perfeccionismo	Sig. (2-tailed)	0,001	0,065	0,001
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,178(**)	- 0,156(**)	- 0,193(**)
A Ascetismo	Sig. (2-tailed)	0,001	0,006	0,001
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	-0,087	-0,082	-0,023
MF Medo da maturidade	Sig. (2-tailed)	0,125	0,146	0,684
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,273(**)	- 0,213(**)	- 0,260(**)
EDRC Risco de perturbação do comportamento alimentar composto	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,300(**)	- 0,265(**)	- 0,369(**)
IC Ineficácia	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,123(*)	- 0,176(**)	- 0,197(**)
IPS Problemas interpessoais	Sig. (2-tailed)	0,029	0,002	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,429(**)	- 0,387(**)	- 0,435(**)
APC Problemas afectivos	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,223(**)	- 0,155(**)	- 0,225(**)
OC Excesso de controlo	Sig. (2-tailed)	0,000	0,006	0,000
	N	315	315	315
	Pearson Correlation	- 0,396(**)	- 0,364(**)	- 0,432(**)
GMPC Desajustamento psicológico global	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	315	315	315

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

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

Com base na análise da **Tabela 10**, é possível identificar correlações negativas muito significativas (\*\* $p < .001$ ) das três escalas da EADS-CPA: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, com as seguintes Subescalas do EDI-C: *Obsessão por Emagrecer* (DT), *Bulimia* (B), *Baixa Auto-Estima* (LSE), *Alienação Pessoal* (PA), *Deficits Introspectivos* (ID), *Desregulação Emocional* (ED), *Ascetismo* (A), *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC), *Ineficácia* (IC), *Problemas Afetivos* (APC), *Excesso de Peso* (OC) e *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC).

Constatámos também correlações negativas muito significativas (\*\* $p < .001$ ) ao nível das Subescalas: *Insatisfação Corporal* (BD) com as Escalas de *Depressão* e de *Stress*; *Alienação Interpessoal* (IA) com as Escalas de *Ansiedade* e de *Stress*; *Perfeccionismo* (P) com as Escalas de *Depressão* e de *Stress*; e, *Problemas Interpessoais* (IPS) com as *Escalas de Ansiedade* e de *Stress*.

É igualmente pertinente salientar que, identificámos correlações negativas significativas ( $p < .05$ ), tais como no caso das seguintes Subescalas: *Insatisfação Corporal* (BD) com a Escala de *Ansiedade*; *Insegurança Interpessoal* (II) com as Escalas de *Ansiedade* e de *Stress*; *Alienação Interpessoal* (IA) com a Escala de *Depressão*; e, *Problemas Interpessoais* (IPS) com a Escala *Depressão*.

**7ª. Questão de Investigação:** Como se associam as Variáveis Psicológicas: *Depressão, Ansiedade e Stress*, com *Percepção dos Pais/Cuidadores* sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos?

Os dados que constam na **Tabela 11** salientam as Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do CEBQ e das Escalas da EADS.

**Tabela 11** - Correlações obtidas a partir da análise das Subescalas do CEBQ e das Escalas do EADS-CPA

CEBO		EADS	Depressão	Ansiedade	Stress
FR	Pearson Correlation		0,165(**)	0,134(*)	0,153(*)
	Sig. (2-tailed)		0,007	0,031	0,013
	N		262	262	262
EF	Pearson Correlation		0,068	0,025	0,079
	Sig. (2-tailed)		0,276	0,684	0,204
	N		262	262	262
SR	Pearson Correlation		-0,031	0,031	0,038
	Sig. (2-tailed)		0,619	0,622	0,537
	N		262	262	262
SE	Pearson Correlation		0,066	-0,011	0,006
	Sig. (2-tailed)		0,289	0,857	0,920
	N		262	262	262
FF	Pearson Correlation		0,060	0,119	0,077
	Sig. (2-tailed)		0,332	0,054	0,214
	N		262	262	262

EOE	Pearson Correlation	0,205(**)	0,181(**)	0,208(**)
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,003	0,001
	N	262	262	262
EUE	Pearson Correlation	0,119	0,196(**)	0,121
	Sig. (2-tailed)	0,055	0,001	0,051
	N	262	262	262
DD	Pearson Correlation	0,145(*)	0,107	0,160(**)
	Sig. (2-tailed)	0,019	0,084	0,010
	N	262	262	262
Escala Geral	Pearson Correlation	0,195(**)	0,192(**)	0,207(**)
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,002	0,001
	N	262	262	262

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

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

A partir da análise da **Tabela 11**, é possível identificar correlações positivas muito significativas (\*\* $p < .001$ ) das três escalas da EADS-CPA: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, com as seguintes Subescalas do CEBQ: *Sobre ingestão Emocional* (EOE) e a *Escala Geral* (Total do CEBQ).

Identificámos também correlações positivas muito significativas (\*\* $p < .001$ ) nas seguintes Subescalas: *Resposta à Comida* (FR) e a Escala da *Depressão*; *Sub ingestão Emocional* (EUE) e a Escala de *Ansiedade*; e, *Desejo de Beber* (DD) e a Escala do *Stress*.

São também de salientar, correlações positivas significativas (\* $p < .05$ ) entre as Subescalas: *Resposta à Comida* (FR) e as Escalas de *Ansiedade* e de *Stress*; *Desejo de Beber* (DD) e a Escala de *Depressão*.

**8ª. Questão de Investigação:** De que forma as variáveis psicológicas, *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, podem ou não influenciar a relação entre o *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência* bem como, influenciar ou não a *Percepção dos Prestadores de Cuidados Alimentares*?

**8.1** – Resultados da Regressão Linear para a *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* e as várias Subescalas do EDI-C (consultar Quadros 23 em Anexo)

O *Stress* e a *Depressão* revelaram ser preditores das seguintes Subescalas: *Alienação Pessoal (PA)*; *Deficits Introspectivos (ID)*; *Desregulação Emocional (ED)*; *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC)*; *Problemas Afectivos (APS)*; *Excesso de Controlo (OC)*; e, *Desajustamento Psicológico Global (GMPC)*.

No mesmo contexto, apenas o *Stress* revelou ser preditor das seguintes Subescalas: *Baixa Auto-Estima (LSE)*; *Alienação Interpessoal (IA)*; *Ineficácia (IC)*; e, *Problemas Interpessoais (IPS)*.

**8.2** – Resultados da Regressão Linear para a *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* e as várias Subescalas do CEBQ (consultar Quadro 24 em Anexo)

Com base nesta análise foi possível identificarmos que, apenas a *Ansiedade* revelou ser preditora da Subescala *Sub ingestão Emocional (EUE)*.

#### IV.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os índices crescentes da incidência e prevalência, quer nacional, quer internacional, das *Perturbações do Comportamento Alimentar* bem como, da *Obesidade*, é de extrema importância uma análise do *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência* e, dos factores de risco a este associados.

Do ponto de vista educacional e preventivo, torna-se igualmente pertinente analisar a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos*, de forma a possibilitar um maior reforço dos comportamentos parentais ajustados em prol, de uma nutrição saudável.

Por outro lado, a importância das Alterações Psicoemocionais (*Ansiedade, Depressão e Stress*) identificada e amplamente descrita, quer ao nível dos índices dos Pais/Cuidadores, quer ao nível dos índices das Crianças/Pré-Adolescentes, salienta-se a pertinência em analisar a estabilidade psicoemocional dos participantes com o intuito de verificarmos se existe alguma associação destes índices com o *Comportamento Alimentar das Crianças/Pré-Adolescentes* e com a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos*.

Deste modo, salientamos que os instrumentos utilizados nesta investigação poderão dar um importante contributo nesta Área de Intervenção, nomeadamente, ao nível da Saúde e da prevenção dos Comportamentos de Risco associados.

No mesmo contexto e, de forma a estruturar e orientar o presente estudo, foram levantadas oito questões de investigação, cujos resultados passaremos, de seguida a analisar e dissertar.

**1ª. Questão de Investigação:** Como se caracteriza o *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?

Wilhelm & Clarke (s.d) referem que, as *perturbações do comportamento alimentar* são as terceiras mais comuns nas jovens adolescentes, depois da *obesidade* e

da asma. Vários autores salientam a *Anorexia Nervosa* e a *Bulimia* como as principais perturbações do comportamento alimentar (Torres & Guerra, 2003).

A percentagem de *Anorexia* e *Bulimia Nervosa* nas mulheres está a aumentar e, assiste-se também a um aumento do número de homens que necessitam de tratamento sendo, as idades apontadas para o diagnóstico cada vez mais novas (Derenne & Beresin, 2006).

No presente estudo, a partir da análise das *Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* (Tabela 2) foi possível constatar que, a média mais elevada foi obtida ao nível da Subescala *Bulimia* (B=3,30). Estes resultados remetem para uma maior tendência na ocorrência de episódios de uma incontrolável e excessiva vontade de comer (ou seja, existência de *ingestão compulsiva*), acompanhados de sentimentos negativos associados à alimentação.

De acordo com Garner (2004), valores elevados obtidos nesta Subescala sugerem uma maior proeminência de pensamentos e comportamentos associados à *ingestão compulsiva*. Este comportamento relaciona-se intimamente com o *distress* emocional, o sigilo e por fim, a pensamentos sobre a perda de peso através do vómito (Garner, 2004; Grillo & Silva, 2004).

Alguns autores salientam também a possibilidade de recurso a laxantes, diuréticos, medicamentos ou exercício físico excessivo como estratégias adoptadas pelos sujeitos com comportamentos tendencialmente bulímicos, visando a manutenção do peso. Desta forma, no caso de diagnóstico de *Bulimia Nervosa*, o peso mantém-se geralmente dentro dos parâmetros normais (Grillo & Silva, 2004).

Neste contexto e, tendo em conta a prevalência mundial crescente desta perturbação, a análise da Subescala *Bulimia* é importante em termos de prognóstico, permitindo aceder a atitudes e sentimentos relacionadas com o descontrolo alimentar, mais do que com o comportamento alimentar propriamente dito (Garner, 2004).

É ainda de salientar, a média elevada obtida na Subescala *Insatisfação Corporal* (BD = 2,90; Tabela 2). Garner (2004) preconiza que, a *Insatisfação Corporal* abrange toda a forma do corpo, como o tamanho do estômago, ancas, coxas e nádegas.

Também o facto da *Insatisfação Corporal* ser característico das mulheres de cultura ocidental, não significa que este constructo isolado cause algum tipo de *perturbação do comportamento alimentar*. No entanto, a *Insatisfação Corporal* representa um factor de risco que pode ser responsável pelo início e manutenção de um extremo comportamento de controlo, o que pode aumentar a probabilidade e vulnerabilidade para o desenvolvimento de *perturbações do foro alimentar* (Garner, 2004). Pelo que, justifica-se a pertinência de análise nesta Subescala.

Deste modo, Garner (2004) refere que, resultados elevados nesta Subescala podem reflectir, na prática, sentimentos de intenso *distress* acompanhados de sensação de empanturramento após uma refeição normal.

Por outro lado, os ideais de magreza socialmente aceites e, de certo modo, reforçados pelas imagens dos *media*, tendem a perpetuar uma imagem distorcida do físico, atractividade e auto-controlo nas mulheres mais jovens. No caso dos rapazes estarem também sujeitos a uma fase de maior pressão social nomeadamente, com o papel emergente das mulheres na sociedade, tem tido impacto no sentido de identidade e nas suas oportunidades de carreira (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Ora, sendo a preocupação com o peso prevalente na população jovem e, o facto de vários estudos longitudinais terem encontrado fortes associações entre a excessiva preocupação com o peso e com a imagem corporal e, os comportamentos alimentares perturbados, incluindo a purgação e a ingestão compulsiva (Haines et al, 2007), os resultados médios elevados encontrados nesta investigação poderão ser indícios úteis para a prevenção das *Perturbações do Comportamento Alimentar*.

Ao nível das *Escalas Psicológicas (Tabela 3)* constatou-se a média mais elevada na Subescala *Alienação Pessoal* (PA = 2,80 significativa a  $p < .001$ ). O constructo desta Subescala sobrepõe-se a uma baixa auto-estima no entanto, mede um domínio mais extenso de sentimentos relativos a um intenso sentido de vazio e de solidão emocional e, um escasso sentido de auto-compreensão (Garner, 2004).

De facto, existem inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

É pertinente salientar também o resultado médio elevado na Subescala *Desregulação Emocional* (ED = 2,70; significativa a  $p < .05$ ; **Tabela 3**), a qual reflecte uma maior tendência para instabilidade do humor, impulsividade, imprudência, raiva e para a auto-destruição. Dois itens desta Subescala remetem para os comportamentos aditivos nomeadamente, o abuso de álcool e de drogas (Garner, 2004).

Estes resultados podem considerar-se como fortemente correlacionados com as características da faixa etária dos participantes uma vez que, nesta fase existe uma maior tendência para a adopção de comportamentos de risco nomeadamente, com o início da Adolescência. Por outro lado, a ambivalência de sentimentos e a instabilidade do humor, característicos desta fase de vida poderão de certa forma contribuir para estas elevações médias ao nível das Subescalas *Alienação Pessoal* e *Desregulação Emocional*.

Tal como salientam Wilhelm & Clarke (s.d.), a adolescência envolve diversos desenvolvimentos que têm impacto no comportamento alimentar, tais como a puberdade, mudanças corporais, novos sentimentos afectivo-sexuais e comportamentos de risco. Um aumento substancial na ingestão das comumente chamadas “comidas de plástico” (*fast food*) e consumo de álcool, durante a adolescência podem conduzir a obesidade, principalmente se não houver prática de exercício físico.

Relacionando as *Escalas Psicológicas* com o Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência demonstra-se assim que, de facto é não só necessário como fundamental, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural, e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de melhorarem os hábitos e os comportamentos (Viana, 2002).

No caso das *Escalas Compósitas* constatámos que, nas Subescalas: *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC), *Problemas Interpessoais* (IPS), *Excesso de Controlo* (OC) e *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC), todas as médias encontradas são significativamente diferentes.

Estes resultados sublinham o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* proeminente nesta faixa etária (Westenhoefer, 2002; Andrade, 2002; Claus et al., 2006, entre outros). A promoção de uma alimentação saudável na infância revela-se assim, de forma consistente, como uma área de intervenção prioritária para esta população, tal como havia preconizado Andrade (2002).

Na realidade, o início da adolescência envolve diversos desenvolvimentos com um forte impacto no comportamento alimentar tais como, a puberdade, as mudanças corporais, novos sentimentos afectivo-sexuais e comportamentos de risco (Wilhelm & Clarke, s.d.), que poderão de alguma forma associar-se a *Problemas Interpessoais*, nomeadamente, ao nível dos relacionamentos entre *pares*.

Os mesmos autores salientam os comportamentos alimentares perturbados como uma possível tentativa de criação de objectivos tangíveis e no sentido de controlo para a vida de cada um, como resposta às influências e às mensagens contraditórias que nos são transmitidas pela sociedade e pelas situações stressantes em casa, no trabalho ou na escola.

De acordo com Haines et al. (2007), a preocupação com o peso é prevalente entre a população adolescente, principalmente, pelos ideais de magreza socialmente aceites e, incessantemente perpetuados pelos *media* (Wilhelm & Clarke, s.d.), poderão potenciar uma conduta de *Excesso de Controlo* que, se constitui como um factor preponderante e precipitante dos distúrbios alimentares (Garner, 2004).

**2ª. Questão de Investigação:** Como se caracteriza a *Percepção dos Pais/Cuidadores e o Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência?

A parentalidade é uma actividade comum da vida diária, mas também uma das mais complexas, difíceis e exigentes tarefas que um adulto é chamado a desempenhar (Trowell, 2002 cit. por Algarvio, 2006).

De acordo com Rutter (cit. por Pires, 2001; Francisco et al, 2007), entende-se por comportamento parental o conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da

mesma, responder ao seu desconforto, às interações sociais, pedidos e comportamentos disruptivos, bem como dificuldades interpessoais.

Relativamente ao Comportamento Alimentar, estabelece-se em torno da alimentação, o eixo de interação mais precoce entre a mãe e a criança, eixo que constituirá o núcleo de referência dos diversos estádios do desenvolvimento posteriores (Marcelli, 2005).

Desta forma, os pais desempenham então, um papel preponderante na *modelagem* das experiências alimentares precoces da criança, através das suas atitudes e práticas alimentares (Birch et al, Golan & Crow, 2004b; Hodges, 2003), pelo que os estilos de parentalidade têm vindo a ser implicados no desenvolvimento dos padrões alimentares da criança (Bodhani, 2006).

Assim e, tendo em conta a importante influência dos comportamentos e atitudes parentais face à alimentação das crianças, a resposta a esta 2ª questão de investigação, baseou-se na análise dos resultados médios correspondentes às Subescalas do CEBQ (**Tabela 5**). A média mais elevada foi obtida na Subescala *Prazer em Comer* (EF = 3,03), que avalia um interesse pela comida (Viana & Sinde, 2008).

De acordo com os autores da validação do CEBQ numa amostra portuguesa (Viana & Sinde, 2008), a Subescala *Resposta à Comida* (FR) avalia igualmente um interesse pela comida. No entanto, neste estudo verificámos que, todas as Subescalas são significativamente superiores à Subescala *Resposta à Comida* – FR ( $p < .001$ ;  $p < .05$  no caso do CEBQ\_EOE), excepto a Subescala *Desejo de Beber* – DD. Como tal, situando-se as subescalas EF e FR em extremos opostos (EF – média mais elevada; FR – média mais baixa) é possível considerar-se que, o factor *Susceptibilidade à Fome* (TFEQ – Stunkard & Messick, 1985 cit. por Viana & Sinde, 2008) na presente amostra encontra-se dentro da média geral.

A *Resposta à Comida* (FR) remete para a influência dos atributos externos dos alimentos, ou de factores sociais, no apetite e ingestão e, encontram-se entre os determinantes da obesidade não só nos adultos (DEBQ – van Strien, 1997 cit. por Viana & Sinde, 2008) como também em crianças (Braet & van Strien, 1997, cit. por Viana & Sinde, 2008).

Neste caso e como já referimos, na nossa amostra os valores médios obtidos na *Resposta à Comida* (FR) foram significativamente mais baixos em relação às restantes escalas, o que poderá estar relacionado com o facto da amostra total ser bastante heterogénea relativamente ao Distrito/Zona de Residência dos participantes e consequentemente, com influência de diferentes factores sociais e culturais subjacentes. Pelo que, os diferentes atributos externos conferidos aos alimentos poderão assim, resultar numa discrepância significativa ao nível das *Respostas à Comida* (FR).

Por outro lado, é também concernente referir como exemplo concreto que, a amostra incluía um número reduzido de participantes de *etnia cigana*. Tal como Paúl & Fonseca (2001) afirmam, a saúde é um fenómeno cultural, desde logo influenciado pelo contexto em que a pessoa está inserida, quer pelas condições do ambiente físico, quer pelo estilo de vida, o trabalho e outros factores relacionais que favorecem ou não a atenção que cada um dispensa ao seu corpo e aos seus sinais.

Na *etnia cigana*, a doença afecta todo o grupo familiar e não apenas a família nuclear, estando as doenças que com maior frequência atingem este grupo directamente relacionadas com as más condições de alojamento, a falta de higiene, os acidentes de trabalho, a rejeição nos relacionamentos interpessoais, o acolhimento médico desfavorável bem como, uma alimentação deficitária e/ou desequilibrada (Liégeois, 2001).

Neste contexto, evidenciam-se portanto, a importância dos factores biológicos, familiares e sobretudo, socioculturais, como influentes no desenvolvimento de *perturbações do comportamento alimentar* (Gowers & Shore, 2001), também indubitavelmente relacionadas com as diferentes *Respostas* dadas à *Comida* (FR) nos mais diversos contextos de vida.

No que diz respeito à Subescala *Selectividade Alimentar* (FF = 2,82; **Tabela 5**), identificámos um resultado médio elevado. Em conformidade com Viana & Sinde (2008), esta Subescala remete para a falta de apetite e para a preferência por um grupo muito limitado de alimentos. Tendo em conta que, valores elevados obtidos a este nível podem estar associados a *perturbações alimentares* na infância, torna-se pertinente

associar estes resultados às médias elevadas obtidas ao nível das *Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* (EDI-C).

Nomeadamente, no que diz respeito à Subescala *Insatisfação Corporal* (EDI-C), analisada como um factor de risco que pode ser responsável pelo início e manutenção de um extremo comportamento de controlo, o que pode também aumentar a probabilidade e vulnerabilidade para o desenvolvimento de *perturbações do foro alimentar* (Garner, 2004), em consonância com a elevação dos resultados na Subescala *Selectividade Alimentar* (FF - CEBQ).

Por outro lado, um resultado médio mais elevado ao nível da *Selectividade Alimentar* (FF) suscita, de forma semelhante, uma relação com a média mais baixa obtida ao nível da *Resposta à Comida* (FR) na medida em que, uma maior falta de apetite e uma maior tendência para o controlo alimentar excessivo consequente da *Insatisfação Corporal* (EDI-C) experienciada, origina inevitavelmente um menor interesse pela comida. Ainda que, o *Prazer em comer* (EF) se mantenha elevado, o que pode funcionar como um factor protector face a um maior *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar*.

No mesmo sentido, a média relativamente mais elevada obtida na Subescala *Resposta à Saciedade* (SR = 2,60; **Tabela 5**), avalia a capacidade de “contra-regulação” da ingestão, ou seja a regulação do apetite de modo a compensar uma refeição anterior (Viana & Sinde, 2008). Podemos também salientar esta elevação média como protectora face aos riscos de perturbação acima descritos particularmente, no que diz respeito ao desenvolvimento de uma *Perturbação de Ingestão Compulsiva* bem como, ao nível de um maior aumento de peso e, consequente *Obesidade*.

É assim possível verificar, algumas tendências no sentido da consonância entre as respostas das crianças e pré-adolescentes (EDI-C) e a percepção dos pais/cuidadores (CEBQ) particularmente, pelas elevações das *Escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* (EDI-C); e, pelas médias elevadas nas Subescalas *Prazer em comer* e *Selectividade Alimentar* e, pela média significativamente baixa da Subescala *Resposta à Comida* (CEBQ), como já foi supracitado anteriormente.

**3ª. Questão de Investigação:** Como se associam o *Comportamento Alimentar* das Crianças e Pré-Adolescentes e a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar* dos seus filhos?

Vários autores salientam uma forte correlação entre as práticas parentais adoptadas e o comportamento alimentar mais ou menos desadequado (Birch et al, 2000; Morgado, 2004; Golan & Grow, 2004b; Marcelli, 2005; Bodhani, 2006; Lindsay et al, 2006; Blisset & Meyer, 2006; Mountford et al, 2007) pelo que, qualquer tipo de Intervenção nesta área deve ter em consideração a coexistência destas duas realidades: *Comportamento Alimentar* das Crianças/Pré-Adolescentes e *Percepção dos Pais/Cuidadores* desse mesmo Comportamento Alimentar; para que, vise alcançar maior probabilidade de sucesso.

Neste âmbito, Hodges (2003) refere a importância da percepção que os pais têm do peso da criança e, das consequentes implicações que poderão ocorrer ao nível da saúde física e mental da criança. No mesmo sentido Johnson et al (2002), salienta a parentalidade como um importante mediador na aquisição de práticas de alimentação saudáveis.

Por outro lado, Wertheim et al. (2002) referem que as influências sócio-culturais como é o caso, dos hábitos alimentares, são muitas vezes comunicadas pelos pais. Esta influência parental pode acontecer através da *comunicação verbal* ou, através da *modelagem* uma vez que, se encontram várias semelhanças entre as atitudes e os comportamentos dos pais e das crianças face à alimentação. A influência da *comunicação verbal* dos pais torna-se demasiado evidente quando por exemplo, estes encorajam a criança na perda de peso.

No presente estudo, verificámos a existência de uma *correlação negativa muito significativa* (**Tabela 6**) entre a Subescala *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) e a Subescala *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

Encontrando-se a *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) associada a uma tendência para instabilidade do humor, impulsividade, imprudência, raiva e para a auto-destruição; e, dois dos itens desta Subescala remeterem para comportamentos aditivos nomeadamente, o abuso de álcool e de drogas (Garner, 2004).

Esta *correlação negativa* pode então, sugerir que, quanto mais elevada for a tendência para a supremacia deste tipo de sentimentos e/ou condutas de risco, menor será a capacidade do sujeito responder de uma forma ajustada à sua *Saciedade* (CEBQ\_SR), pelo menos de acordo com a percepção dos pais/prestadores de cuidados alimentares a crianças e pré-adolescentes.

Ou seja, a *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) apresenta uma tendência para afectar negativamente a capacidade de “contra-regulação” da ingestão, dificultando assim a regulação do apetite de forma a compensar uma refeição anterior (Garner, 2004; Viana & Sinde, 2008).

Neste sentido, existem de facto inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu comportamento alimentar de tal forma que, alguns estudos remetem para algumas perturbações do humor funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o comportamento alimentar (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Do mesmo modo, Van der Kolk & Fisler (1994) referem que o comportamento alimentar pode funcionar como uma estratégia de gestão de fortes emoções o que por sua vez, pode hipotetizar a existência de uma relação entre os níveis emocionais (elevada *ansiedade*, agentes *stressores* externos) relacionados com o abuso e a negligência na infância e, a conseqüente *perturbação do comportamento alimentar* (Kent et al, 1999 cit. por Mountford et al, 2007; Mountford et al, 2007).

De acordo com estas perspectivas e, pelo comportamento alimentar poder funcionar como uma estratégia de gestão de fortes emoções, existe uma maior probabilidade e susceptibilidade para a adopção de comportamentos desadaptados e desajustados para a saúde, o que conseqüentemente pode levar a uma deficitária *Resposta à Saciedade*, percebida pelos pais/cuidadores.

Na realidade, Wilhelm & Clarke (s.d.) o comportamento de *dieta alimentar* não é só baseado na sensação de fome mas sim, na premissa de que se está “*demasiado*

*gordo*” e que, ao perder peso o problema será resolvido. Assim, o efeito mais insidioso da *dieta* é a interferência da percepção normal de que se tem fome ou dos sinais de *saciedade*. Para ter sucesso, um indivíduo que se encontra em *dieta* terá de diminuir estes sintomas, ou seja, procurar não comer quando tem fome e parar de comer em resposta a sinais arbitrários, antes mesmo de estarem saciados.

Contudo, para quem faz *dieta* esses sinais arbitrários são mais difíceis de gerir quando se encontram em fases de maior *stress* ou depressão, altura em que poderá ocorrer um descontrolo do *comportamento alimentar* restritivo (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Os mesmos autores consideraram este mecanismo como um reflexo do conceito de *emotional eating*, com base no qual a comida funciona como um factor de compensação que ajudará a acalmar os sentimentos de vazio, *distress* ou ansiedade, associados a uma baixa auto-estima, capacidades interpessoais empobrecidas e dificuldades interpessoais.

Este tipo de mecanismo está também, generalizadamente presente na *Perturbação de Ingestão Compulsiva*, funcionando como uma forma de reconforto alimentar na qual o indivíduo perde o total controlo sobre a sua *dieta* alimentar. Aqui está um bom exemplo prático da ausência de capacidade de *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

Na mesma sequência, verificámos *correlações negativas significativas* (**Tabela 6**) entre as Subescalas *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) e *Sub ingestão Emocional* (CEBQ\_EUE) e, entre as Subescalas *Problemas Afectivos* (EDIC\_APC) e *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

As Subescalas de *Ingestão Emocional* avaliam o efeito de factores de *stress* emocional que, em alguns indivíduos funcionam como inibidores do apetite (comportamentos restritivos) e noutros, como estimuladores do apetite (comportamentos de ingestão compulsiva) (Viana & Sinde, 2008). No caso da Subescala *Sub ingestão Emocional* (CEBQ\_EUE) constatou-se uma elevada tendência para a diminuição da ingestão percebida pelos pais/cuidadores, quando comparada

com o aumento da *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) nas crianças e pré-adolescentes.

Esta marcada tendência para a diminuição da ingestão pode encontrar-se relacionada com um tipo de comportamento restritivo, característico por exemplo, da *Anorexia Nervosa*. Torres & Guerra (2003) conceptualizam *Anorexia Nervosa*, por uma restrição alimentar severa, da qual resultam complicações que conduzem a uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e que, por vezes, em casos mais graves pode até conduzir à morte (Torres & Guerra, 2003).

Foram descritos diversos modelos que procuram caracterizar o início desta perturbação, sendo o mais comum aquele em que o doente apresenta uma *perturbação crónica do comportamento alimentar* ou hábitos de alimentação peculiares que juntamente com o *stress* originam uma conjuntura de sintomas de expressão clínica da *anorexia nervosa* (Goodman et al., 1998).

Relativamente à Subescala *Problemas Afectivos* (EDIC\_APC), obtida com base da soma das Subescalas: *Deficits Introspectivos* (EDIC\_ID) e *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED) – consultar *Tabela de Cotação em Anexo Quadro 18* - verificámos que, esta correlaciona-se negativamente a uma ajustada *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR).

Tal como no caso da Subescala *Desregulação Emocional* (EDIC\_ED), a Subescala *Deficits Introspectivos* (EDIC\_ID) remete para uma componente afectivo-emocional nomeadamente, para o reconhecimento e resposta a um estado emocional. De acordo com Garner (2004), os *Deficits Introspectivos* têm por base o *medo* e a *confusão* afectivos, que são sinónimo de *distress* quando as emoções se tornam demasiado intensas ou fora do controlo, gerando no sujeito sérias dificuldades de auto-reconhecimento sobre o seu próprio estado emocional.

No mesmo contexto, os *Deficits Introspectivos* (EDIC\_ID) reflectem uma certa relutância à expressão de pensamentos e sentimentos e, ao estabelecimento de relações íntimas com outros (Garner, 2004), o que de certa forma, poderá ter sido inflacionado, pelas características da própria faixa etária em estudo (transição da *infância* para a *adolescência*; vivência das transformações *pubertárias*).

Uma vez que, a *confusão*, a *inibição* e a *desconfiança* relacionadas com o funcionamento quer físico, quer afectivo, do sujeito, têm sido repetitivamente descritas

como uma importante característica de que desenvolve *Perturbações do Comportamento Alimentar* (Garner, 2004), a baixa capacidade de *Resposta à Saciedade* (CEBQ\_SR) percebida pelos pais/cuidadores poderá também, inevitavelmente e de uma forma significativa, remeter para o aumento da susceptibilidade e predisposição destas crianças e pré-adolescentes ao desenvolvimento de *distúrbios alimentares*.

**4ª. Questão de Investigação:** Como se associam o *Comportamento Alimentar* das Crianças e Pré-Adolescentes e a *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar* dos seus filhos?

No que diz respeito ao *Género* das crianças e pré-adolescentes, vários autores sublinham as diferenças que podem ocorrer ao nível do *Comportamento Alimentar* e dos factores e características a ele associados (Miller & Pumareiga, 2001; Goodman et al, 1998; Derenne & Beresin, 2006; Wilhelm & Clarke, s.d.; Strauss, 1999; Keel & Klump, 2003; entre outros).

De acordo com Torres & Guerra (2003), as principais *Perturbações do Comportamento Alimentar* são: a *Anorexia Nervosa* e a *Bulimia Nervosa*. Inicialmente, estas perturbações eram consideradas como próprias do sexo feminino (mulheres caucasianas, de estratos sociais altos).

No entanto, estas condições têm-se observado cada vez mais precocemente nos países desenvolvidos e, não se encontram exclusivamente relacionadas com mulheres, embora a ocorrência seja mais elevada nestas (Torres & Guerra, 2003).

Na realidade, as percentagens de *Anorexia* e *Bulimia Nervosa* estão a aumentar tanto no caso das mulheres como, no caso dos homens que necessitam de tratamento (Derenne & Beresin, 2006).

De acordo com Goodman et al (1998), os primeiros autores a descrever *Anorexia Nervosa* no sexo masculino foram Morton & Gull. Estes autores evidenciaram que, muitas vezes o diagnóstico não é efectuado pois, tanto médicos como, os próprios

homens, não estão sensibilizados que esta problemática poderá ocorrer em ambos os sexos.

Neste sentido e, como forma mais eficaz de prevenção do desenvolvimento de *perturbações do comportamento alimentar*, podemos sublinhar a pertinência dos estudos que avaliem o *Comportamento Alimentar* em ambos os géneros.

No presente estudo, com base nas diferenças entre as Médias de duas Amostras Independentes (*Feminino vs Masculino* – consultar **Tabela 7**), verificámos diferenças significativas ao nível das Subescalas: *Obsessão por Emagrecer* (DT); *Insatisfação Corporal* (BD); *Perfeccionismo* (P) e o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC).

Na Subescala *Perfeccionismo* ( $P=2,05$ ) foi o género feminino quem obteve uma média mais elevada, o que poderá indicar níveis mais elevados e exigentes em termos de objectivos, quer pessoais como, sociais (Garner, 2004).

Forbush et al (2007) salientaram que, o *Perfeccionismo* desempenha um papel de relevo em diversas *perturbações psicológicas*, incluindo a *depressão* e as *perturbações da ansiedade* e, tem sido foco de atenção, no que concerne ao estudo das *perturbações do comportamento alimentar*. O *Perfeccionismo* representa um precursor para, e uma característica de, fases agudas de determinada *perturbação dos comportamento alimentar*.

De acordo com os mesmos autores, apesar de o *Perfeccionismo* encontrar-se implicado na etiologia das *perturbações do comportamento alimentar*, também foi considerado como um factor risco específico para o desenvolvimento da *anorexia nervosa* e *bulimia*, mas não para a *perturbação de ingestão compulsiva*.

Tendo em conta que, o *Perfeccionismo* representa um papel preponderante no desenvolvimento e manutenção das *perturbações do comportamento alimentar* e, que frequentemente sujeitos com *Anorexia Nervosa* apresentam valores muito expressivos nesta Subescala (Garner, 2004), os resultados obtidos nesta amostra seguem as tendências verificadas em diversos estudos que apontam o sexo feminino como aquele onde é encontrada uma maior prevalência destas *perturbações*.

Torna-se assim, pertinente evidenciar o papel que as mulheres desempenham na sociedade bem como, o seu sentido de identidade e ideias de atractividade que justificam a criação de programas educacionais dirigidos a esta população-alvo, como base na modelagem e, na criação de padrões de beleza mais realistas e saudáveis (Miller & Pumareiga, 2001).

Por outro lado, nas Subescalas *Obsessão por Emagrecer* e *Insatisfação Corporal*, os valores médios obtidos foram superiores para o *Género Masculino* (DT=2,62; BD=3,05), o que denota uma maior preocupação dos rapazes na manutenção e controlo da *dieta alimentar* bem como, uma maior insatisfação com a sua imagem corporal (Garner, 2004).

Estes resultados e, em consonância com as investigações de Wilhelm & Clarke, (s.d.), poderão reflectir a vivência de uma fase de exponencial *pressão social* em torno de uma melhor *imagem corporal*, à qual os rapazes se encontram sujeitos. Por outro lado, o papel emergente das mulheres na própria sociedade, tem criado um impacto no *sentido de identidade* destes jovens e conseqüentemente, na progressão da sua *carreira profissional*.

Não obstante, também os *ideais de magreza* socialmente aceites e perpetuados pelos *media*, acabam por gerar uma imagem distorcida no auto-controlo, na aparência e atractividade física, não só das mulheres (Wilhelm & Clarke, s.d.), como também dos homens. Nomeadamente, na Cultura Ocidental tem-se assistido nos últimos anos, a um crescente culto e valorização do corpo como um importante *veículo* no estabelecimento de interações e relacionamentos interpessoais positivos.

Vários estudos longitudinais têm encontrado forte associações entre as preocupações com o peso e imagem corporal e, o *comportamento alimentar desajustado*, incluindo a *purgação* e a *ingestão compulsiva* (Haines et al, 2007) pelo que, nesta amostra de crianças e pré-adolescentes podemos evidenciar os rapazes como uma população que incorre num nível de maior risco, como é igualmente possível observar pelos valores médios mais elevados obtidos na Subescala *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC=25).

Relativamente à *Idade*, vários autores salientam a faixa etária infantil como um período fundamental na aquisição de hábitos alimentares, mais ou menos saudáveis bem como, o possível início de *distúrbios ao nível do comportamento alimentar* (Westenhofer, 2002; Andrade, 2002; Claus et al, 2006).

Também Johnson et al (2002), refere o abuso, a negligência e outras adversidades na infância como factores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

São assim, muitos os autores que referem idades de risco e de maior vulnerabilidade em que, de acordo com Taylor (1995), a exposição a *comportamentos de risco* facilita a sua integração no repertório pessoal.

Na idade escolar, por exemplo, aumenta o consumo de produtos tipicamente associados à infância como, os refrigerantes, *hambúrgues*, produtos de pastelaria doces e salgados, etc. (Viana, 2003). Pelo que, são estas idades de risco também idades adequadas para serem ensinados comportamentos saudáveis face aos mesmos comportamentos de risco (cit. por Viana, 2002).

Deste modo, a promoção de uma alimentação saudável na infância revela-se como uma área de intervenção prioritária (Andrade, 2002).

Em termos de comportamento alimentar, a idade constitui-se portanto, como um importante factor de risco para o desenvolvimento de perturbações desta natureza. Pelo que, é de extrema importância a detecção precoce destas perturbações, que afectam uma percentagem considerável da população adolescente e cada vez, aparecem em faixas etárias mais jovens.

Nesta investigação, com base nas diferenças entre as Médias das duas Amostras Independentes (*Infância vs Pré-Adolescência*) - consultar **Tabela 8** - verificámos que, apenas existem diferenças marginalmente significativas ao nível da Subescala *Medo da Maturidade*, sendo a média mais elevada na *Pré-adolescência* (MF=1,66).

É de se notar que, Subescala *Medo da Maturidade* (MF) reflecte preocupações em torno do crescimento e, representa um dos factores mais importantes para um subgrupo de adolescentes cuja perda de peso é motivada pelos medos e receios associados à maturidade psicosexual (Garner, 2004).

A Adolescência envolve diversos desenvolvimentos que têm impacto no *Comportamento Alimentar*, tais como: a puberdade, mudanças corporais, novos sentimentos afectivo-sexuais e predisposição para comportamentos de risco (Wilhelm & Clarke, s.d.).

Tendo em conta que, neste estudo a fase designada por *Pré-Adolescência* (dos 12 aos 15 anos) corresponde ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários bem como, a uma fase de intensas transformações, não só físicas como também psíquicas, salienta-se o *Medo da Maturidade*, como um exemplo concreto das ambivalências evidenciadas por diversos autores (Piaget, Erickson, Andrade, 2002, Wilhelm & Clarke, s.d.) como características desta faixa etária e que, podem aumentar o risco de desenvolvimento de *perturbação do comportamento alimentar*.

Ou seja, no sentido dos autores Striegel-Moore & Bulik (2007) ao evidenciarem que, o risco de desenvolver perturbações alimentares se acentua com a aproximação da fase da adolescência.

No que concerne ao *Distrito*, inúmeros estudos apontam para uma marcada influência sociocultural no que diz respeito ao *Comportamento Alimentar*.

De acordo com Miller & Pumareiga (2001), ao longo da história as *perturbações do comportamento alimentar* ocorrem em diferentes meios culturais e têm atravessado muitas sociedades contemporâneas. Inclusivamente, a *anorexia nervosa* já foi descrita como uma possível “*síndrome de fronteiras culturais*”.

As *perturbações do comportamento alimentar* são de facto, mais prevalentes em meios culturais urbanos. A compreensão do papel cultural no desenvolvimento de uma *perturbação do comportamento alimentar* sugere que se adoptem determinados princípios e guias de tratamento e intervenção preventiva, especialmente devido ao enorme crescimento dos números que, apontam os doentes de *raça caucasiana* como os mais afectados por estas perturbações (Miller & Pumareiga, 2001).

Em primeiro lugar, é urgente que se reforcem os valores e crenças tradicionais nomeadamente, os que promovam a auto-estima e o auto-conceito, podendo incluir um reforço da identidade étnica e/ou centrar a imagem corporal no contexto da auto-estima.

Este ponto de vista enfatiza o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes, para capacitar os clínicos no trabalho com culturas diferentes e, com as crenças que indubitavelmente, lhes são inerentes (Miller & Pumareiga, 2001).

No mesmo sentido e, tal como já foi evidenciado anteriormente, Wertheim et al (2002) referem as influências socioculturais como é o caso, dos hábitos alimentares, são muitas vezes comunicadas pelos pais, através da *modelagem* e/ou da *comunicação verbal*. Neste caso e, tendo em consideração a faixa etária em estudo, são igualmente importantes as influências dos *pares* e os *media* na aquisição e influência dos mais diversos aspectos culturais.

Em termos médios, os resultados obtidos nesta investigação demonstram uma marcada heterogeneidade entre a *Distribuição Geográfica* (variável *Distrito* – consultar **Tabela 9** e **Quadro 3** em *Anexo*) e as diferentes Subescalas relativas ao *Comportamento Alimentar* na Infância e Pré-Adolescência (EDI-C).

Como tal, foram encontradas diferenças muito significativas na Subescala *Perfeccionismo* (P), entre a *Zona Norte* e a *Zona Centro* e, também entre a *Zona Norte* e o *Algarve*, o que poderá sugerir diferenças ao nível das próprias preocupações inerentes ao crescimento e desenvolvimento do ser humano (Garner, 2004) em termos socioculturais, evidenciando-se a *Zona Norte* de Portugal Continental como aquela que mais difere das restantes.

Foram também identificadas diferenças significativas nas Subescalas (consultar **Quadro 3** em *Anexo*): *Baixa Auto-Estima* (LSE); *Alienação Interpessoal* (PA); *Deficits Introspectivos* (ID); *Ineficácia* (IC); *Problemas Afetivos* (APS); *Excesso de Controlo* (OC) e, *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC).

Uma das explicações para estes resultados, poderá estar relacionada com a dicotomia *meio rural vs meio urbano*, como por exemplo na Subescala P, *Zona Norte* (=1,602) vs *Zona Centro* (=1,95). Sendo a *Zona Norte* caracteristicamente um meio mais ruralizado, apresenta uma média mais baixa ao nível da Subescala *Perfeccionismo*, o que vai de encontro ao preconizado pelos autores Miller & Pumareiga (2001). Ou seja, as *perturbações do comportamento alimentar* são de facto, mais prevalentes em meios culturais urbanos.

Tendo em conta que, como já foi referido anteriormente, o *Perfeccionismo* desempenha um papel de relevo em diversas *perturbações psicológicas*, incluindo a *depressão* e as *perturbações da ansiedade* e, tem sido foco de atenção, no que concerne ao estudo das *perturbações do comportamento alimentar* (Forbush et al, 2007), os resultados desta investigação poderão reforçar a ideia de um maior risco de desenvolvimento de *perturbações do comportamento alimentar* em meios urbanos.

No que diz respeito às *Variáveis Sócio-demográficas* *Escolaridade* e *Agregado Familiar*, nesta amostra não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para análise.

**5ª. Questão de Investigação:** Qual a relação entre o *Comportamento Alimentar* e as *Variáveis Sócio-demográficas* e as *Variáveis Clínicas* dos Pais/Cuidadores?

Nesta investigação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível de quaisquer *Variáveis Sócio-demográficas* como é o caso da *Idade do Adultos*; *Idade das Crianças*; *Escolaridade*; *Agregado Familiar*; *Estado Civil*; *Situação Profissional*; e, *Distribuição Geográfica (Distrito)*.

**6ª. Questão de Investigação:** Como se associam as *Variáveis Psicológicas*: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, com o *Comportamento Alimentar* na Infância?

De acordo com Telch (1997), muitos investigadores conceptualizam os distúrbios alimentares como alterações do humor que usam estratégias de regulação específicas relacionadas com a alimentação e com o corpo (como por exemplo, a *dieta*, comportamentos purgativos, exercício físico, entre outros) como técnicas com o

objectivo de diminuir o afecto e as alterações evidenciadas sem qualquer prazer (cit. por Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Num outro estudo, cujo objectivo foi determinar a frequência das *perturbações da ansiedade* e, de que forma estas se relacionam com as *perturbações do comportamento alimentar*, Kaye et al. (2004) concluíram que a prevalência das *perturbações da ansiedade* em geral e, na *perturbação obsessivo-compulsiva* em particular, é muita mais elevada na *anorexia* e *bulimia nervosa*, quando comparadas com uma amostra normativa. As *perturbações da ansiedade* surgiam na infância, antes do início da instalação da *perturbação do comportamento alimentar*, confirmando que constituem um factor de vulnerabilidade no desenvolvimento de *anorexia* e *bulimia nervosa*.

Existem, de facto, inúmeras associações entre o estado emocional do sujeito e a repercussão ao nível do seu *comportamento alimentar*, de tal forma que, alguns estudos remetem para a ideia de algumas *perturbações do humor* funcionarem como mediadoras na relação com a comida e com a dicotomia *prazer-desprazer* relacionada com o *comportamento alimentar* (Gilboa-Schechtman et al, 2006).

Os mesmos autores encontraram, por exemplo, elevados níveis de *depressão*, *estado e traço de ansiedade*, relacionados com *perturbações do comportamento alimentar*. A *depressão* e a *ansiedade* podem então, preceder o *distúrbio alimentar*, ocorrer simultaneamente ou, no *follow-up* tornando-se assim, evidente a correlação existente.

Neste mesmo sentido, foi possível encontrar na presente investigação *correlações negativas muito significativas* (consultar **Tabela 10**) das três escalas da EADS-CPA: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*, com as seguintes Subescalas do EDI-C: *Obsessão por Emagrecer* (DT), *Bulimia* (B), *Baixa Auto-Estima* (LSE), *Alienação Pessoal* (PA), *Deficits Introspectivos* (ID), *Desregulação Emocional* (ED), *Ascetismo* (A), *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* (EDRC), *Ineficácia* (IC), *Problemas Afectivos* (APC), *Excesso de Peso* (OC) e *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC).

Constatámos também *correlações negativas muito significativas* (consultar **Tabela 10**) ao nível das Subescalas: *Insatisfação Corporal* (BD) com as Escalas de

*Depressão e de Stress; Alienação Interpessoal (IA) com as Escalas de Ansiedade e de Stress; Perfeccionismo (P) com as Escalas de Depressão e de Stress; e, Problemas Interpessoais (IPS) com as Escalas de Ansiedade e de Stress.*

É igualmente pertinente salientar que, identificámos *correlações negativas significativas* (consultar **Tabela 10**), tais como no caso das seguintes Subescalas: *Insatisfação Corporal (BD) com a Escala de Ansiedade; Insegurança Interpessoal (II) com as Escalas de Ansiedade e de Stress; Alienação Interpessoal (IA) com a Escala de Depressão; e, Problemas Interpessoais (IPS) com a Escala Depressão.*

Burton (2007) salientou num estudo recente que, as Intervenções nesta área que objectivam uma diminuição de um *afecto negativo* (como é o caso, do *Stress*), têm um efeito positivo nos sintomas de natureza *bulímica*, o que vai no mesmo sentido da correlação identificada com a Subescala *Bulimia* (Garner, 2004).

De forma semelhante, alguns estudos mostraram que, num momento de maior fraqueza emocional causada por emoções negativas, fadiga e, outros possíveis *stressores*, podem causar um repentino episódio de *ingestão compulsiva* contínua e, uma conseqüente perda do controlo alimentar (Claus et al, 2006; Striegel-Moore, 2007), ou seja, uma maior *Desregulação Emocional, Deficits Introspectivos*, sentimentos de *Ineficácia* e, um maior *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto*, descritos por Garner (2004), poderão correlacionar-se com momentos de *instabilidade psicoemocional*.

Relativamente à Subescala *Insatisfação Corporal*, é possível encontrar-se uma associação consistente com a *Depressão*, nomeadamente nas mulheres (Garner, 2004). Keel et al. (2002) identificaram que, a *Depressão* é um forte preditor da *Insatisfação Corporal* em mulheres num *follow-up* de dez anos, após tratamento de *Bulimia Nervosa*. Foi igualmente possível constatar-se que, esta Subescala associa-se a níveis mais baixos de expressão emocional, frequência de comparações ao nível da aparência, implicações históricas e à internalização de valores sociais (cit. por Garner, 2004).

A *depressão* pode ser assim, considerada como um dos principais factores no desenvolvimento e manutenção da *insatisfação corporal*, no mesmo sentido da *correlação muito significativa* encontrada entre as duas Subescalas neste estudo.

Vários autores salientam também que, um *distúrbio da imagem corporal* pode potenciar-se durante a adolescência (Cataneo et al, 2005). Neste sentido, um estudo realizado por Passos & Machado (2002), intitulado *Eventos Depressivos na puberdade*, revelou que a frequência mais elevada de *sintomas depressivos* coincidiu com os 11 e 12 anos, que corresponde à faixa etária presente nesta investigação.

No que concerne à *Baixa Auto-Estima*, esta Subescala permite aceder a uma auto-avaliação negativa por parte do sujeito nomeadamente, em questões relacionadas com os sentimentos pessoais de insegurança, inadaptação, ineficácia e auto-conceito pejorativo. Muitas teorias consideram uma *baixa auto-estima* desempenha um papel mais preponderante no desenvolvimento e manutenção das *perturbações alimentares* (Garner, 2004).

A revisão de literatura efectuada por Strauss (2000) revelou-nos que, as espanholas obesas e as mulheres caucasianas demonstram *Baixos níveis de Auto-Estima* durante a adolescência. Adicionalmente, as crianças obesas com *Baixa Auto-Estima* denotaram elevados níveis de *tristeza*, *solidão* e *ansiedade*, estando mais propensas a adoptarem *comportamentos de risco*, tais como são os casos do, tabaco e consumo de álcool.

Vilela et al. (2004), desenvolveram um estudo que, permitiu concluir uma elevada prevalência de possíveis *distúrbios alimentares* e *comportamentos alimentares desadequados* em idade escolar. Vohs et al. (1999) verificaram também que, a *Baixa Auto-Estima*, os *Comportamentos Dietéticos* e, os sintomas de *Perturbação do Comportamento Alimentar* são comuns entre os jovens em idade escolar.

Como tal e, tendo em conta a correlação existente entre uma *Baixa Auto-Estima*, uma elevada *Alienação Pessoal e Interpessoal*, um maior *risco de Perturbações do Comportamento Alimentar Composto* e a coexistência de *instabilidade psicoemocional* (nomeadamente, *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*), também Ackard et al. (2003) constataram que, os adolescentes com critérios de diagnóstico de síndrome de *Ingestão Compulsiva*, obtiveram pontuações muito baixas nas subescalas relacionadas com a *Satisfação Corporal* e a *Auto-Estima* e, apresentaram elevados valores para o *Humor Depressivo*, em comparação aos adolescentes com valores sub-clínicos ou sem *Ingestão Compulsiva*.

Outro estudo com o intuito de avaliar os comportamentos de adolescentes relacionados com a *dieta, formas alimentares e exercício físico*, indução do *vómito* e uso de *laxantes* e outros *medicamentos para emagrecer* revelou que, tanto os rapazes como as raparigas recorrem a *laxantes* e à indução do *vómito* para perderem peso e estas técnicas estavam relacionadas com um sentimento de *excesso de peso* (Krowchuk et al., 1998).

Como tal, encontrando-se o excesso de peso associado, nos mais diversos casos, a um *humor deprimido* (Ackard et al., 2003) e outras *alterações psicoemocionais* relacionadas (como é o caso, por exemplo, de elevada *ansiedade* e agentes *stressores* externos, salientados por Mountford et al., 2007), poderá assim surgir uma significativa *Obsessão por Emagrecer*, aumentando a probabilidade de recurso a comportamentos desajustados, como o referido uso de *laxantes* ou a *indução do vómito* que, como causalidade final, aumentam o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar*, e põe em risco a saúde dos mais jovens.

No mesmo sentido, também o *Perfeccionismo* tem sido associado a uma série de *perturbações do comportamento alimentar*, nomeadamente nas mulheres, sendo o *jejum* e a *purgação*, os comportamentos desajustados maioritariamente associados. Esta subescala, de acordo com diversos autores, desempenha também um papel de relevo em diversas perturbações psicológicas, incluindo a *depressão* e as *perturbações da ansiedade* (Forbush et al., 2007).

Relativamente às restantes Subescalas Psicológicas (EDI-C) com correlações significativas às alterações psicoemocionais (*Ansiedade, Depressão e Stress* – EADS-CPA), torna-se pertinente salientarmos o *Desajustamento Psicológico Global* como um dos escores mais significativos. Isto porque, de acordo com Garner (2004), esta Subescala reflecte o desajustamento psicológico global do sujeito, o que representa um dos dois factores major relativamente à análise do *Comportamento Alimentar* com base no EDI.

Na prática, um funcionamento psicológico global, caracterizado por uma *Baixa Auto-Estima*, a presença de *Alienação Pessoal e Interpessoal, Deficits Introspectivos, Desregulação Emocional, Perfeccionismo e Ascetismo*, quando potenciado pela presença de uma significativa instabilidade psicoemocional (*Ansiedade, Depressão e*

Stress), poderá indiciar uma importante disfunção quer no domínio pessoal, quer no domínio interpessoal dos sujeitos (Garner, 2004).

No domínio interpessoal e, tendo em consideração a faixa etária em estudo, é ainda deveras importante sublinhar o relacionamento com os *pares*, como uma potencial fonte de dificuldades e comportamentos desajustados associados (Storch et al., 2006).

Assim e, com base nestes resultados, tornou-se então possível verificar que, as Subescalas *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* (EADS-CPA) se correlacionam negativamente com a grande maioria das Subescalas do EDI-C, o que poderá também contribuir para uma maior consistência dos estudos e investigações no âmbito do *Comportamento Alimentar vs Alterações Psicoemocionais*, de inúmeros autores (Andrade, 1995; Burton, 2007; Cataneo et al, 2005; Claus et al, 2006; Fandinõ et al, 2004; Gilboa-Schechtman et al, 2006; Machado, 2002; Mountford et al, 2007; Raffin, 2002; Souza & Santos, 2006; Striegel-Moore, 2007; entre outros), podendo estas *alterações psicoemocionais* preceder o *distúrbio alimentar*, ocorrer simultaneamente ou, até mesmo no *follow-up*.

**7ª. Questão de Investigação:** Como se associam as Variáveis Psicológicas: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, com *Percepção dos Pais/Cuidadores* sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos?

De acordo com Connel et al. (2005), a literatura sobre o desenvolvimento infantil indica que, as crianças são emocional e psicologicamente afectadas pelas experiências parentais ou dos seus cuidadores. A *ansiedade* e a *frustração* dos pais/cuidadores podem reflectir-se nas crianças.

No mesmo sentido, a *teoria da aprendizagem social* sugere que, a *modelagem* e a *aprendizagem por observação* influenciam o comportamento da criança (Bandura, 1998). Por exemplo, as crianças podem ser influenciadas quando têm que desempenhar papéis parentais, nos quais tem que supervisionar os seus irmãos mais novos, aumentando a probabilidade de adoptarem os mesmos comportamentos alimentares protectores que vêem nos pais/cuidadores (Connel et al., 2005).

Na realidade e como já foi referido anteriormente, é em torno da alimentação que, se estabelece o eixo de interação mais precoce entre a mãe e a criança, eixo este que constituirá o núcleo de referência dos diversos estádios do desenvolvimento posteriores (Marcelli, 2005).

Desta forma, os pais desempenham então, um papel preponderante na modelagem das experiências alimentares precoces da criança, através das suas atitudes e práticas alimentares (Birch et al 2000; Golan & Crow, 2004b; Hodges, 2003), pelo que os estilos de parentalidade têm vindo a ser implicados no desenvolvimento dos padrões alimentares da criança (Bodhani, 2006).

Em termos dos comportamentos parentais, nomeadamente maternos, de facto as dificuldades no controlo das suas emoções e/ou as próprias *alterações psicoemocionais* da mãe, podem influenciar negativamente a adopção de comportamentos alimentares saudáveis por parte das crianças. Ou até mesmo, constituir um dos factores de predisposição para a ocorrência de *dificuldades emocionais* e distúrbios na alimentação dos seus filhos (Mountford et al, 2007).

No presente estudo foi possível identificar, possível identificar *correlações positivas muito significativas* (consultar **Tabela 11**) das três escalas da EADS-CPA: *Ansiedade, Depressão e Stress*, com as seguintes Subescalas do CEBQ: *Sobre ingestão Emocional* (EOE) e a *Escala Geral* (Total do CEBQ).

Identificámos também *correlações positivas muito significativas* (consultar **Tabela 11**) nas seguintes Subescalas: *Resposta à Comida* (FR) e a Escala da *Depressão*; *Sub ingestão Emocional* (EUE) e a Escala de *Ansiedade*; e, *Desejo de Beber* (DD) e a Escala do *Stress*.

São também de salientar, *correlações positivas significativas* (consultar **Tabela 11**) entre as Subescalas: *Resposta à Comida* (FR) e as Escalas de *Ansiedade* e de *Stress*; *Desejo de Beber* (DD) e a Escala de *Depressão*.

No âmbito particular do *stress parental*, vários autores têm demonstrado que os pais de crianças com doenças crónicas (como é o caso da obesidade), experienciam um maior número de áreas de stress parental, comparativamente com os pais de crianças saudáveis (Santos, Ataíde & João, 1996; Santos, 2002).

No mesmo sentido, nesta investigação identificámos que, níveis alterados de *Stress* e *Depressão* (EADS-21) nos Pais/Cuidadores revelaram correlacionar-se com *Sobre ingestão Emocional*, *Desejo de Beber* e a *Escala Geral* (Total do CEBQ), o que poderá sugerir um efeito de factores de *stress* emocional como potenciais estimuladores do apetite das crianças e pré-adolescentes (Viana & Sinde, 2008).

De forma semelhante, um maior interesse por bebidas açucaradas tais como, refrigerantes e sumos (DD), poderá aumentar o risco de *obesidade* nesta faixa etária. Tal como foi evidenciado por Flodmark et al. (2004), estes comportamentos são cada vez mais característicos dos hábitos alimentares de crianças e jovens e, considerados entre as causas da *obesidade* neste grupo etário (cit. por Viana & Sinde, 2008).

Por outro lado, conceptualizando-se o *stress* como, “a relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pelo indivíduo como comprometendo ou excedendo os seus recursos e, pondo assim em risco o seu bem-estar” (Serra, 2002), elevados níveis de *stress* poderão associar-se a comportamentos parentais mais desajustados e, conseqüentemente afectar a percepção parental acerca da conduta dos seus filhos, nomeadamente do ponto de vista alimentar.

Foi efectuado um estudo por Vila et al. (2004), cujo objectivo era o de avaliar a frequência de perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes com obesidade, identificar a correlação entre a psicopatologia e a gravidade da obesidade, explorar a relação entre as perturbações psiquiátricas, obesidade e psicopatologia nas crianças obesas.

Estes autores concluíram que 88 das crianças obesas apresentavam um diagnóstico do DSM-IV, sendo o mais frequente a *perturbação de ansiedade*. As perturbações psicológicas foram mais evidentes nas crianças cujos pais apresentavam algum tipo de perturbação.

Sabendo-se que, as relações familiares positivas são factores de protecção na área do comportamento alimentar (Littleton & Ollendick, 2003), os pais/cuidadores ao revelarem quaisquer níveis de *alteração psicoemocional* (*Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*) podem, eles próprios funcionar como agentes *stressores* externos o que, de acordo com Mountford et al, (2007) poderá aumentar o risco de *perturbação do comportamento alimentar* para as crianças e pré-adolescentes, funcionando o seu

*comportamento alimentar* como uma estratégia na gestão de fortes emoções no seio familiar.

A *Ansiedade* dos pais/cuidadores correlacionada positivamente com a Subescala *Sub ingestão Emocional* sugere que, para algumas crianças e pré-adolescentes, alguns factores de *stress* emocional poderão funcionar como inibidores do apetite (Viana & Sinde, 2008). Esta inibição do apetite poderá levar a *comportamentos de natureza restritiva*, o que de acordo com diversos autores, poderá aumentar a probabilidade de desenvolvimento de *perturbação do foro alimentar* (como é o exemplo da *Anorexia Nervosa*) (Kaye et al., 2004).

Relativamente à Subescala *Resposta à Comida*, neste estudo observaram-se correlações significativas com os níveis de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* dos pais/cuidadores. Estes resultados poderão ser sugestivos de que, quanto maior a alteração psicoemocional dos pais/cuidadores, maior poderá ser a *susceptibilidade à fome* das crianças e pré-adolescentes, aumentando o risco de comportamentos alimentares desajustados.

De acordo com Wardle et al. (2001), esta *susceptibilidade à fome*, tende a ser elevada nos sujeitos obesos e a ter resultados mais baixos no caso das *perturbações alimentares* das crianças (cit. por Viana & Sinde, 2008).

Na realidade, objectivando a *ansiedade* como, centrada na sensação de medo e envolve sentimentos de preocupação, apreensão e pavor e, a *depressão* como sendo dominada pela sensação de tristeza, estando associada a sentimentos de dor, falta de esperança e melancolia (Watson & Kendall, 1989 cit por. Watson et al, 1995), poderemos conjecturar que, Pais/Cuidadores com alterações verificadas a este nível, expressem um maior número de emoções negativas nas interacções diárias com os seus filhos.

Assim, as relações pais/cuidadores e filhos deixarão, necessariamente de ser positivas, podendo aumentar não só, a probabilidade das crianças adoptarem comportamentos de risco para a sua saúde, como também, influenciar no sentido de aumentar a discrepância entre aquilo que é a percepção dos pais/cuidadores acerca do *comportamento alimentar* dos seus filhos e o *comportamento alimentar* dessas crianças propriamente dito.

**8ª. Questão de Investigação:** De que forma as variáveis psicológicas, *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, podem ou não influenciar a relação entre o *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência* bem como, influenciar ou não a *Percepção dos Prestadores de Cuidados Alimentares*?

**8.1 – Depressão, Ansiedade e Stress e Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência** (consultar Quadros em Anexo)

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, o *Stress* e a *Depressão* revelaram ser preditores das Subescalas: *Alienação Pessoal* (PA); *Deficits Introspectivos* (ID); *Desregulação Emocional* (ED); *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* (EDRC); *Problemas Afectivos* (APS); *Excesso de Controlo* (OC); e, *Desajustamento Psicológico Global* (GMPC).

No mesmo sentido, apenas o *Stress* revelou ser preditor das Subescalas: *Baixa Auto-Estima* (LSE); *Alienação Interpessoal* (IA); *Ineficácia* (IC); e, *Problemas Interpessoais* (IPS).

Estes resultados confirmam algumas das tendências verificadas ao nível as correlações significativas salientadas na *6ª Questão de Investigação*, ou seja, de facto o *Stress* e a *Depressão* (EADS-CPA) influenciam negativamente o *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência*.

Como tal, evidenciam-se o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* e o *Desajustamento Psicológico Global* (EDI-C), como os principais factores precipitantes para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Garner, 2004) nesta faixa etária, aquando da presença de níveis alterados de *Stress* e *Depressão*.

Assim sendo, quanto maiores os níveis de *Stress* e *Depressão* nas crianças e pré-adolescentes, maior se poderá revelar o *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar* e o *Desajustamento Psicológico Global* (EDI-C).

Estes resultados apontam no mesmo sentido de vários estudos internacionais, como por exemplo Johnson et al (2002) ao evidenciarem que, uma larga percentagem de adversidades infantis se encontravam associadas a um elevado risco de contrair *perturbações do comportamento alimentar* bem como, *problemas alimentares* ou com o peso, durante a adolescência e início da idade adulta.

### **8.2 – Depressão, Ansiedade e Stress e a Percepção dos Pais/Cuidadores sobre o Comportamento Alimentar dos seus filhos (consultar Quadros em Anexo)**

Com base nesta análise foi possível identificarmos que, apenas a *Ansiedade* revelou ser preditora da Subescala *Sub ingestão Emocional* (EUE). Ou seja, confirma-se a tendência verificada e discutida na 7ª Questão de Investigação em que, *Ansiedade* dos pais/cuidadores se revelou correlacionar positivamente com a Subescala *Sub ingestão Emocional*.

Como tal, evidencia-se que, para algumas crianças e pré-adolescentes, alguns factores de *stress* emocional poderão de facto, funcionar como inibidores do apetite (Viana & Sinde, 2008). Esta inibição do apetite poderá levar a *comportamentos de natureza restritiva*, o que de acordo com diversos autores, poderá aumentar a probabilidade de desenvolvimento de *perturbação do foro alimentar* (como é o exemplo da *Anorexia Nervosa*) (Kaye et al., 2004).

Neste contexto torna-se deveras pertinente uma Intervenção que englobe os pais/cuidadores de forma a diminuir os seus níveis de *Ansiedade* e, conseqüentemente, diminuir a probabilidade de se verificarem discrepâncias entre o *Comportamento Alimentar* das crianças e a respectiva *Percepção dos Pais/Cuidadores*. Isto porque, quanto mais próxima do real for a *percepção dos pais/cuidadores*, maior será a probabilidade das crianças adoptarem *comportamentos alimentares* ajustados e/ou reajustarem adequadamente quaisquer comportamentos que coloquem em causa a sua saúde nomeadamente, os comportamentos de risco.

## V. CONCLUSÃO

Até se chegar à idade adulta, o desenvolvimento humano é um processo evolutivo que atravessa diversas fases: a infância, a pré-adolescência e a adolescência (Andrade, 2002).

De acordo com Byrd-Bred-benner et al (1993), os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil (cit. por Andrade, 2002).

Perry et al (1994) salientaram que, o comportamento alimentar infantil pode ser avaliado através da observação dos *factores individuais, comportamentais* e do *meio envolvente* da criança. Os *factores individuais* estão relacionados com os *traços* de personalidade, as *cognições*, o domínio dos afectos e, incluem também a percepção de auto-eficácia, o conhecimento, o significado funcional dos alimentos bem como, a imagem corporal percebida (cit. por Stevens et al, 1999).

No mesmo sentido, os autores consideraram como *factores comportamentais* aqueles que afectam directamente as acções e, incluem o repertório comportamental, as intenções e as capacidades comportamentais da própria criança. Por fim, os *factores do meio envolvente* encontram-se directamente relacionados com as influências familiares, nomeadamente as influências parentais; a influência dos pares; bem como, o suporte e as normas sociais.

Na presente investigação foi possível constatar inúmeras elevações em termos médios, ao nível do Comportamento Alimentar. Das quais destacamos a Subescala *Bulimia* onde se obtiveram valores médios mais elevados, seguida de uma elevação significativa ao nível do *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto* e, de uma marcada *Insatisfação Corporal*.

Não obstante, identificámos resultados médios elevados ao nível das *Escalas Psicológicas*, nomeadamente *Alienação Pessoal* e a *Desregulação Emocional*, relacionadas com o Comportamento Alimentar na Infância e Pré-Adolescência. Desta forma poderemos inferir que, a população infantil portuguesa carece de uma

Intervenção mais ajustada e incisiva nesta Área uma vez que, a nossa amostra se constitui como uma potencial parcela de risco para o desenvolvimento de *Perturbações do Comportamento Alimentar*.

Podemos ainda hipotetizar que, os Adolescentes portugueses estão a pôr em causa a sua saúde, adoptando condutas e comportamentos alimentares desajustados. Uma vez que, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da Distribuição Geográfica (variável Distrito) poderemos considerar a influência de diferentes crenças e valores culturais associados ao *Comportamento Alimentar* e, que poderão de certa forma dificultar o sucesso da Intervenção a este nível, no nosso país.

De acordo com Miller & Pumareiga (2001), este ponto enfatiza também o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes para capacitar os clínicos no trabalho com culturas diferentes e com as crenças que lhes são inerentes. Mesmo dentro do próprio país, poderemos assistir a diferentes crenças, conceitos e atitudes, associadas por exemplo, ao *Comportamento Alimentar*. Neste sentido, a heterogeneidade populacional deve ter em consideração as minorias étnicas (como é o caso da etnia cigana, por exemplo), disponibilizando-lhes uma forma eficaz de inclusão e, prevenindo eventuais Comportamentos de Risco.

Existem igualmente estudos e inúmeras referências na literatura que associam as culturas e os países industrializados a uma maior prevalência de *anorexia* e *bulimia nervosa* (Keel & Klump, 2003) e neste caso, Portugal parece não ser de facto, uma excepção.

Também ao nível da Idade e do Género foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, evidenciando-se o género masculino como aquele onde foi identificado um maior *Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto*. Neste contexto e, pelo facto de, haverem maioritariamente descritos estudos que associam uma maior prevalência dos distúrbios alimentares ao sexo feminino, os resultados da nossa investigação permitem-nos contribuir para que, quer os profissionais de saúde, quer os pais e restantes educadores ou até mesmo, os próprios jovens, deverão manter-se atentos a todos e quaisquer atitudes e sintomas expressados, na relação estabelecida com os alimentos.

Assim, como factores precipitantes *major* poder-se-ão inferir também na população portuguesa, os sentimentos de vergonha, de baixa auto-estima e um auto-conceito pejorativo, como os factores designadamente, associados a comportamentos alimentares desajustados o que vai, indubitavelmente, aumentar o risco de desenvolvimento e manutenção das ditas *perturbações do comportamento alimentar*. Do mesmo modo, o factor de risco evidenciado pela Faixa Etária em estudo poderá constituir outro dos enfoques de pertinente Intervenção e prevenção ao nível de Portugal Continental e Ilhas.

Ainda em relação à faixa etária, tendo em conta todas as características de desenvolvimento salientadas por Piaget e Wallon (Marcelli, 2005), uma intervenção que seja integrativa, do ponto de vista escolar e educacional, poderá constituir-se com uma mais-valia para a aquisição de práticas alimentares mais saudáveis, tomando como um bom exemplo prático o “*Jogo dos Alimentos*” para crianças do 1º ciclo, desenvolvido por Batista et al. (2007) e, adaptando-a para idades superiores.

De um modo geral, poderemos considerar que qualquer programa de educação nutricional para crianças tem como objectivo a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos que determinem escolhas alimentares mais saudáveis e informadas. Contudo, é fundamental que os objectivos específicos sejam diferenciados em função do desenvolvimento cognitivo da população a que se destina (Andrade, 2002).

Do ponto de vista da *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos*, foi possível sublinhar o *Prazer em Comer* e a *Selectividade alimentar* como as Subescalas com médias mais elevadas. Estes resultados permitem-nos conjecturar por um lado, que uma maior *susceptibilidade à fome* percebida pelos pais/cuidadores poderá incitar e reforçar as crianças em momentos de maior ingestão alimentar, aquando de um maior interesse pela comida. Este tipo de reforços parentais pode contribuir para a adopção de comportamentos alimentares desadequados por parte das crianças e, em última instância relacionar-se com o aumento do peso e do risco para a Obesidade.

Por outro lado, uma falta de apetite e uma preferência desmesurada por um grupo muito limitado de alimentos, poderá associar-se também a *distúrbios alimentares*. Com base nesta premissa, podemos levantar a hipótese de que, a parentalidade e o comportamento parental podem *modelar* as condutas e aprendizagens dos jovens

portugueses, suscitando um tipo de alimentação mais restritiva, que se constitui como um factor de significativo risco para o desenvolvimento e manutenção de *perturbações do comportamento alimentar*.

A coexistência destas duas realidades: *Crianças/Pré-Adolescentes* vs *Pais/Cuidadores* e, a indiscutível influência exercida pelas práticas parentais na adopção de comportamentos mais ou menos saudáveis, amplamente descrita pela literatura internacional, poderá servir de um importante suporte para um nível de Intervenção que, não se centre apenas e só na criança, como tenha também em consideração todo o seu contexto sócio-familiar.

Na verdade, *Percepção dos Pais/Cuidadores do Comportamento Alimentar dos seus filhos* parece assim, oscilar entre duas tendências diametralmente opostas: por um lado, o risco dos jovens portugueses desenvolverem *Obesidade* e, por outro, o risco destes desenvolverem outras *perturbações alimentares graves* (como por exemplo, a *Anorexia* e a *Bulimia Nervosa*).

A oscilação entre esta oposição de tendências desadequadas na *percepção dos pais/cuidadores* sobre alimentação portuguesa, aliada às inúmeras ambivalências e transformações inerentes ao início da Adolescência inferem que, os jovens poderão encontrar-se mais susceptíveis às pressões sociais veiculadas pelos seus *pares*, e perpetuadas pelos *media* pelo que, campanhas de prevenção conceptualizadas com base nesta realidade poderão constituir um meio mais eficaz para a diminuição dos comportamentos de risco e, conseqüentemente da susceptibilidade a que se encontram sujeitos.

Gostaríamos ainda de sublinhar que, de acordo com a literatura, em termos da percepção do comportamento alimentar, vários estudos apontam no sentido de um baixo grau de concordância entre aquilo que os pais percebem e a informação que retêm sobre alguns episódios alimentares dos seus filhos e, a percepção das crianças sobre o seu próprio comportamento alimentar (Claus et al, 2006).

Como tal, para uma melhor Intervenção nesta área, é importante promover na criança a consciencialização do controlo sobre o seu próprio bem-estar através da alimentação, incentivando-a a envolver-se no processo de decisão alimentar, juntamente com os Pais/Cuidadores. Torna-se, não só necessário como, fundamental ensinar

competências comunicacionais que ajudem a criança a resistir às pressões do *meio envolvente* (Andrade, 2002).

Batista et al. (2007) referiu que, estudos no âmbito escolar, com o objectivo de promover o consumo de alimentos pobres em gorduras, são sugestivos de que, o aumento da disponibilidade deste tipo de alimentos bem como, a redução dos seus custos e promoções dos mesmos, poderão constituir-se como um bom exemplo prático de estratégias eficazes que visam o aumento da preferência por alimentos mais saudáveis.

Aliada a todas estas inferências e hipóteses suscitadas é, igualmente pertinente salientar que, nesta amostra portuguesa, alterações psicoemocionais infantis ao nível da *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* correlacionam-se negativamente com o *Comportamento Alimentar* adoptado nesta faixa etária.

Neste sentido, poderemos hipotetizar que, níveis mais elevados de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* poderão contribuir para o aumento de comportamentos desajustados relacionados com a Alimentação. Existem vários autores que, salientam a relação entre a instabilidade psicoemocional e comportamento alimentar de risco, como por exemplo dietas excessivas e desequilibradas, comportamentos purgativos, indução do vômito, recurso a laxantes e outras substâncias medicamentosas que possam induzir a perda de peso, entre outros.

De uma forma semelhante, também as alterações psicoemocionais (*Ansiedade*, *Depressão* e *Stress*) evidenciadas nos Pais/Cuidadores, poderão influenciar a sua *Percepção acerca do Comportamento Alimentar dos seus filhos*, nomeadamente no que diz respeito às Subescalas de *Ingestão Emocional* e ao *Desejo de beber*.

Em termos dos comportamentos parentais nomeadamente dos maternos, e como também já foi referido, de facto as dificuldades no controlo das suas emoções e/ou as próprias *alterações psicoemocionais* da mãe, podem influenciar negativamente a adopção de comportamentos alimentares saudáveis por parte das crianças. Ou até mesmo, constituir um dos factores de predisposição para a ocorrência de *dificuldades emocionais* e distúrbios na alimentação dos seus filhos (Mountford et al, 2007).

A nossa investigação encontrou resultados que imperam no mesmo sentido, sendo que, o *Stress* e a *Depressão* revelaram ser preditores das Subescalas: *Alienação*

*Pessoal (PA); Deficits Introspectivos (ID); Desregulação Emocional (ED); Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC); Problemas Afectivos (APS); Excesso de Controlo (OC); e, Desajustamento Psicológico Global (GMPC). E o Stress revelou ser preditor das Subescalas: Baixa Auto-Estima (LSE); Alienação Interpessoal (IA); Ineficácia (IC); e, Problemas Interpessoais (IPS).*

Em relação à *Percepção dos Pais/Cuidadores acerca do Comportamento Alimentar dos seus filhos*, apenas a *Ansiedade* revelou ser preditora da Subescala *Sub ingestão Emocional (EUE)*. Estes resultados poderão sustentar a hipótese de que, alterações psicoemocionais nas crianças/pré-adolescentes estão mais incisivamente relacionadas com comportamentos alimentares desajustados e com um maior risco de desenvolvimento e manutenção de perturbações do comportamento alimentar do que, as alterações psicoemocionais nos Pais/Cuidadores e a sua *Percepção acerca do Comportamento Alimentar dos seus filhos*.

Assim poderemos uma vez mais, salientar a importância de que, a noção de controlo sobre o seu próprio comportamento alimentar deve ser adquirida o mais precocemente possível. Na prática, a aprendizagem poderá eventualmente, resultar em processos e estruturas cognitivas, incluindo a aquisição de crenças e atitudes alimentares que, por sua vez, irão desempenhar um papel preponderante no controlo da ingestão alimentar nos adultos (Westenhoefer, 2002).

Por outro lado, o facto de que, com a entrada na adolescência os *pares* vão assumindo um papel cada vez mais importante e, a *constelação familiar* vai perdendo exclusividade, poderá originar um maior afastamento e, conseqüentemente, uma maior discrepância entre aquilo que é o *Comportamento Alimentar na Infância/Pré-Adolescência* e *Percepção dos Pais/Cuidadores acerca do Comportamento Alimentar dos seus filhos*.

Não obstante, salientamos ainda a importância de uma *Intervenção Multidisciplinar* com acompanhamento de múltiplas especialidades médicas (Dietista; Endocrinologista; Médico de Clínica Geral; Psicólogo e, Psiquiatra, sempre que se justifique) ao nível do *Comportamento Alimentar na Infância e Pré-adolescência*, como fundamental para o contexto português.

Em suma, esperamos que estes resultados possam contribuir vivamente para uma melhor compreensão, interpretação e, conseqüente, Intervenção ao nível do *Comportamento Alimentar* dos jovens portugueses.

Numa época em que cada vez mais, se valoriza a aparência e os atributos físicos em prol dos comportamentos saudáveis, torna-se deveras importante que se invista na prevenção e promoção da saúde, para impedir que os jovens subvalorizem ou ignorem os comportamentos protectores da sua saúde física e psíquica.

**VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ackard, D. M., Sztainer, D. M., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, *111*(1), 67-74;
- Agras, S. (1989). *Pânico – Como superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor;
- Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais: Da definição do conceito à intervenção. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 379 – 386. Faro: Universidade do Algarve;
- Alves, O. & Mendonça, D. (2006). A atitude materna e a vigilância em saúde infantil. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 379 – 386. Faro: Universidade do Algarve;
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., rev.) Washington, DC: Author; Andrade, G. (2002). A promoção de comportamentos alimentares saudáveis na criança – uma abordagem desenvolvimentista. In: *4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva do ciclo de vida*, pp. 13 – 18. Lisboa: Ispa;
- Aviles, A. M., Anderson, T. R. & Davila, E. R. (2006). Child and adolescent social-emotional development within the context of school. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*(1), 32-39;
- Ball, K., & Mishra, G. D. (2006). Whose socioeconomic status influences a woman's obesity risk: her mother's, her father's, or her own?. *International Journal of Epidemiology*, *35*, 131-138;
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, *13*, 623-649. Stanford University;
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Lisboa: Quarteto Editora;

- Batista, M. T. Paulino, P. & Calheiros, M. (2007). O “Jogo dos Alimentos”: Mudança atitudinal face á alimentação e ao sedentarismo em crianças do 1.º ciclo. *Análise Psicológica*, 2(XXV), 257-269;
- Birch, L. & Fisher, J. (2000). Mothers’ child-feeding practices influence daughters’ eating and weight. In: *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71, pp. 1054-1061;
- Blazencic-Mladenovic, V.; Glibetic, M., Tepsic, J., Ristic-Medic, D.; Postic, M., Arsic, A. et al (2006). How much are children and their parents objective about the children’s eating behavior and body composition? In: *European Eating Disorders Review*, 14 (4), pp. 248-255;
- Blowers, L. C., Loxton, N. J., Flessner, M. G., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4, 229-244;
- Branje, S.; Lieshout, C. & Aken, M. (2002). Relational Support in Families with Adolescents. In: *Journal of Family Psychology*, vol. 16, Nr. 3, pp. 351-362;
- Bui, C. V. (2007). Relationship between children and eating disorders. Work presented at University of California, Irvine;
- Burton, E.; Stice, E.; Bearmen SK, Rohde P. Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: A randomize trial. In: *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 27 – 36;
- Camacho, I. & Matos, M. G. (2006). Práticas Parentais, Escola e Consumo de substâncias em Jovens. In: *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), pp. 317 – 327;
- Cataneo, C.; Carvalho, A. & Galindo, E. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controlo e ansiedade. In: *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18 (1), pp. 39 - 46;
- Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. In: *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 100, Nr. 3, pp. 316 – 336;
- Clark, L.; Assenheimer, J.; Weber, K.; Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression

- in Student, Adult, and Patient Samples. In: *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, Nr. 1, pp. 15 – 25;
- Claus, L.; Braet, C. & Decaluwé, V. (2006). Dieting History in Obese Youngsters with and without disordered eating. In: *International Journal of Eating Disorders*, 39 (8), pp. 721 – 728;
  - Connel, C. L., Lofton, K. L., Yadrick, K. & Rehner, T. A. (2005). Children's experiences of food insecurity can assist in understanding its effects on their well-being. *Community and International Nutrition*. Retrieved at 19 April 2005, from [www.jn.nutrition.org](http://www.jn.nutrition.org);
  - Costa, R. & Patrão, I. (2006). Stress e burnout em profissionais de saúde. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 379 – 386. Faro: Universidade do Algarve;
  - Derenne, J. L. & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30(3), 257-261;
  - Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro; Zahar;
  - Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 12, 1711-1722;
  - Feijó, R. & Oliveira, E. (2001). Comportamento de risco na Adolescência. In: *Jornal de Pediatria*, 77 (Supl.2): S125-S134. Sociedade Brasileira de Pediatria;
  - Field et al. (2003). Relation Between dieting and Weight Change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900-906;
  - Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 37-41;
  - Francisco, V.; Pires, A.; Pingo, S.; Henriques, R.; Esteves, M. A. & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. In: *Análise Psicológica*, 2 (XXV), pp. 229-239;
  - Garner, D. M. (2004). *The Eating Disorder Inventory – C. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc;

- Gilboa-Schechtman, E.; Avnon, L.; Zubery, R. & Jeczmierny, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? In: *Depression and Anxiety*, 23, pp. 331 – 339;
- Goodman, S. L., Blinder, B. J., Chaitin, B. F. & Hagman, J. (1998). Atypical eating disorders. In B.J. Blinder, B.F. Chaitin & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders* (capítulo 35). PMA Publishing Corp;
- Gowers, S.G. & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242;
- Grillo, E. & Silva, R. J. M. (2004). Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 0021-7557/04/80-02, S21-S27;
- Haines, J., Sztainer, D. N., Eisenberg, M. E. & Hannan, P. J. (2007). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), e209-e215;
- Henry, J. D. & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239;
- Jansen, A.; Smeets, T.; Boon, B.; Nederkoorn, C.; Roefs, A. & Mulken, S. (2007). Vulnerability to interpretation bias in overweight children. In: *Psychology and Health*, 22 (5), pp. 561 – 574;
- Johnson, J.; Cohen, P.; Kasen, S. & Brook, J. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. In: *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), pp. 394 – 400;
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221;
- Keel, P. K. & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747-769;

- Kohn, M., Rees, J. M., Brill, S., Fonseca, H., Jacobson, M., Katzman, D. K., Loghmani, E. S., Neumark-Sztainer, D., & Schneider, M. (2006). Preventing and Treating Adolescent Obesity: A position paper of the Society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health, Vol. 38 (6)*, p. 784-787.
- Kraff et al. (2007). A prospective study of psychological predictors of body fat gain children at high risk for adult obesity. *Pediatrics, 117(4)*, 1203-1209;
- Krowchuk, D. P., Kreiter, S. R., Woods, C. R., Sinal, S. H., & DuRant, R. H. (1998). Problem dieting behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 152*, 884-888;
- Liégeois, J-P. (2001). *Minoria e escolarização: o rumo cigano*. Lisboa: Ministério da Educação;
- Linnè, Y., Barkeling, B., Rössner, S., & Rooth, P. (2002). Vision and eating behavior. *Obesity Research, 10(2)*, 92-95;
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behaviour in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? In: *Clinical Child and Family Psychology Review, 6 (1)*, pp. 51-66;
- Lovibond, P.F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology, 107 (3)*, 520-526;
- Marcelli, D. (2005). Psicopatologia da Esfera Oroalimentar. In: *Infância e Psicopatologia. Manuais Universitários*, pp. 160 – 172. Climepsi Editores;
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. Retrieved on 28 March 2003, from Wiley InterScience Periodicals, on World Wide Web: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com);
- Maroco (2003), *Análise estatística com utilização do SPSS*. (ver. 2ª ed.). Lisboa: Sílabo;
- Martins, A., & Aguiar, A. H. (2005). *Emagreça! Perca Gordura e Ganhe Saúde*. Barcarena: Editorial Presença.
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica, 3 (XXII)*, p. 449 – 462;

- Matos, M.; Branco, J.; Carvalhosa, S. & Sousa, A. (2005). Entre pares na infância e adolescência. In: *Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana. Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém. Com Côr – Artes-Gráficas, Lda;*
- Miller, M. N. & Pumariega, A. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64 (2), 93-110;
- Monteiro, L. & Pires, A. (2008). Parentalidade e Obesidade Infantil. In: *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 347 – 350. Porto: Universidade do Porto;
- Moreira, S. & Tapadinhas, A. R. (2008). O comportamento alimentar em crianças e a percepção dos pais/cuidadores. In: *Actas do 7º Congresso de Psicologia da Saúde*, pp. 575-578. Porto: Universidade do Porto;
- Morgado, A. (2004). Programa de controlo da obesidade (Ed.). In: *Actas da V Conferência de psicologia nos cuidados de saúde primários: psicologia, promoção da saúde e prevenção*, pp. 115 – 163. Lisboa: Ispa;
- Mountford, V.; Costorphine, E.; Tomlinson, S. & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. In: *Eating Behaviors*, 8, pp. 48 – 58;
- O'Brien et al. (2007). Group cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorder – an evaluation of the 'Friends for Youth' programme. *Ir J Psych Med*, 24(1), 5-12;
- Passos, P. & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na puberdade. In: *Análise Psicológica*, 2 (XX), pp. 225 – 232. Ispa;
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais – *A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo;
- Piaget, J. (1972). *A epistemologia genética*. Petrópolis: Vozes;
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. In: *Análise Psicológica*, 9 (4), pp. 445 – 452;

- Pires, A. (2001). Parentalidade em risco. In: A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco*, pp. 15 – 37. Lisboa: Ispa;
- Perkins, S, J., Keville, S., Schmidt, U., & Chalder, T. (2005). Eating disorders and irritable bowel syndrome: is there a link?. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 57-64;
- Ramos, F. L., Estévez, J. I., Prous, A. C., Gracia, P. G., González, M. A. M., & Enguix, S. C. (2005). Incident of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry*, 20, 179-185
- Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic;
- Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contributo para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. In: *Psychologica*, 36, pp. 235 – 246. Coimbra;
- Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. In: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), pp. 229 – 239;
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi: Lisboa;
- Sancho, C.; Arija, M.; Asorey, O. & Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. In: *European Child Adolescent Psychiatry, published online since 14 September, 2007*;
- Santos, S. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. In: *Análise Psicológica*, 2 (XX), pp. 233 – 241. Ispa;
- Santos, S.; Ataíde, S. & João, P. (1996). Stress parental em pais de crianças com Obesidade e com Doença Renal Crónica. In: *Análise Psicológica*, 14 (2/3), pp. 231 – 243. Ispa;
- Schmidt, U.; Humfress, H. & Treasure, J. (1997). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. In: *European Eating Disorders Review*, 5 (3), pp. 184 – 207;

- Schniering, C. A., Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 20* (4), 453-478;
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Edição de Autor: Coimbra;
- Silva, M. & Patrão, I. (2006). Stress e controlo emocional em mulheres com cancro da mama. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 379 – 386. Faro: Universidade do Algarve;
- Souza, C. & Santos, F. (2006). Sintomas de depressão, intenção suicida e tentativa de suicídio em indivíduos com obesidade. In: *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 311 - 315. Faro: Universidade do Algarve;
- Stevens, J.; Cornell, C.; Story, M.; French, S.; Levin, S.; Becenti, A.; Gittelsohn, J.; Going, S. & Reid, Raymond (1999). Development of questionnaire to assess knowledge, attitudes, and behaviors in American Indian children. In: *The American Journal of Clinical Nutrition, 69* (suppl), pp. 773S – 81S. American Society for Clinical Nutrition: USA;
- Storch, E. A., Milson, V. A., DeBraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R., & Silverstein, J. H. (2006). Peer victimization, psychological adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for-overweight youth. *Journal of Pediatric Psychology, 1-10*;
- Story, M., French, S. A., Sztainer, D. N., Downes, B., Resnick, M. D. & Blum, R. W. (1997). Psychological and behavioural correlates of dieting and purging in native American adolescents. *Pediatrics, 99*(4), 1-8;
- Strauss, R. S. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 153*, 741-747;
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics, 105*(19), 1-5;
- Striegel-Moore, R.; Dohm, F.; Kraemer, H.; Schreiber, G.; Taylor, C. & Daniels, S. (2007). In: *International Eating Disorders, 40*, pp. 481-487;
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. In: *American Psychologist, 62* (3), pp. 181-198;

- Sztainer, D. N., & Hannan, P. J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 154, 569-577;
- Thurfjell, B., Edlund, B., Arinell, H., Hagglof, B. Garner, D. & Engstrom, I. (2004). Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C): Effects of Age and Gender in a Swedish Sample. In: *European Eating Disorders Review*, 12, pp. 256 – 264. Sweden;
- Torres, S. & Guerra, M. P. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. In: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), pp. 97 – 110;
- Viana, V & Sinde, S (2008). Comportamento alimentar em Crianças: Estudo de Validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). In: *Análise Psicológica (1)*, XXVI, pp 111-120;
- Viana, V; Sinde, S. & Saxton, J. C. (IN PRESS). The children's Eating Behavior Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese Children. In: *British Journal of Nutrition*;
- Viana, V. & Sinde, S. (2003) <sup>1</sup>. O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q). In: *Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C.; Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa, Vol. I, pp. 99 – 112*. Quarteto;
- Viana, V. & Sinde, S. (2003) <sup>2</sup>. Estilo Alimentar: Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. In: *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática, vol. 8, nº 1, pp. 59 – 71*;
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. In: *Análise Psicológica, 4 (XX), pp. 611 – 624*. Ispa: Lisboa;
- Vila, G. et al. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66, 387-394;
- Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Filho, M. A. D., Neto, J. R. B., & Horta, G. M. (2004). Eating disorders in school children. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 49-54;

- Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Herrin, M. (1999). Disordered eating and the transition to college: a prospective study. Retrieved on 13 November 1999, from [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com);
- Watson, D.; Assenheimer, K.; Clark, L. & McCormick (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. In: *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 104, Nr. 1, pp. 3 – 14*;
- Wertheim, E.; Martin, G.; Prior, M.; Sanson, A. & Smart, D. (2002). Parent Influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. In: *Eating Disorders, 10, pp. 321 – 334*;
- Westenhoefer, J. (2002). Establishing Dietary Habits during Childhood for Long-Term Weight Control. In: *Annals of Nutrition & Metabolism, 46 (suppl 1), pp. – 18 – 23*. Hamburg: Germany;
- Woolfolk, S., McCorkle, S., Fountain, B. & Byrd, S. (s.d.). *Stress and emotional eating*. Missipi Sate University. Consultado em [www.msucare.com](http://www.msucare.com), a 18 de Novembro de 2008;
- Wright, C. M., Parkinson, K. N., & Drewett, R. F. (2006). How does maternal and child feeding behavior relate to weight gain and failure to thrive? Data from a prospective birth cohort. *Pediatrics, 117*, 1262-1269;
- Zavaschi et al. (2006). Adult mood disorders and childhood ppsychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(3)*, 184-190.

# ANEXOS

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# ANEXOS

**Cartas de Pedidos de Autorizações para a recolha da amostra  
em Escolas Portuguesas**

Exmo/a Sr.(a) Director(a) do Conselho Executivo da Escola

XXXXXX

Eu, Rita Alexandra Rosa Antunes, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a realização de um estudo, no âmbito do Seminário de Dissertação de Tese do Mestrado de Psicologia da Saúde sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, intitulado: Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar na Infância.

Neste contexto, será necessário aplicar quatro Questionários a crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos e, para os Pais/Cuidadores de crianças da mesma faixa etária.

Salvaguardamos que o preenchimento destes Questionários (que pode consultar em Anexo) não será moroso, de forma a não interferir com o normal funcionamento das aulas.

Gratas pela atenção dispensada,

**Orientadora:**

(Prof. Dra. Isabel Leal)

**Mestranda:**

(Rita Antunes)

# ANEXOS

**Bateria de Instrumentos aplicadas às Crianças e Pré-  
Adolescentes**

**Vs**

**Bateria de Instrumentos aplicados aos Pais/Cuidadores**

**Desde já se agradece a sua disponibilidade em colaborar.**

Psicóloga da Área de Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, orientada pela Prof. Isabel Leal, propôs-se desenvolver um estudo sobre *Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar*.

O teu testemunho é de extrema importância para que se possa compreender a tua relação com o comportamento alimentar.

Os dados obtidos neste estudo são absolutamente confidenciais e têm como único fim a realização do mesmo.

Rita Antunes

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

*Pedimos que preenchas todos os teus seguintes dados, para te podermos conhecer melhor:*

1. **Género:** *És Rapaz ?* \_\_\_\_ *Ou Rapariga ?* \_\_\_\_ *(Assinala com um X).*
2. Que **idade** tens? \_\_\_\_\_ anos.
3. Em que **ano** andas na Escola? *(faz um círculo no número correcto)*  
1 = 5º ano                      2 – 6º ano                      3 – Outro (Qual?) \_\_\_\_\_.
4. Onde moras?  
\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ *(Nome da tua Localidade e Distrito).*
5. **Com quem vives?** *(Podes escolher mais do que uma opção).*  
1 - Pai                      3 - Irmãos(ãs) Quantos? \_\_\_\_ Idade Deles? \_\_\_\_\_  
2 – Mãe                      4 – Outros. Quem? \_\_\_\_\_.
6. Quanto **pesas?** \_\_\_\_\_.
7. Quanto **medes?** \_\_\_\_\_ *(Podes ver no teu Bilhete de Identidade).*

*Muito Obrigado pela tua ajuda!*

## EADS - 21

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex. Não me apeteceu ver televisão, estudar nem jogar computador.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex. Apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula.	0	1	2	3
7. Senti tremores. Por ex. nas mãos, nas pernas.	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustado e, todos os meus amigos perceberem e gozarem comigo.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado/cansado e melancólico/tristonho.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Como por ex. Faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e, ficar muito irritado e resmungão.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex. Nem de jogar computador ou ver televisão, eu tinha vontade.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
18. Senti que, por vezes estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex. O coração começou a bater muito depressa, de repente.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que de repente, as coisas deixaram de valer a pena.	0	1	2	3









	Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Às Vezes	Raramente	Nunca
70. Digo coisas de que depois me arrependo. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Faço qualquer coisa para me divertir. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Faço coisas que não têm nada a ver comigo. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Prefiro estar com outra pessoa do que estar sozinho/a. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Tenho muitos amigos. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Gosto de me controlar. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. As pessoas compreendem-me. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Tenho maus pensamentos dos quais não me consigo livrar. --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Tento não comer os alimentos de que gosto. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Fico zangado/a com as outras pessoas. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Acho que as outras pessoas gostam de mim. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Faço coisas que me metem em problemas. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Gosto de relaxar e ter calma. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Não é preciso muito para ficar zangado/a. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Não consigo ter as coisas que quero. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Os meus sentimentos mudam muito depressa. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Sinto que tenho que me controlar. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Prefiro estar sozinho/a do que estar com outras pessoas. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. O sofrimento pode ser bom. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Sei que as pessoas gostam de mim. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Sinto que me devo magoar, ou magoar os outros. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Sinto-me bem comigo próprio/a. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Desde já se agradece a sua disponibilidade em colaborar.**

Psicóloga da Área de Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, orientada pela Prof. Isabel Leal, propôs-se desenvolver um estudo sobre *Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar*.

O seu testemunho é de extrema importância para que se possa compreender sua percepção sobre o comportamento alimentar do seu filho(a).

Os dados obtidos neste estudo são absolutamente confidenciais e têm como único fim a realização do mesmo.

Rita Antunes

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

*Solicitamos o preenchimento dos seguintes dados sócio-demográficos :*

1. O seu **Estado Civil** actual (*faça um círculo no número*):

- |                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1 - Solteira              | 4 - Viúva                       |
| 2 - Casada                | 5 - Outros (especifique) _____. |
| 3 - Divorciada / Separada |                                 |

2. **Idade:** \_\_\_\_ anos .

3. A **Localidade** e o **Distrito** onde reside: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

4. Qual foi o **nível de escolaridade** que frequentou? (*faça um círculo no número*):

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1 - Menos de 4 anos | 5 - Licenciatura  |
| 2 - De 4 a 9 anos   | 6 - Pós-Graduação |
| 3 - De 10 a 12 anos | 7 - Mestrado      |
| 4 - Bacharelato     | 8 - Doutoramento  |

5. **Agregado Familiar** (*pode escolher mais do que uma opção*):

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1 - Sozinha                      | 5 - Pais                                  |
| 2 - Marido/Companheiro           | 6 - Avós                                  |
| 3 - Filhos Crianças/Adolescentes | 7 - Irmãos                                |
| 4 - Filhos Adultos               | 8 - Outros: _____ ( <i>especifique</i> ). |

6. Actualmente encontra-se:

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1 - Empregada                           | Qual o emprego? _____.         |
| 2 - Desempregada                        |                                |
| 3 - Reformada                           | Qual era o seu emprego? _____. |
| 4 - Trabalha em casa                    |                                |
| 5 - Outro ( <i>Especifique</i> ) _____. |                                |

7. **Peso:** \_\_\_\_\_.

8. **Altura** (*de acordo com o Bilhete de Identidade*): \_\_\_\_\_.

*Muito Obrigado pela sua colaboração!*

## EADS – 21

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0,1,2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)**  
(Jane Wardle, Carol Guthrie, Saskia Sanderson, Lorna Rapoport)

Versão para investigação

(Traduzido e adaptado por Victor M C Viana Ph.D.)

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Este questionário deve ser respondido apenas pela mãe e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a).

Responda por favor tendo em conta aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Assinale nos quadrados respectivos tendo em conta o caso particular do seu filho(a).

A Criança

Nome: .....

Sexo:

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
----------------------------	----------------------------

Data de nascimento:...../...../.....

Escolaridade:.....

Data de hoje:...../...../.....

Peso:.....

Estatura:.....

IMC:.....

A Mãe

Data de nascimento:...../...../.....

Escolaridade:.....

Profissão:.....

Peso:.....

Estatura:.....

IMC:.....

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
	1	2	3	4	5	
1. O meu filho(a) adora comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
8. O meu filho(a) come vagorosamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF

	Nunca	Rara-mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
22. O meu filho(a) adora comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEU
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEO
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# ANEXOS

**Validação EADS-CPA**

**Resultados da Análise para a validação da EADS-CPA para a população portuguesa**

ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

**Tabela 12** – Mediana (Me), moda (Mo), assimetria (SK) e achatamento (Ku) para os 21 itens da EADS-C. N=361,  $Se_{SK}=0,129$ ;  $Se_{Ku}=0,256$

Itens	Me	Mo	SK	Ku
1	0	0	1,25	1,25
2	0	0	1,63	2,38
3	0	0	2,12	3,94
4	0	0	2,19	4,70
5	0	0	1,44	1,44
6	0	0	1,63	2,01
7	0	0	2,03	4,17
8	0	0	1,39	1,33
9	0	0	2,17	4,42
10	0	0	1,53	1,49
11	0	0	1,61	2,15
12	0	0	1,21	0,70
13	1	0	1,07	0,81
14	0	0	1,44	1,53
15	0	0	2,33	5,58
16	0	0	1,91	3,16
17	0	0	1,44	1,73
18	0	0	1,52	1,76
19	0	0	1,77	2,57
20	0	0	2,69	7,35
21	0	0	1,71	2,19

**Tabela 13:** Saturações factoriais dos 21 itens da EADS-C, nos 5 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades ( $h^2$ ). Apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (*validade convergente*), por motivos de clareza.

Itens	Factores					$h^2$
	1	2	3	4	5	
10 DEP	0,65					0,51
13 DEP	0,64					0,53
17 DEP	0,73					0,65
18 STRESS	0,53					0,45
21 DEP	0,74					0,66
4 ANS		0,55				0,45
7 ANS		0,55				0,53
9 ANS		0,47				0,55
15 ANS		0,60				0,55
19 ANS		0,61				0,51
20 ANS		0,56				0,57
1 STRESS			0,55			0,59
3 DEP			0,67			0,57
5 DEP			0,67			0,48
8 STRESS				0,42		0,55
11 STRESS				0,76		0,63
12 STRESS				0,68		0,58
14 STRESS				0,52		0,37
2 ANS					0,54	0,53
6 STRESS					0,73	0,59
% Variância Explicada	13,77	11,25	10,49	10,47	7,74	

**Tabela 14:** Saturações factoriais dos 18 itens da EADS-C, nos 4 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades ( $h^2$ ). Apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (*validade convergente*), por motivos de clareza.

Itens	Factores				$h^2$
	1	2	3	4	
10 DEP	0,69				0,58
13 DEP	0,65				0,52
17 DEP	0,71				0,66
18 STRESS	0,51				0,45
21 DEP	0,71				0,63
3 DEP		0,66			0,52
5 DEP		0,58			0,42
9 ANS		0,65			0,57
15 ANS		0,61			0,58
20 ANS		0,51			0,48
1 STRESS			0,55		0,41
8 STRESS			0,59		0,59
11 STRESS			0,67		0,51
12 STRESS			0,64		0,53
14 STRESS			0,56		0,34
4 ANS				0,47	0,42
7 ANS				0,69	0,61
19 ANS				0,69	0,56
% Variância Explicada	14,35	13,56	12,93	10,41	

**Tabela 15:** Saturações factoriais dos 15 itens da EADS-C, nos 3 factores retidos após rotação VARIMAX e variância explicada para cada factor e comunalidades ( $h^2$ ). Apresentam-se apenas os itens com pesos factoriais superiores a 0,40 (*validade convergente*), por motivos de clareza.

Itens	Factores			
	1	2	3	$h^2$
10 DEP	0,74			0,56
13 DEP	0,64			0,51
17 DEP	0,70			0,62
18 STRESS	0,55			0,48
21 DEP	0,71			0,62
3 DEP		0,62		0,48
5 DEP		0,47		0,29
9 ANS		0,68		0,56
15 ANS		0,75		0,58
20 ANS		0,60		0,49
1 STRESS			0,61	0,42
8 STRESS			0,59	0,42
11 STRESS			0,69	0,53
12 STRESS			0,65	0,53
14 STRESS			0,60	0,38
% Variância	17,24	17,14	14,91	
Explicada				

**Tabela 16:** Sub-escalas da EADS-C e respectivos itens. Versão final (15 itens).

SUB- ESCALAS	ITENS
Depressão (DEP) 5 itens	6 – Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade. – <i>Desânimo</i>
	9 – Senti-me desanimado/cansado e melancólico/tristonho. – <i>Disforia</i>
	12 – Senti que não tinha muito valor como pessoa ou seja, senti-me pouco importante. – <i>Auto-Depreciação</i>
	13 – Senti que, por vezes estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente. – <i>Facilmente agitado/chateado</i>
	15 – Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que de repente, as coisas deixaram de valer a pena. – <i>Desvalorização da vida</i>
Ansiedade (ANS) 5 itens	2 – Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar. – <i>Anedonia</i>
	3 – Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex. Não me apeteceu ver televisão, estudar e nem jogar computador. – <i>Inércia</i>
	5 – Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustado e, todos os meus amigos perceberem e gozarem comigo. – <i>Ansiedade Situacional</i>
	11 – Senti-me quase a entrar em pânico ou seja, tive medo e fiquei muito assustado. – <i>Experiências Subjectivas de Ansiedade</i>
Stress 3 itens	14 – Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada. – <i>Experiências Subjectivas de Ansiedade</i>
	1 – Tive dificuldades em acalmar-me. – <i>Disforia</i>
	4 – Senti que estava a utilizar muita energia nervosa. – <i>Excitação Nervosa</i>
	7 – Dei por mim a ficar agitado. – <i>Irritável/Reacções Exageradas</i>
	8 – Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto. – <i>Dificuldade em Relaxar</i>
	10 – Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Como por ex. Faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e, ficar muito irritado e resmungão. – <i>Impaciência</i>

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# ANEXOS

**CEBQ**

**Tabela 17 – Consistência Interna do CEBQ**

		Factores com “valor próprio” > 1	% de variância explicada pelo Factor 1	Alpha de Cronbach
<b>FR</b>	<b>Resposta à comida</b>	1	67.7	.88
<b>EF</b>	<b>Prazer em comer</b>	1	76.4	.89
<b>SR</b>	<b>Resposta à saciedade</b>	1	57.1	.79
<b>SE</b>	<b>Ingestão lenta</b>	1	74.9	.88
<b>FF</b>	<b>Selectividade</b>	2	46.9 (17.8*)	.73
<b>EOE</b>	<b>Sobre ingestão emocional</b>	1	59.6	.77
<b>EUE</b>	<b>Sub ingestão emocional</b>	1	52.5	.70
<b>DD</b>	<b>Desejo de beber</b>	1	73.7	.82

\*) % de variância explicada pelo factor 2.

**Tabela 18** - Resultado de cada sub escala nos grupos Feminino e Masculino  
(Média e Desvio Padrão)

	Sub escala	Feminino (N = 128)	Masculino (N = 121)
<b>FR</b>	<b>Resposta à comida</b>	2.4 (1.1)	2.4 (1.1)
<b>EF</b>	<b>Prazer em comer</b>	3.1 (1.1)	3.2 (1.0)
<b>SR</b>	<b>Resposta à saciedade</b>	2.9 (1.0)	2.8 (0.9)
<b>SE</b>	<b>Ingestão lenta *</b>	3.0 (1.1)	2.7 (1.2)
<b>FF</b>	<b>Selectividade</b>	2.8 (0.8)	2.8 (0.8)
<b>EOE</b>	<b>Sobre ingestão emocional</b>	2.2 (0.9)	2.3 (0.9)
<b>EUE</b>	<b>Sub ingestão emocional</b>	2.8 (0.8)	2.9 (0.9)
<b>DD</b>	<b>Desejo de beber **</b>	2.5 (0.9)	2.8 (1.0)
<b>FR</b>			

\* p<.05; \*\* p<.015

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**Resultado de cada sub escala por grupos de idades  
(Média e Desvio Padrão)**

Sub escalas	4 anos (N= 25)	5 anos (N= 26)	6 anos (N= 24)	7 anos (N= 31)	8 anos (N= 40)	9 anos (N= 38)	10 anos (N= 23)	11 anos (N= 42)
<b>FR</b> Resposta à comida **	2.5 (1.0)	2.3 (0.9)	2.1 (0.9)	2.3 (1.1)	2.1 (0.9)	2.4 (1.2)	2.1 (1.0)	3.1 (1.3)
<b>EF</b> Prazer em comer **	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	2.8 (1.0)	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	3.1 (1.1)	3.1 (0.9)	3.8 (1.0)
<b>SR</b> Resposta à saciedade *	2.9 (0.9)	2.7 (0.8)	2.9 (1.0)	3.1 (0.9)	3.0 (0.9)	3.0 (1.1)	2.8 (0.8)	2.4 (0.8)
<b>SE</b> Ingestão lenta **	3.1 (1.1)	3.0 (1.0)	3.3 (1.0)	3.0 (1.2)	2.8 (1.2)	3.1 (1.0)	2.8 (1.3)	2.2 (1.1)
<b>FF</b> Selectividade *	2.9 (0.8)	3.2 (0.7)	3.1 (0.8)	3.0 (0.9)	2.5 (0.8)	2.6 (0.8)	2.7 (0.7)	2.7 (0.7)
<b>EOE</b> Sobre ingestão emocional *	2.1 (0.9)	2.0 (0.7)	2.1 (0.8)	2.1 (0.9)	2.1 (0.8)	2.3 (0.8)	2.3 (0.9)	2.8 (1.1)
<b>EUE</b> Sub ingestão emocional	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	3.0 (1.0)	3.1 (0.9)	2.8 (0.7)	2.9 (0.8)	2.8 (0.9)	2.6 (0.9)
<b>DD</b> Desejo de beber	2.4 (0.8)	3.1 (1.0)	2.8 (1.0)	2.4 (0.8)	2.7 (1.1)	2.8 (1.0)	2.4 (1.0)	2.4 (0.9)

\*p<.01; \*\*p<.005

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

# ANEXOS

**Folha de Cotação do EDI-C**

**Quadro 18 – Forma de Cotação do EDIC-3**

**COTAÇÃO DO EDI-3**

1. DT	4	3	2	1	0	0	Escalas de Risco de Perturbação Do Comportamento Alimentar Obsessão por Emagrecer - DT Bulimia - B Insatisfação Corporal - BD	47. BD	0	0	1	2	3	4
2. BD	0	0	1	2	3	4		48. MF	0	0	1	2	3	4
3. MF	0	0	1	2	3	4		49. DT	0	0	1	2	3	4
4. B	0	0	1	2	3	4		50. LSE	4	3	2	1	0	0
5. B	0	0	1	2	3	4		51. ID	0	0	1	2	3	4
6. MF	0	0	1	2	3	4		52. P	0	0	1	2	3	4
7. DT	0	0	1	2	3	4		53. B	0	0	1	2	3	4
8. ID	0	0	1	2	3	4		54. IA	0	0	1	2	3	4
9. BD	0	0	1	2	3	4		55. BD	4	3	2	1	0	0
10. LSE	0	0	1	2	3	4		56. PA	0	0	1	2	3	4
11. DT	0	0	1	2	3	4	57. II	4	3	2	1	0	0	
12. BD	4	3	2	1	0	0	58. MF	4	3	2	1	0	0	
13. P	0	0	1	2	3	4	59. BD	0	0	1	2	3	4	
14. MF	0	0	1	2	3	4	60. ID	0	0	1	2	3	4	
15. II	4	3	2	1	0	0	61. B	0	0	1	2	3	4	
16. DT	0	0	1	2	3	4	62. BD	4	3	2	1	0	0	
17. IA	4	3	2	1	0	0	63. P	0	0	1	2	3	4	
18. PA	0	0	1	2	3	4	64. B	0	0	1	2	3	4	
19. BD	4	3	2	1	0	0	65. IA	0	0	1	2	3	4	
20. PA	4	3	2	1	0	0	66. A	0	0	1	2	3	4	
21. ID	0	0	1	2	3	4	67. ED	0	0	1	2	3	4	
22. MF	4	3	2	1	0	0	68. A	0	0	1	2	3	4	
23. II	4	3	2	1	0	0	69. II	4	3	2	1	0	0	
24. PA	0	0	1	2	3	4	70. ED	0	0	1	2	3	4	
25. DT	0	0	1	2	3	4	71.							
26. ID	4	3	2	1	0	0	72. ED	0	0	1	2	3	4	
27. LSE	0	0	1	2	3	4	73. II	4	3	2	1	0	0	
28. B	0	0	1	2	3	4	74. IA	0	0	1	2	3	4	
29. P	0	0	1	2	3	4	75. A	0	0	1	2	3	4	
30. IA	4	3	2	1	0	0	76. IA	4	3	2	1	0	0	
31. BD	4	3	2	1	0	0	77. ID	0	0	1	2	3	4	
32. DT	0	0	1	2	3	4	78. A	0	0	1	2	3	4	
33. ID	0	0	1	2	3	4	79. ED	0	0	1	2	3	4	
34. II	0	0	1	2	3	4	80. PA	4	3	2	1	0	0	
35. MF	0	0	1	2	3	4	81. ED	0	0	1	2	3	4	
36. P	0	0	1	2	3	4	82. A	0	0	1	2	3	4	
37. LSE	4	3	2	1	0	0	83. ED	0	0	1	2	3	4	
38. B	0	0	1	2	3	4	84. PA	0	0	1	2	3	4	
39. MF	4	3	2	1	0	0	85. ED	0	0	1	2	3	4	
40. ID	0	0	1	2	3	4	86. A	0	0	1	2	3	4	
41. LSE	0	0	1	2	3	4	87. II	0	0	1	2	3	4	
42. LSE	4	3	2	1	0	0	88. A	0	0	1	2	3	4	
43. P	0	0	1	2	3	4	89. IA	4	3	2	1	0	0	
44. ID	0	0	1	2	3	4	90. ED	0	0	1	2	3	4	
45. BD	0	0	1	2	3	4	91. PA	4	3	2	1	0	0	
46. B	0	0	1	2	3	4								
							Escalas Psicológicas							
							Baixa Auto-Estima - LSE							
							Alienação Pessoal - PA							
							Insegurança Interpessoal - II							
							Alienação Interpessoal - IA							
							Deficits Introspectivos - ID							
							Desregulação Emocional - ED							
							Perfeccionismo - P							
							Ascetismo - A							
							Medo da Maturidade - MF							
							Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar Composto - EDRC							
							Soma os scores DT + B + BD							
							Compósitos							
							Ineficácia - IC							
							Soma os scores LSE + PA							
							Problemas Interpessoais IPS							
							Soma os scores II + IA							
							Problemas Afectivos APC							
							Soma os scores ID + ED							
							Excesso de controlo - OC							
							Soma os scores P + A							
							Desajustamento Psicológico Global GPMC							
							Soma os scores das 9 Escalas Psicológicas							