

1120

DM
CARM. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Comportamento Alimentar e Dimensões
da Personalidade numa Amostra Não Clínica*

CLÁUDIA ISABEL GUEREIRO CARMO
ORIENTADOR: Prof. ^a Doutora Isabel Leal



C
17111
14507

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. ^a Doutora Isabel Pereira Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do art. 5.º do Decreto Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

PROF.^a DOUTORA ISABEL LEAL, pelas palavras de entusiasmo, acompanhamento e persistência ao longo de todo este tempo.

ÀS ALUNAS que participaram neste estudo, ajudando-me a erguer um dos principais ingredientes da investigação, a amostra.

AOS COLEGAS DOCENTES, que disponibilizaram parte das suas horas lectivas para a recolha dos dados, sem o qual esta investigação não teria sido possível.

À Ana e à FILIPA pelo apoio, companheirismo e cumplicidade.

Ao MÁRIO por ter sido o principal entusiasta deste projecto e por pronunciar sempre palavras sábias nos momentos de desânimo e desespero. Obrigada M.

Ao NELSON pela paciência com que suportou o meu mau humor e o período de clausura dos últimos tempos.

MÃE, pela persistência com que, mesmo quando já não havia forças para inserir dados, me dizia: "só faltam mais estes e pronto!" e por tudo.

...e a todos aqueles que mesmo aqui não mencionados na folha de papel, não deixaram de contribuir para neste projecto.

RESUMO

O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre atitudes e comportamentos relativos à alimentação e ao peso, características psicológicas associadas às perturbações do comportamento alimentar e dimensões de personalidade em estudantes universitários a frequentar uma licenciatura na Região do Algarve. Os participantes foram 190 estudantes do sexo feminino, de 17 a 30 anos ($M=21$; $DP=3,32$). Foi utilizado um Questionário de Caracterização da Amostra, constituído por questões relativas a dados socio-demográficos e dados antropométricos. As atitudes, comportamentos e características psicológicas associadas às perturbações do comportamento alimentar foram avaliadas com o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI-2; Garner, Olmsted, & Polivy, 1991). As dimensões de personalidade foram observadas através do Inventário de Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). Foi observada uma associação positiva forte entre o comportamento alimentar disfuncional e a dimensão Neuroticismo, $r(190) = 0,59$, $p < 0,01$. Em sentido inverso, existe uma correlação negativa moderada entre o comportamento alimentar e as dimensões Extroversão e Conscienciosidade, $r(190) = -0,36$, $p < 0,01$ e $r(190) = -0,31$, $p < 0,01$ respectivamente. As correlações obtidas entre o comportamento alimentar e as restantes dimensões de personalidade são positivas, mas baixas e não significativas, sugerindo que a relação entre eles não é forte. Na globalidade, os resultados parecem mostrar que os factores de personalidade são bons preditores das atitudes e comportamentos face à alimentação e ao peso. As dimensões de personalidade assumem um carácter protector ou facilitador (factor de risco) para o desenvolvimento de sintomatologia característica das PCA. Os resultados parecem mostrar que a dimensão Extroversão, em primeiro lugar e, a dimensão Conscienciosidade, em segundo, actuam como protectoras relativamente a problemas alimentares, enquanto a dimensão Neuroticismo parece representar um dos factores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia associada às perturbações do comportamento alimentar.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relations among (a) attitudes and behaviours regarding food and body weight, (b) psychological characteristics associated with eating disorders and (c) personality dimensions of female university students in the Algarve region of southern Portugal. The participants were 190 female students, ranging in age from 17 to 30 years ($M=21$; $SD=3,32$). Participants responded to a questionnaire of socio-demographic and anthropometric data. Attitudes, behaviours and psychological characteristics associated with eating disorders were evaluated with the Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, Olmsted, & Polivy, 1991). The dimensions of personality were evaluated with the NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). A positive association was observed between dysfunctional eating behaviour and Neuroticism, $r(190) = 0.59, p < 0,01$.

On the other hand, moderate negative correlations were observed between the eating behaviour and the dimensions Extroversion and Conscientiousness, $r(190) = -0,36, p < 0,01$ and $r(190) = -0,31, p < 0,01$, respectively. The correlations observed between eating behaviour and the remaining dimensions of personality were positive, but small and nonsignificant, suggesting that the associations are not strong. On the whole, the results seem to show that some personality factors are good predictors of attitudes and behaviours regarding food and weight. Certain personality dimensions may take on a protective role while other may facilitate the development of characteristic symptoms of eating disorders. The results seem to show specifically that Extroversion and Conscientiousness both act as protectors against nutritional problems, while the Neuroticism dimension seems to represent a risk factor for the development of symptoms associated with eating disorders.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
A Personalidade	3
Personalidade: Da Máscara aos Traços	3
A Teoria dos Traços	5
O Modelo dos Cinco Factores.....	8
Personalidade e Saúde.....	13
Comportamento Alimentar	16
Epidemiologia	17
Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar	21
Etiologia.	24
A Personalidade como Factor de Risco.....	31
 MÉTODO	 40
Participantes	39
Material	43
Questionário de Caracterização da Amostra	43
NEO-PI-R.....	43
EDI-2.....	57
Procedimento	60
 RESULTADOS	 64
Estatística Descritiva	64
Análise Correlacional	71
Estudo Comparativo	86
 DISCUSSÃO	 90
 REFERÊNCIAS	 98
 ANEXOS	 103
Anexo A: Questionário de Caracterização da Amostra	104
Anexo B: Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)	105

Anexo C: Folha de Sumário do NEO-PI-R.....	117
Anexo D: Medidas e Desvios Padrão da Forma S – Mulheres entre os 17 e os 21 anos do NEO-PI-R – Valores Normativos.....	118
Anexo E: Medidas e Desvios Padrão da Forma S – Mulheres entre os 21 e os 84 anos do NEO-PI-R – Valores Normativos.....	119
Anexo F: Medidas e Desvios Padrão da Forma S – Participantes entre os 17 e os 21 anos do NEO-PI-R (n=100).....	120
Anexo G: Medidas e Desvios Padrão da Forma S – Participantes entre os 21 e os 30 anos do NEO-PI-R (n=90).....	121
Anexo H: Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2).....	122
Anexo J: EDI-2 – Valores Normativos	1

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Valores das estatísticas descritivas para o peso mínimo e peso máximo, considerando o grupo etário.....	63
TABELA 2: Teste <i>t</i> -Student, estatísticas do teste para os valores do peso actual e peso ideal.....	64
TABELA 3: Valores referenciais do IMC de acordo com a OMS	64
TABELA 4: Estatísticas descritivas para o IMC de acordo com a licenciatura	66
TABELA 5: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Sente-se bem com o seu corpo?”	66
TABELA 6: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha-se gorda?”	67
Tabela 7: Valores de frequência (<i>f</i>) observada e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha gorda alguma parte do seu corpo?”	67
TABELA 8: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha-se magra?”	67
TABELA 9: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Já fez dieta para perder peso?”	68
TABELA 10: Valores de frequência (<i>f</i>) observada e valor percentual (%) relativamente à presença de “amenorreia ”	68
TABELA 11: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?”	68
TABELA 12: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?” considerando o grupo etário.....	69
TABELA 13: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?” considerando o IMC	69
TABELA 14: Valores de frequência (<i>f</i>) observada e valor percentual (%) relativamente à questão: “Tem pânico de aumentar de peso?”	70
TABELA 15: Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Tem pânico de aumentar de peso?” considerando o IMC	70

TABELA 16: Valores médios das 11 sub-escalas do EDI-2 na amostra.....	71
TABELA 17: Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e os sujeitos com IMC igual ou inferior a 18,5.	71
TABELA 18: Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e os sujeitos com IMC superior a 18,5.	72
TABELA 19: Valores de correlações entre as Dimensões do NEO-PI-R e o IMC para sujeitos com valores menores ou iguais a 18,5.....	73
TABELA 20: Valores de correlações entre as Dimensões NEO-PI-R e o IMC para os sujeitos com valores superiores a 18,5.....	73
TABELA 21: Valores de correlações entre o EDI-2 e o NEO-PI-R.	74
TABELA 22: Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e as cinco dimensões do NEO-PI-R.....	75
TABELA 23: Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetras da dimensão Neuroticismo do NEO-PI-R.....	77
TABELA 24: Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetras da Extroversão do NEO-PI-R.....	78
TABELA 25: Valores de correlações entre EDI-2 e as facetras da Abertura à experiência do NEO-PI-R.....	80
TABELA 26: Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetras da Amabilidade do NEO-PI-R.....	81
TABELA 27: Valores de correlações entre EDI-2 e as facetras da Conscienciosidade do NEO-PI-R.....	83
TABELA 28: Teste <i>t</i> – Student e valores das estatísticas descritivas para as 11 sub-escalas do EDI-2 em dois grupos etários.....	84
TABELA 29: Teste <i>t</i> - Student e valores das estatísticas descritivas para o EDI-2 (total) e sub-escalas em dois grupos de IMC.....	85
TABELA 30: Teste <i>t</i> - Student e valores das estatísticas descritivas do EDI-2 em dois grupos “Sim e “Não” à questão: “Tem pânico de aumentar de peso?”.....	86
TABELA 31: Teste <i>t</i> - Student e valores das estatísticas descritivas do EDI-2 em dois grupos “Sim e “Não” à questão: “Faz dieta actualmente?”.....	87

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Termos utilizados para designar as 5 dimensões da personalidade.....	9
QUADRO 2: Breve resenha histórica sobre a construção e desenvolvimento do NEO-PI-R.....	44
QUADRO 3: Domínios e Facetas que integram o NEO-PI-R	46
QUADRO 4: Itens de cada sub-escalas do EDI-2.....	60

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Histograma para a idade dos sujeitos da amostra.	40
FIGURA 2: Distribuição da Variável “Estado Civil” das participantes	40
FIGURA 3: Distribuição da variável “Curso” das participantes.....	41
FIGURA 4: Distribuição da variável “Ano de Curso” das participantes	42
FIGURA 5: Distribuição da variável “Estatuto trabalhador estudante” das participantes	42
FIGURA 6: Representação dos extremos e quartis para o IMC por grupo etário.....	65

INTRODUÇÃO

Definir personalidade não é monótono nem simplista. Existem inúmeras definições e, todos aqueles que lhe dedicaram algum estudo e dedicação acabariam por fazer florescer uma nova definição para este constructo.

Quando tentamos definir este conceito, o que parece haver de mais consensual é a ideia de que se trata de um conjunto de tendências únicas num indivíduo e relativamente constantes ao longo do tempo; determinando aquilo que se faz e não faz, pensa e não pensa, sente e não sente, na relação consigo e com os outros.

Lima (1997) salienta que as definições sobre a personalidade são tantas e tão diversas que se coloca a questão de se saber se se trata do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome.

São muitas as teorias e as definições de personalidade que nos confundem com longas caminhadas por termos e descrições exaustivas e complexas; umas apelam ao carácter imutável e estático da personalidade e outras parecem defini-la como dinâmica e em permanente alteração, apelando à sua constante mudança.

A abordagem histórica da Teoria dos Traços, agora actualizada por Costa e McCrae através do Modelo dos Cinco Factores, apesar das inúmeras críticas, apresenta suporte empírico quando se procuram relacionar variáveis da personalidade com outros constructos, como a saúde mental.

Personalidade e comportamentos de saúde têm sido ingredientes de várias investigações. De acordo com Lima (1997), os hábitos de saúde representam uma área onde as variáveis personológicas podem ser muito úteis, uma vez que, a utilização dos traços para prever comportamentos relacionados com a saúde é duplamente importante, permitindo uma melhor compreensão desta problemática e a identificação de sujeitos que beneficiariam de um programa de intervenção.

Mais especificamente, determinados traços de personalidade têm sido relacionados e entendidos como factores de risco para atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais que preenchem alguns dos critérios de diagnóstico para as perturbações do comportamento alimentar ou síndromes parciais.

Apesar da etiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar não estar totalmente clarificada, a literatura revisada faz-nos acreditar que existe uma interacção de factores genéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos que ao

longo do ciclo vital determina o curso e a evolução destas entidades nosológicas. Impera assim, a necessidade de se construírem modelos teóricos explicativos multidimensionais, diante complexa diversidade de factores envolvidos no desenvolvimento e no eclodir de padrões disfuncionais perante convívio com o corpo e com a alimentação.

Na impossibilidade de, neste âmbito, estudarmos e identificarmos todos os determinantes das perturbações do comportamento alimentar e síndromas parciais, dedicaremos a nossa atenção aos traços de personalidade e na sua relação com as atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar.

Na persecução deste objectivo delineou-se um estudo que procurou descrever a relação entre comportamento alimentar e traços de personalidade numa amostra não clínica de estudantes universitários do sexo feminino.

A pertinência deste estudo reside no facto de ter sido utilizado, como medida de personalidade, um inventário sustentado no Modelo dos Cinco Factores, que identifica traços normativos, i.e., não patológicos da personalidade. Neste sentido, Pryor e Wiederman (1996) enfatizam a importância de considerar aspectos não clínicos da personalidade e de variar métodos de avaliação na compreensão de factores de predisposição para as perturbações do comportamento alimentar.

Durante longas décadas a avaliação da personalidade assentou predominantemente nos aspectos negativos da mesma. Qualquer pesquisa bibliográfica até aos anos 90 faz prova de que o enfoque principal das investigações se enquadrava numa óptica psicopatológica das variáveis personalidade e saúde, Ribeiro (1999). Esta tendência também se fez sentir no estudo da personalidade e do comportamento alimentar, onde a investigação se centrou quase em exclusivo na análise das perturbações do comportamento alimentar e nas perturbações da personalidade (Eixo II). Dito de outro modo, grande parte dos estudos científicos que regem estas variáveis enfatizam principalmente a psicopatologia da personalidade e a anorexia e/ou a bulimia nervosa em populações clínicas onde o diagnóstico é já uma realidade antes do estudo.

Botelho (2006) refere que as abordagens anteriores ao Modelo dos Cinco Factores (que procuravam avaliar os possíveis efeitos da personalidade sobre um aspecto particular da saúde), recaem naturalmente no dogma de que um ou mais

elementos de cariz psicopatológico da personalidade estariam associados ao aparecimento ou desenvolvimento de um determinado aspecto de doença. No entanto, e especificamente na nossa área de estudo, é totalmente possível e provável que uma jovem exibindo padrões não clínicos de perturbações do comportamento alimentar hoje, possa estar à procura de tratamento amanhã (Pipher, 1995).

Personalidade

Personalidade: Da Máscara aos Traços

O termo personalidade tem origem na palavra latina “*persona*”, que significa máscara de teatro. Máscara, que era usada pelos actores da Antiguidade para exprimir e representar diferentes emoções e atitudes em palco (Hansenne, 2004). O conceito de personalidade está etimologicamente ligado à noção de *papel* desempenhado pelo indivíduo num contexto definido e face a um público. De frente para a plateia, as máscaras permaneciam ao longo da peça imutáveis, da mesma forma que se considera que a personalidade se mantém constante durante a vida.

Curiosamente, o número de máscaras utilizadas no teatro antigo era limitado, eram doze, o que parece significar que, já na Antiguidade, embora longe das categorias que ao longo dos tempos se têm desenhado, a ideia de que o Homem não se pode comportar de múltiplas formas, mas sim de acordo com padrões de comportamentos homogéneos, esteve desde então presente. Afinal, cada uma das doze máscaras catalogava um molde quase infinito de características, emoções e atitudes.

Nos escritos de Cícero, a palavra *persona* assume pelo menos, quatro sentidos, todos eles relacionados com teatro: a personalidade como um conjunto de características pessoais do actor, que representam o que a pessoa realmente é; a personalidade, vista como a forma pela qual a pessoa aparece aos outros e não como realmente é e, neste sentido, equivale à máscara; o papel que a pessoa representa na vida, tal como a personagem num drama e; a personalidade encarada como um conjunto de qualidades indicativas da distinção e dignidade, que fazem do actor uma *estrela*, (Lima, 1997, p. 14).

Após a Antiguidade e ao longo de vários séculos, o estudo da personalidade permaneceu encerrado apenas em alguns trabalhos filosóficos. O interesse pela personalidade recomeça no início do séc. XX com os trabalhos de Wundt, Galton, Janet e Charcot (Bernaud, 2000).

O estudo da personalidade, como uma nova área da psicologia emergia na década de 30 do século XX. Duas obras contribuíram para este novo ciclo: em 1937, a publicação do livro de Allport, *Personality: A Psychological Interpretation*, que serviu de modelo durante várias décadas, acabando mesmo por introduzir o estudo científico da personalidade na América e; um ano mais tarde Murray (1938) com a designação de “Personologia” como uma nova ciência, a Ciência da Pessoa (Lima, 1997).

Estes autores realçaram a ideia de que o sujeito é uma totalidade, concepção que se mantém actual nos anos 90 apesar das inúmeras críticas e controvérsias que se seguiram. Neste sentido, Palenzuela e Barros (1993) clarificam que a “este período de esplendor se seguiu uma crise profunda, no início dos anos 60, cujo principal responsável foi Walter Mischel, com a publicação do livro *Personality and Assessment* em 1968.

Os anos que se seguiram a esta obra caracterizaram-se por debates entre defensores do paradigma básico, as predisposições e, os que realçavam os factores da situação como determinantes do comportamento. Este debate entre os defensores dos traços e os situacionistas deu lugar a uma série de “conferências de paz” no campo da personalidade, orientadas numa perspectiva interaccionista (Lima, 1997). Esta posição interaccionista, defendida por Mischel fez emergir uma nova etapa na psicologia da personalidade, onde os traços e os motivos, que tinham surgido como unidades de análise nos manuais de Murray e Allport, perdiam agora relevância, a favor das cognições.

De acordo com Hansenne (2004) a maioria dos autores retoma sempre as mesmas ideias: a ideia de consistência, de causalidade interna e de carácter distintivo da personalidade.

Hall e Lindsey (1984) a este propósito salientam um outro aspecto, não menos importante, o modo com se define a personalidade. Para estes autores, a forma como se *fabrica* a definição depende da preferência teórica dos investigadores, sendo os constructos específicos utilizados na definição de personalidade não mais do que um

reflexo das suas posições teóricas e mais tarde um contributo na escolha dos métodos de avaliação. No mesmo sentido, Cook (1984) justifica a diversidade de definições pela multiplicidade de perspectivas e funções pelas quais se procura definir a personalidade, assim como pelos níveis de explicação que têm em vista. Outro factor explicativo da diversidade é a importância atribuída ao estudo do desenvolvimento e ao estudo da estrutura da personalidade.

Apesar da multiplicidade de definições, do encadeamento subtil de cada uma, da complementariedade de muitas delas ou mesmo da oposição clara entre algumas, podemos destacar o que as várias definições das diferentes teorias têm em comum. Dito de outro modo, embora existam dezenas de definições de personalidade, a maioria reúne três aspectos principais: a unicidade do indivíduo, aquilo que o distingue de todos os outros; um conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das situações e, o estilo característico de ligação/interacção entre o sujeito e o ambiente físico e social (Kimmel, 1984).

É de salientar, que a definição de personalidade subjacente ao Modelo dos Cinco Factores realça os primeiros dois aspectos: as regularidades recorrentes (os traços) e a sua organização característica, em cada pessoa.

Podemos concluir, de acordo com Lima (1997) que as definições de personalidade reflectem as diferentes teorias e a perspectiva que se tem deste constructo num determinado momento histórico. As definições mais recentes de personalidade têm vindo a valorizar os componentes interactivos e dinâmicos, fazendo disso prova a perspectiva de Costa e McCrae (1994) que compreende a personalidade como “um sistema definido por traços da personalidade e processos dinâmicos que afectam o processo psicológico individual” (p. 70).

A Teoria dos Traços

“Se existe uma personalidade específica, é única e, conseqüentemente, a sua característica definidora são os traços” (Buss, 1992, p. 482).

A Teoria dos Traços torna-se obrigatória, tanto pela importância que tem para a concepção contemporânea da personalidade – o conceito de traços tem acompanhado o desenvolvimento da psicologia da personalidade desde os seus primórdios até aos

dias de hoje -, como para a emergência do Modelo dos Cinco factores, que se assume como precursor do instrumento de avaliação que adoptamos neste estudo.

A Teoria dos Traços reúne abordagens que concebem a personalidade como uma constelação de traços. Nestas abordagens podemos incluir a teoria de Allport, Cattell, Eysenck, Guilford e, mais recentemente, a de Costa e McCrae (1992), que no início da década de 90, definem os traços como “dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções” (p. 141). Seguindo esta linha de pensamento, McCrae e Costa (1995) propõem então o que designaram por “modelo geral da pessoa”, onde os traços da personalidade não são mais do que constructos hipotéticos, concebidos como disposições básicas que, na interacção com as influências externas, contribuem casualmente para o desenvolvimento de hábitos, atitudes, aptidões e outras adaptações características. Os autores sublinham ainda que os traços não se referem a características simétricas, que as pessoas possuíam ou não, mas sim a contínuos, ao longo dos quais os indivíduos se podem posicionar (Cabral, 2001).

McCrae e Costa (1992) acrescentam ainda que “diferentes estudos têm mostrado que, ao longo da parte adulta do curso de vida, poucas mudanças existem no nível médio dos traços da personalidade comumente avaliados. De forma geral, não existe nem declínio nem crescimento na idade adulta” (p. 177).

Lima (1997) acabará por concluir que os traços são reais e apresentam níveis de estabilidade e de continuidade ao longo da idade adulta.

Em suma, e segundo Lima (1997, p. 26), os traços poderão ser caracterizados como sendo:

Tendências. Os traços são tendências, já que não são determinantes absolutos do comportamento, mas apenas disposições que, a par de muitos outros factores, influenciam a reacção das pessoas a uma determinada situação.

Dimensões. Visto as pessoas poderem ser ordenadas, segundo o grau em que apresentam os traços; estes são dimensões das diferenças individuais. Grande parte dos traços são, por conseguinte, passíveis de ser representados por uma escala, num ponto da qual podemos situar uma pessoa.

Gerais. Os traços são disposições gerais e, como tal, encontram expressão numa variedade de actos específicos. Por conseguinte, diferenciam-se de comportamentos aprendidos, como os hábitos.

Padrões consistentes. Os traços podem ser observados, ao longo do tempo e através das situações. As investigações longitudinais indicam que os traços apresentam consistência e estabilidade, ao longo do tempo, e têm mostrado uma boa predictibilidade do comportamento, a longo prazo. (...) A noção de consistência tem sido crucial na definição do conceito de personalidade.

Inferidos. Podemos dizer que os traços são inferidos, na medida em que o comportamento é observado, enquanto os traços são identificados, a partir de referências comportamentais.

Estilos emocionais, interpessoais, experienciais, atitudinais e motivacionais.

Hierarquizados. Os traços também são, para muitos teóricos, hierarquizados, o que possibilita que o comportamento das pessoas seja descrito a níveis diferentes de abstracção.

Disposições cognitivo-dinâmicas. Os traços, enquanto unidades funcionais da personalidade, guiam o comportamento de muitas formas: informam sobre as situações consideradas atraentes e, conseqüentemente, determinam em quais delas nos envolvemos voluntariamente; sobre o estilo de comportamento mais provável que o sujeito exibirá numa dada situação; determinam o que será compreendido como reforçador numa circunstância particular, ou seja, como ela vai ser percebida. Neste último sentido, os traços funcionarão como mecanismos auto-reguladores que se auto-sustêm, revelando-se preditores dos comportamentos mesmo sob forte pressão situacional.”

Perante a diversidade de traços de personalidade que diferentes autores apontaram, começaram a surgir diversos sistemas de traços, baseados ou não em teorias, a partir dos quais foram construídas inúmeras escalas. Para além da árdua tarefa de encontrar uma definição consensual para a noção de traço, a necessidade de medir e avaliar este constructo tornava-se e tornou-se agora primordial.

A competição entre os vários sistemas de traços passou a ser uma realidade para os psicólogos da personalidade e, a ausência de um modelo unificado e singular impedia o avanço desta área, na medida em que dificultava a comunicação entre os investigadores e a comparação dos resultados (Lima, 1997). Desta sobreposição entre os vários sistemas e da emergência da avaliação com inúmeras medidas da personalidade, surge um conjunto limitado de traços – os cinco grandes factores – caminhou-se assim para a construção de uma taxionomia compreensiva da

personalidade. Não podendo deixar de referenciar que esta inscrição do Modelo dos Cinco Factores na tradição taxionómica, sem qualquer explicação causal das diferenças individuais, comporta uma das principais críticas dirigidas a este modelo. Apesar das críticas, McCrae e John (1992) defendem que é neste momento, do delineamento dos traços da personalidade, onde as tradições dos questionários e da hipótese lexical confluem, que se dá a emergência do Modelo dos Cinco Factores.

O Modelo dos Cinco Factores

O Modelo dos Cinco Factores da Personalidade é uma representação da estrutura da personalidade, em termos de cinco dimensões básicas (os “cinco grandes factores”). Este modelo tornou-se gradualmente o modelo dominante na pesquisa da personalidade obtendo uma vasta aceitação e apoio entre os psicólogos graças à sua sólida base empírica (Digman, 1990).

Na história da Psicologia da Personalidade, o Modelo dos Cinco Factores, de acordo com McAdams (1995) apresenta-se como uma descrição compreensiva e consensual no domínio dos traços. Afirmando Briggs (1992) que, “após mais de cinco décadas de investigação dedicadas à forma pela qual os indivíduos se descrevem a si próprios e aos outros, o Modelo dos Cinco Factores, em termos de descrição universal dos traços de personalidade, goza de um avanço substancial sobre os adversários” (p. 254)

Costa, McCrae e John (1992) de forma sucinta, definem o Modelo dos Cinco Factores como “uma organização hierárquica dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência” (p.175).

O número de dimensões da personalidade não foi unânime. A título de exemplo, cite-se a controvérsia entre Eysenck e Costa patente em dois artigos de títulos bem significativos: “*Quatro maneiras de demonstrar que os cinco factores não são fundamentais*” (Eysenck, 1992) e “*Quatro maneiras de demonstrar que os cinco factores são fundamentais*” (Costa & McCrae, 1992). Costa e McCrae (1992) apresentam quatro argumentos em favor deste modelo, que passaremos sucintamente a explicitar: Em primeiro lugar, estudos longitudinais realizados por diversos observadores mostraram que os cinco factores constituem disposições reais para que

a pessoa se comporte de determinada maneira, em certas situações. Em segundo lugar, os cinco factores encontram-se na linguagem corrente e nos principais questionários de personalidade. Em terceiro lugar, os factores encontram-se em diferentes culturas, não sendo influenciados nem pela idade nem pelo sexo. Em quarto lugar, têm uma base biológica. Mais ainda, o modelo dos cinco factores é considerado universal (McCrae & Costa, 1997).

A verdade é que, após longos anos de discussão, um grande número de psicólogos da personalidade acabou por considerar que as diferenças individuais podem agrupar-se em cinco dimensões principais (Digman, 1990). Efectivamente, há já muito tempo que esta ideia assumira forma, pois Fiske (1949), ao não conseguir reproduzir a estrutura factorial do modelo de Cattell, havia proposto uma solução de cinco factores. Na década de 60 do século passado, Norman (1963), Borgatta (1964) e Smith (1967) chegavam à mesma conclusão: cinco factores (Hansenne, 2004). Mas, se por um lado, muitos são os que consideram que é fundamental reduzir o número de dimensões da personalidade para cinco, a denominação e o significado das dimensões ainda não é objecto de consenso (Digman, 1990). Apesar de Peabody e Goldberg (1989) considerarem que os termos utilizados pelos diferentes autores constituem apenas variações de um mesmo tema.

O quadro 1 sumariza as designações atribuídas às cinco dimensões de personalidade de acordo com diferentes autores ao longo de várias décadas.

Quadro 1. Termos utilizados para designar as 5 dimensões da personalidade

Autor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Fiske (1949)	Adaptação social	Conformidade	Vontade de conseguir	Controlo emocional	Procura de inteligência
Norman (1963)	Urgência	Agradabilidade	Conscienciosidade	Emocionalidade	Cultura
Borgotta (1964)	Assertividade	Simpatia	Responsabilidade	Emocionalidade	Inteligência
Digman (1990)	Extroversão	Amabilidade	Vontade de chegar	Neuroticismo	Intelecto
Costa e McCrae (1985)	Extroversão	Agradabilidade	Conscienciosidade	Neuroticismo	Abertura à Experiência

Adaptado de Hansenne (2004)

O Modelo dos Cinco Factores transporta diversas implicações para alguns dos tópicos principais da psicologia da personalidade e da psicologia da idade adulta. Nomeadamente, no que diz respeito à estrutura da personalidade, este modelo representa uma taxinomia consistente e compreensiva, face ao caos conceptual que reinou até ao seu aparecimento, oferecendo uma solução conciliadora, que organiza e categoriza a multiplicidade de conceitos existentes.

Finalmente, quanto à polémica questão da mudança na personalidade do adulto, o Modelo dos Cinco Factores, apresenta dados empíricos que sublinham a constância. Em conformidade com esta ideia, Costa e McCrae (1988) avaliaram a personalidade de 983 sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e os 96 anos, tendo demonstrado que as principais dimensões da personalidade, segundo o modo como eram definidas pelo modelo dos 5 factores, permaneciam estáveis num intervalo de 6 anos, no caso dos maiores de 30 anos. Em contrapartida, nas pessoas mais jovens, a personalidade pode sofrer pequenas transformações.

Uma década depois, os mesmos autores (Costa & McCrae, 1994), mostram que, nos adolescentes entre os 17 e os 20 anos, os resultados da dimensão Extroversão e Neuroticismo são mais elevados, sendo os da dimensão Amabilidade e de Conscienciosidade menos expressivos do que nos adultos de idade superior a 30 anos. Os indivíduos entre os 20 e os 30 anos obtêm resultados intermédios. Assim sendo, com base nestes dados, a personalidade parece estabilizar a partir dos 30 anos. Os autores concluem que todos os cinco factores possuíam considerável confiabilidade e validade e permaneciam relativamente estáveis através da idade adulta (McCrae & Costa, 1990, 1994).

A estabilidade dos traços de personalidade entre a adolescência e a idade adulta está bem patente, de igual modo, num recente estudo longitudinal Roberts (2001) avaliou inúmeras vezes os mesmos indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos, tendo concluído as diferentes dimensões não sofrem modificações entre as avaliações. De acordo com Hansenne (2004) as modificações que se registam desde a adolescência até à idade adulta dão conta de uma evolução no sentido de uma maior maturidade.

Com a multiplicação dos progressos metodológicos e empíricos, na segunda metade da década de 80, nasce o chamado NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1987; McCrae & Costa, 1989), um instrumento que operacionaliza o Modelo dos Cinco

Factores. Originalmente, o questionário compreendia 145 itens (NEO-PI) que apenas mensurava as facetas do Neuroticismo, Extroversão e Abertura para o Exterior e exclusivamente as medidas globais para as duas restantes dimensões (Costa & McCrae, 1985). De seguida, os autores criaram um novo questionário, com 240 itens (NEO-PI-R) que retoma os cinco factores (Costa & McCrae, 1989, 1990).

Esta última e actual versão dispõe-se então a avaliar as cinco grandes dimensões da personalidade, bem como alguns dos traços que as integram. Será com base no NEO-PI-R, e recorrendo às palavras de Lima e Simões (1995, p. 133), que apresentamos uma breve descrição de cada uma destas dimensões:

Neuroticismo (N)

A escala global avalia a adaptação vs. a instabilidade emocional. Valores elevados em N identificam indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas, bem como com tendência geral para experienciar (tendência a experimentar afecto) afectos negativos como o medo, tristeza, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Talvez pelas emoções disruptivas interferirem na adaptação, os homens e mulheres com pontuação mais alta nesta escala têm também tendência para ideias irracionais, para serem menos capazes de controlar os impulsos e controlar-se pior do que os outros com o stress.

Valores baixos em N, por outro lado, revelam uma estabilidade emocional que se traduz em indivíduos geralmente calmos, com humor constante, tranquilos e descontraídos, seguros, satisfeitos consigo mesmos e capazes de enfrentar situações de tensão sem ficarem descontrolados ou aturdidos.

Extroversão (E)

A extroversão, conforme é considerada nesta escala, traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Assim sendo, os indivíduos extrovertidos são sociáveis, afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, alegres e conversadores. Gostam de pessoas, preferem os grupos grandes e as reuniões, são assertivos e loquazes, apreciando a excitação e a estimulação. Este

domínio correlaciona-se fortemente com o interesse em ocupações de iniciativa e de empreendimento.

As características do introvertido são de apresentação mais difícil. Em certos aspectos, a introversão deve ser considerada mais como a ausência de extroversão do que o que poderia ser afirmado como o seu oposto. Deste modo, os introvertidos são sobretudo sujeitos reservados, não tanto “inamistosos”; são sobretudo independentes, não tanto seguidores; têm sobretudo um passo certo e não tanto lento. Os introvertidos podem dizer que são tímidos, quando o que querem dizer é que preferem estar sós, e não sofrem necessariamente de ansiedade social. Finalmente, embora não sejam dados à animação exuberante dos extrovertidos não são infelizes nem pessimistas (Lima, 1997, p. 183).

Abertura à Experiência (O)

Sendo a Abertura à Experiência a dimensão menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, é também aquela que é considerada pelos autores deste instrumento como a de maior relevância para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, 1992). Globalmente, esta dimensão traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. (Corresponde à amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência e à necessidade contínua de alargar e examinar a experiência; curiosidade e experiência de um leque muito variado de emoções, positivas e negativas, grande diversidade de interesses, pouco tradicionais e convencionais).

Os indivíduos abertos à experiência são curiosos, quer no que respeita ao mundo interior, quer ao exterior, e as suas vidas são mais ricas de vivências do que é comum. Têm inclinação para alimentar novas ideias e valores não convencionais e vivem as emoções positivas ou negativas de modo mais agudo do que os indivíduos fechados. Facilmente põem em causa a autoridade e optam por novas ideias sociais, políticas e/ou éticas.

Os homens e mulheres com nota baixa nesta dimensão tendem a ter comportamentos convencionais e uma aparência exterior conservadora. Preferem o conhecido ao novo e as suas reacções emocionais são algo silenciosas. Têm uma esfera e uma intensidade de interesses mais estreita e tendem a ser pouco artísticos ou analíticos.

Amabilidade (A)

A Amabilidade é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo, tanto nos pensamentos, como nos sentimentos e acções (Lima, 1997).

A pessoa amável, à luz deste domínio, é fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta e inclinada a perdoar; é também simpática para com os outros e acredita que os outros serão igualmente simpáticos. Por oposição a estas características, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

Conscienciosidade (C)

Este domínio pretende avaliar o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Num dos extremos da escala encontram-se indivíduos dignos de confiança, escrupulosos, dotados de força de vontade, determinados, enérgicos, pontuais e organizados; enquanto que no outro extremo estão reunidos os sujeitos preguiçosos e descuidados.

O NEO-PI-R, baseado na tradição psicométrica e na preocupação de avaliar as diferenças individuais, representa um expoente de sofisticação e de abrangência na forma de medir as diferentes dimensões da personalidade.

Personalidade e Saúde

A relação entre personalidade e saúde tem preocupado investigadores ao longo de vários séculos. Primeiramente, o encadeamento destas duas variáveis foi abordado de um ponto de vista estritamente comportamental. Actualmente é alvo de uma aceitação generalizada, a noção de que os factores da personalidade desempenham um papel preponderante nos processos de saúde.

Uma das principais etapas históricas sobre a relação personalidade-saúde é da responsabilidade de Alexandre e Dunbar (*cit. por* Krantz & Hedges, 1987). Nas décadas de 40 e 50, ao anotarem semelhanças no perfil psicológico de doentes que

sofriam da mesma patologia orgânica, desenvolveram uma abordagem psicanalítica dos fenómenos psicossomáticos, reforçando o postulado de que a personalidade desempenha um papel fundamental na saúde (Botelho, 2006). Importantes para a evolução deste campo de investigação foram de igual modo os trabalhos de Glass e Stinger nos anos sessenta, sobre os efeitos do stress, bem como todos os estudos centrados nas personalidades Tipo A e Tipo B, evidenciando-se, desde então, a contribuição dos processos da personalidade para a saúde como uma grande área de investigação e teorização (Botelho, 1999).

Do ponto de vista da importância dos traços da personalidade para a saúde, Krantz e Hedges (1987) referem três eixos essenciais em torno dos quais se têm desenvolvido a maioria dos estudos neste campo que sucintamente apresentamos:

1. Os traços como factores etiológicos da patofisiologia:

Esta perspectiva, denominada “abordagem do traço etiológico” sugere que os factores da personalidade desempenham um papel causal na etiologia da patofisiologia, ao produzirem, por exemplo, alterações fisiológicas (neuro-endócrinas e imunológicas) que podem ser nocivas para a saúde.

2. Os traços como estilos de coping:

Numa segunda orientação conceptual a respeito das influências psicológicas sobre a saúde, os traços podem funcionar como moderadoras do stress. Esta abordagem salienta que, mediante acontecimentos de vida stressantes, o repertório de coping de um indivíduo pode contribuir não só para a sua saúde em geral como também para a sua resistência à doença.

3. Os traços como comportamentos de risco para a saúde:

Um terceiro eixo articula a relação entre a personalidade e a doença e poderá ser designado por “comportamento de risco para a saúde”. Em sintonia com a presente posição, os traços não se apresentam como factores causais para a doença. Nesta perspectiva, os factores da personalidade revelam como sendo bons indicadores da probabilidade de determinado indivíduo evitar comportamentos de risco para a saúde, ou então, face à doença, de utilizar os recursos de saúde ou procurar ajuda médica.

De acordo com Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997), apesar de se conhecer uma relação entre traços de personalidade, estilos de vida e saúde, os dois primeiros

poderiam estar ligados à segunda de diversas formas, promovendo assim diferentes modelos teóricos. Suls e Rittenhouse (1990) forneceram uma síntese de três grandes caminhos pelos quais as disposições de personalidade poderiam estar associadas a um maior risco de doença. Em primeiro lugar, o modelo da *hiper-reatividade induzida pela personalidade* sugere que certos indivíduos estão predispostos a responder aos factores de stress com reactividade fisiológica exagerada, devido à tendência para avaliar as situações como mais stressantes que o adequado, ou, por comportamentos que resultam em respostas neuroendócrinas elevadas e, se estes mecanismos fisiológicos directos forem elevados em intensidade e/ou frequência, poderão vir a aumentar o risco de doença.

Em segundo, o modelo da *predisposição constitucional* contempla que, as disposições de personalidade associadas com o risco de doença, podem simplesmente ser marcas de alguma debilidade física congénita ou anormalidade do sistema orgânico, que aumenta a susceptibilidade à doença e, nesta linha, o estilo de personalidade em si mesmo pode não ter qualquer efeito adverso na saúde física.

Este modelo, ao assumir uma origem constitucional das disposições de personalidade, que aumenta a susceptibilidade a agentes patogénicos externos ou a degeneração dos órgãos, tem muitas semelhanças com a teoria de Eysenck (1967, *cit por* Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997) dos traços de personalidade herdáveis (e.g., N e E), alguns componentes do padrão de comportamento tipo A (Kranz & Durel, 1983, *cit. por* Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), ou a combinação de traços na afectividade negativa (Friedman & Booth-Kewley, 1987, *cit por* Lemos-Giráldez & FidalgoAliste, 1997). No entanto, para estes autores, o modelo não explica suficientemente que mecanismos psicofisiológicos específicos aumentam a vulnerabilidade a uma doença particular e em que condições ambientais.

Finalmente, o modelo da *personalidade como preditor de comportamentos perigosos* sugere que os traços de personalidade conferem maior risco de doença de forma indirecta, nomeadamente, por exporem o indivíduo a circunstâncias inerentemente mais arriscadas, na medida em que, determinadas disposições de personalidade conduzem à escolha de situações que aumentam a reactividade, facilitam a selecção de comportamentos prejudiciais e/ou desencorajam os comportamentos preventivos de saúde. A combinação dos hábitos prejudiciais à saúde, mais do que a sua extensão, é essencial no prenúncio do risco de doença e, no

que respeita aos acontecimentos de vida stressantes, estes não são aleatórios, uma vez que determinadas personalidades aumentam a probabilidade de ocorrência de certos tipos de acontecimentos.

A falta de precisão com que as questões relativas à personalidade e saúde têm vindo a ser estudadas é uma das grandes críticas feitas por Costa e McCrae (1987). Neste sentido, são os mesmos autores que defendem a ideia de que o Modelo dos Cinco Factores poderá fazer a diferença, facultando à Psicologia da Saúde uma taxonomia de grande utilidade para os investigadores, ao disponibilizar ferramentas configuradas sob a forma de instrumentos de medida e procedimentos de validação.

Esta ideia é reforçada por Smith e Williams (1992) ao afirmarem que ainda que o Modelo dos Cinco Factores não venha curar todos os males da investigação em torno da personalidade e saúde, permitirá pelo menos tratar algumas das suas doenças mais problemáticas.

Comportamento Alimentar

Falamos de comportamento alimentar, não do ponto de vista nutricional, mas sim com a ideia de que este comportamento, entendido como um comportamento que assiste *na saúde e na doença*, é condicionado por traços de personalidade. Quando reflectimos e escrevemos sobre comportamento alimentar, é inevitável o encontro com a história das perturbações do comportamento alimentar, o encontro com o percurso que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa fizeram ao longo da história da religião, da medicina e da psicologia.

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por uma preocupação mórbida com o peso e imagem corporal, como principal fonte de auto-estima, conduzindo a um comportamento alimentar progressivamente ritualizado e provocando graves distúrbios somáticos que comprometem a saúde e põem em risco a própria vida.

Sem que o objectivo do nosso estudo fosse encontrar casos clínicos numa amostra da comunidade, tornou-se obrigatória a passagem pela compreensão destes comportamentos levados ao limite e assumindo o carácter formal de diagnósticos catalogados.

Epidemiologia

Falar em prevalência é falar no número total de casos, neste contexto, de perturbações do comportamento alimentar, presentes numa determinada população num dado momento.

Os estudos de prevalência são realizados em amostras consideradas significativas. Em particular, na anorexia e da bulimia nervosa os índices de prevalência têm sido estudados especialmente em populações femininas que frequentam o ensino secundário ou universitário (Pope, 1984; Hoeck, 1991; Gotestam, 1995; Rooney, 1995) por se considerar que este é o universo onde é mais provável o aparecimento de casos clínicos e de síndromes parciais e, por essa razão, onde a amostra poderá ser mais pequena.

Os estudos de prevalência não incidem unicamente na população normativa; Gotestam (1995) debruçou-se sobre populações em tratamento psiquiátrico e Garner (1980) apresenta uma investigação realizada numa população de risco, bailarinas.

Os resultados referentes à prevalência da anorexia e da bulimia nervosa variam de estudo para estudo consoante as populações em análise e consoante os métodos de diagnóstico adoptados. Por exemplo, ao contrário da anorexia nervosa, cuja definição é mais antiga e consensual, a bulimia nervosa só é aceite como síndrome “formal” em 1979 (Rusell, 1979). Só após esta data, faz sentido considerar que os estudos epidemiológicos realizados se referem todos à mesma síndrome, todos ao mesmo conjunto de sintomas, nomeados como critérios e, não a sintomas isolados; como a compulsão alimentar ou vômitos auto-induzidos sem referência ou concordância quanto à frequência dos episódios bulímicos. O famoso estudo de Halmi (1981) com estudantes universitárias desenhou uma prevalência para a bulimia nervosa de 19%, no entanto, critérios de inclusão para o quadro clínico eram na altura discutíveis e os resultados foram auferidos sem critério de frequência.

Actualmente, o DSM-IV-TR (APA, 2001) estima uma prevalência de 1% a 3% para a bulimia nervosa em mulheres no final da adolescência e jovens adultas. O mesmo manual DSM-IV-TR (APA, 2001) estima uma prevalência da anorexia nervosa de aproximadamente 0,5 % para mulheres no final da adolescência e jovens adultas.

Em relação à população feminina das escolas secundárias, os resultados encontrados vão desde a constatação da inexistência de qualquer caso na amostra estudada por Azevedo e Ferreira (1992), até 2,1%, valor resultante do estudo de Pope (1984) em escolas secundárias dos E.U.A.

Ao contrário dos estudos de prevalência que são descritos com alguma regularidade, os estudos de incidência ocorrem em muito menor número. Hoek (2002) numa recente revisão da literatura anota como dados prováveis para a incidência da anorexia nervosa pelo menos 8 por 1 00 000/ano e para a bulimia nervosa 13 por 1 00 000/ano. A taxa de incidência em mulheres dos 15 aos 24 anos, o grupo de maior risco, tem aumentado ao longo dos últimos 50 anos. Investigações com populações de risco – habitualmente estudantes do sexo feminino – estimam uma frequência de 10% para a bulimia nervosa e aproximadamente 1% para a anorexia nervosa.

Apesar da extensíssima literatura acerca das perturbações do comportamento alimentar, os dados epidemiológicos em Portugal são escassos (Machado, 2005). O primeiro estudo publicado em Portugal foi realizado por Azevedo e Ferreira no início da década de 90 na Ilha de S. Miguel nos Açores (Azevedo, 1992). Participaram 580 homens e 654 mulheres estudantes dos 12 aos 20 anos. Os autores encontraram uma prevalência muito baixa (0,16%) de bulimia nervosa e não registaram nenhum caso de anorexia nervosa. Tendo em consideração as síndromes parciais, os autores encontraram um valor de 0,76% nas raparigas e 0,17% nos rapazes.

Um estudo realizado por Baptista, Sampaio, Carmo, Reis, Galvão-Teles (1996) procurou avaliar unicamente a prevalência da bulimia nervosa na população feminina da Universidade Clássica de Lisboa. Participaram 1542 estudantes seleccionadas de forma aleatória a partir dos ficheiros de algumas faculdades desta universidade. 3% das jovens da amostra em estudo deram respostas que preencheram diagnóstico de bulimia nervosa e 13,2% referiam pelo menos dois episódios de ingestão compulsiva por semana, sem comportamentos compensatórios.

Relativamente ao desejo de perder peso: 55,1% queria perder peso e destas, 45% tinha peso baixo. As flutuações de peso (mais que 4 kg num ano) eram referidas por 25% e, 12% mencionavam estar a fazer dieta (Baptista, Sampaio, Carmo, Reis, & Galvão-Teles, 1996).

Num outro estudo, Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves et al. (1996) avaliaram 2,422 jovens do sexo feminino da área de Lisboa com idades compreendidas entre os 10 e os 21 anos. Os resultados obtidos permitiram estimar uma prevalência de 0,4% para a anorexia nervosa e 12,6% para síndromes parciais, (Carmo et al., 1996).

Mais recentemente, Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves et al. (1999) levaram a cabo uma investigação com 2,398 alunas de 29 escolas secundárias dos distritos de Lisboa e Setúbal a quem foi distribuído um inquérito contendo perguntas relativas à satisfação e imagem corporal, aos hábitos alimentares e às eventuais perdas de peso e amenorreia, de modo a atingir os seguintes objectivos: determinar a prevalência da anorexia nervosa; calcular o número de jovens com síndrome parcial; calcular o número das jovens com peso normal ou baixo que praticava restrição alimentar e o número de jovens que se sentiam insatisfeitas com o corpo.

Os resultados revelaram uma prevalência de 0,4% para a anorexia nervosa e a síndrome parcial atingiu 12,6% da população com peso normal ou baixo. Independentemente do agrupamento por sintomas, verificou-se que 38% das jovens com peso normal ou baixo desejavam ser mais magras; 49% proferiam que tinham “uma parte do corpo gordo” e 51,5% tinham “horror a aumentar de peso”. Verificou-se ainda que a idade com maior prevalência de desejo de perder peso é aos 19 anos e a de menor frequência aos 10 anos, (Carmo et al., 1999).

Pocinho (1999 *cit por* Machado, 2004) avaliou 549 estudantes do ensino secundário e superior (224 homens e 325 mulheres) com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos, da área de Coimbra. Baseado nas respostas de auto-relato dos participantes do sexo feminino o autor estimou uma prevalência de 0.6% para a anorexia nervosa; 1,2% para a bulimia nervosa e 19% para PCA sem outra especificação (SOE) ou síndrome parcial.

Um estudo realizado no norte do país a 486 estudantes universitárias (Machado, 2004) revelou que 25% da amostra apresentava um peso inferior ao normal. O desejo de perder peso exprimia-se em 70% das participantes, destas apenas 7% tinha um peso superior ao normal e 19% tinha um peso inferior ao normal. Quando inquirida a presença de possíveis casos de perturbação do comportamento alimentar, 29 participantes preenchem critérios de diagnóstico para

bulimia nervosa, 50 ingestão alimentar compulsiva e um caso parcial de anorexia nervosa.

Apesar dos estudos referidos anteriormente manifestarem algumas limitações metodológicas, nomeadamente, a ausência de amostras representativas a nível nacional e entrevistas para confirmação de diagnóstico, os dados parecem apontar para números semelhantes aos de outros países europeus (Carmo, 1999).

Um crescente interesse por esta área está a florescer, acreditamos que pelo elevado número de síndromes parciais que se estão a tornar legíveis. Casos que não são contabilizados como anorexia nem bulimia nervosa, porque não preenchem todos os requisitos necessários para assumir este rótulo, porque não preenchem todos os critérios de diagnóstico, mas suficientemente graves e disfuncionais para nos preocuparmos com eles, falamos das chamadas *Perturbações do Comportamento Alimentar – Sem Outra Especificação (PCA-SOE)* (APA, 2002).

No ano transacto, foram apresentados os dados preliminares de um estudo europeu multicêntrico, coordenado em Portugal por Machado (2005). Este assume o título de “1.º estudo epidemiológico nacional sobre PCA”. O objectivo que se colocou foi, não só o de encontrar a prevalência da anorexia e da bulimia nervosa, tal como definidas pelos critérios de diagnóstico (APA, 2002), mas também outras PCA, as PCA - SOE, uma vez que os estudos anteriores apontam para uma grande prevalência deste tipo de perturbação na população. Neste sentido, foi estudada uma amostra de 2028 mulheres entre os 14 e os 20 anos de idade. Analisados os resultados, obtidos através da aplicação do “Eating Disorders Examination Questionnaire” e da realização de uma entrevista estruturada, foi encontrada uma prevalência de 0,3% para a bulimia nervosa e 0,39% para a anorexia nervosa. O valor de prevalência encontrado para a Anorexia corresponde ao valor encontrado por Carmo et al. (1996).

No entanto, e este talvez seja o dado mais importante deste estudo a nível nacional, é o facto das PCA-SOE comporem a maioria dos casos identificados, correspondendo a 80% da prevalência da população. Este resultado assume um valor inferior (50%), apenas quando se identificam casos em que estão presentes todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR à excepção da amenorreia, para a anorexia nervosa, ou a frequência de comportamentos de ingestão compulsiva e mecanismos

compensatórios, para bulimia nervosa, provocando esta manipulação dos critérios um consequente aumento da prevalência destas PCA (Machado, 2005).

No seu conjunto, os estudos de prevalência realizados em Portugal, onde a prevalência da anorexia nervosa é baixa, mostram que está generalizado o ideal da magreza e as alterações do comportamento que levam a uma perturbação da imagem corporal e à prática de dieta. A grande percentagem de jovens que tendo um peso normal ou baixo, referem ter “partes gordas no corpo”, sugere que o nosso país se encontra sob a influência dos padrões culturais dos países mais industrializados (Carmo, 1999).

Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar

A história da Anorexia Nervosa começa na Europa Medieval com os casos da Anorexia Mística, sendo Paradigmático o de Santa Catarina de Siena, cuja motivação terá sido religiosa, entendendo na época os comportamentos como rituais de sacrifício e de purificação (Vandereycken, 1996) e não como ideais de magreza que surge nas situações clínicas actuais, no entanto, os sintomas não sofreram grandes alterações.

Fasting Girls: Their Physiology and Pathology, uma obra da autoria de William Hamond publicada em 1879 em Nova York, (cit por Strober, 1986) descreve vários casos de jovens que, por razões religiosas, tinham feito jejuns prolongados, “não comendo nada” ou “quase nada”, mantendo-se apesar disso, com capacidade de sobrevivência.

A primeira descrição de carácter científico de Anorexia Nervosa é feita por Morton em 1694 num tratado de Tisiologia. Descreve um “estado de atrofia nervosa” com falta de apetite, aversão à comida, emagrecimento, hiperactividade e amenorreia, tecendo considerações sobre a etiologia e consequências da doença, que antecipam a actual perspectiva psicossomática (Strober, 1986).

Considera-se no entanto, que a identificação da síndrome Anorexia Nervosa, designada como tal, surge simultaneamente com o francês Charles Lasègue e o britânico William Gull nos finais do século XIX, tendo prevalecido a designação Anorexia Nervosa da autoria de Gull versus a designação Anorexia Histórica, como a designou Lasègue, (Carmo, 1999).

Elísio de Moura (1947), pioneiro dos escritos sobre *Anorexia Mental*, título do primeiro livro sobre esta doença no nosso país, coloca a questão de não haver uma verdadeira Anorexia, já que as doentes não tinham falta de apetite, mas sim vontade de não comer (Moura, 1947).

O enquadramento sócio-cultural, as motivações, os caminhos, são bem diferentes para a anorexia mística medieval e para a anorexia nervosa, mas o estado físico e psicológico a que chegaram umas e a que chegam outras tem muito de comum, pelo que poderemos compreender a antiga anorexia através do conhecimento da moderna anorexia (Sampaio, 1999).

Actualmente, a anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição alimentar progressiva e severa que pode levar à desnutrição, com a ideia persistente de ter que continuar a perder peso para não engordar. Desta perda abrupta de massa muscular resultam complicações que conduzem a uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e por vezes à própria morte.

De acordo com a classificação da APA (2001), os critérios de diagnóstico para anorexia nervosa são: a) recusa em manter o peso corporal igual ou acima do norma para a idade e para a altura, o que deve ser entendido como perda de 15% de peso em relação ao esperado ou fracasso no ganho ponderal justificado para o período de crescimento; b) medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo/a, mesmo quando muito emagrecido/a; c) perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência destes na auto-avaliação ou negação da gravidade do baixo peso actual e d) nas mulheres, amenorreia durante pelo menos três meses consecutivos.

Segundo o mesmo manual de classificação devemos considerar dois subtipos de Anorexia nervosa: a restritiva, caracterizada por dieta rigorosa e recusa em manter um peso normal; e o sub tipo ingestão compulsiva/purgativo onde predominam os episódios bulímicos e os comportamentos desadequados ou excessivos para evitar o aumento de peso.

Por outro lado, a bulimia nervosa como entidade nosológica independente tem uma história mais recente. A palavra bulimia deriva do termo grego *bous* que significa boi e *limos* que significa fome, que usados conjuntamente delineavam o significado de bulimia: uma fome de boi (Garner, 1997). Assumindo uma dupla conotação: ter apetite de um boi e uma capacidade de consumir como um boi.

No final dos anos cinquenta e durante os anos sessenta alguns casos clínicos publicados chamaram a atenção para certas formas de anorexia nervosa, nas quais se detectavam crises de ingestão compulsiva de alimentos. Em 1979, esta síndrome surge como entidade autónoma num artigo de Russell, onde são descritos de forma sistemática trinta casos clínicos que observará entre 1972 e 1978, tendo sido a partir desta data que a síndrome ganhou autonomia (Garner, 1997).

Na Bulimia Nervosa o peso pode sofrer ligeiras oscilações mas, de modo geral, mantem-se no valor normal para a idade e altura sendo que, normalmente, os comportamentos purgativos e/ou compensatórios após uma ingestão alimentar excessiva se iniciam após uma dieta para perder peso.

Os critérios de diagnóstico do DSM (APA, 2001) para a bulimia são: a) episódios recorrentes de voracidade alimentar; b) comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal; c) os episódios de voracidade alimentar e os comportamentos inapropriados ocorrem, em média, duas vezes por semana durante três meses; d) a auto-avaliação está exageradamente influenciada pelo peso e formas corporais e, e) a perturbação não surge exclusivamente no curso de um quadro de Anorexia Nervosa.

Nesta classificação existe a bulimia subtipo purgativo, onde a doente recorre a vómitos, laxantes e diuréticos e o subtipo não purgativo, onde os comportamentos compensatórios se restringem à prática de jejum ou exercício físico excessivo.

Uma nova entidade nosológica é tido em consideração, a chamada síndrome parcial, situação sub-clínica ou ainda Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação (PCA-SOE) que acolhe actualmente uma atenção especial pelo crescente número de casos.

O indivíduo preenche todos os critérios para a anorexia nervosa, excepto: a amenorreia; e/ou, excepto o facto do peso actual se encontrar dentro da média, mesmo havendo perda significativa de peso; comportamentos de controlo do peso após ingestão de pequenas quantidades de comida; ou ingestão alimentar compulsiva "binge-eating disorder" na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados (Beaumont, 1995).

Dois factores parecem contribuir para este aumento: Um decorre do facto dos critérios de diagnóstico terem variado ao longo do tempo. Detectavam-se casos clínicos que eram considerados como não preenchendo todos os critérios, mas que

actualmente preenchem. Assim, a fronteira entre as formas clínicas bem definidas e as menos definidas é apenas a convencional. Outro tipo de factores, diz respeito aos hábitos culturais; alguns autores consideram que há um *continuum* entre o ideal da magreza, a prática da dieta e a síndrome da anorexia nervosa preenchendo todos os critérios de diagnóstico (Nylander, 1971).

Etiologia

As perturbações do comportamento alimentar são determinadas por um complexo conjunto de factores que culminam num determinado momento permitindo o eclodir do quadro clínico. Garner (1997) e Moreno (2004) salientam a ideia de que se mantém em aberto a definição de uma etiologia multifactorial única, o que nos leva a considerar que as perturbações do comportamento alimentar ou síndromas parciais devem ser entendidas de um ponto de vista biopsicossocial.

No momento actual da investigação etiológica destas síndromes podemos considerar os factores biológicos (genéticos e neuroendócrinos), os factores psicológicos, os familiares e os factores sócio-culturais como principais intervenientes.

O modelo etiopatogénico mais consensual é o modelo biopsicossocial, permite explicar a génese e a manutenção das perturbações do comportamento alimentar e apresenta vantagens do ponto de vista terapêutico e preventivo. Este modelo considera que as PCA são uma consequência da interacção de factores individuais (biológicos e psicológicos) junto com outros de tipo familiar e sócio-cultural. Esta integração multifactorial como modelo etiopatogénico permite-nos distinguir na génese e na manutenção da Anorexia e da Bulimia Nervosa a acção conjunta dos diferentes factores sob a forma de predisponentes, precipitantes e factores de manutenção.

Factores Genéticos

Os factores genéticos enquadram-se no grupo dos factores predisponentes, tal como os traços de personalidade ou mesmo o índice de massa corporal e a distribuição de gordura corporal ao longo das fases do desenvolvimento, o chamado *set point*.

A anorexia nervosa está associada a determinantes genéticos de varia ordem, assistindo-se a um aumento da vulnerabilidade nos familiares próximos dos doentes. Familiares do 1.º grau dos doentes com anorexia e bulimia nervosa apresentam um risco de contrair a doença 6 a 10 vezes maior do que a população geral.

Bulik (1998) numa investigação sobre a etiopatogénese da anorexia e bulimia nervosa, evidencia a componente familiar e hereditária da extrema ansiedade relativa ao peso e forma corporais e traços de personalidade com agregação familiar, tais como evitamento, perfeccionismo e rigidez para a anorexia nervosa e impulsividade, instabilidade emocional e depressividade para a bulimia nervosa.

Treasure (1995), refere que no caso da anorexia nervosa a investigação realça valores de concordância mais elevados em gémeos monozigóticos do mesmo sexo, do que em gémeos dizigóticos ou na população geral. Quando a análise se fixa nos gémeos monozigóticos, o gémeo que adocece com anorexia nervosa mostrou ter uma maior incidência de acontecimentos vitais antes do começo da doença.

Holland et al. publicaram em 1988 um estudo que confirmou dados anteriormente divulgados noutros trabalhos sobre a hereditariedade na anorexia nervosa. Nesta investigação, 45 pares de gémeos (25 monozigóticos e 20 dizigóticos) forma estudados, tendo sido obtida uma concordância de 56% e 5%, respectivamente para os gémeos monozigóticos e dizigóticos.

Os estudos mais recentes referem que a anorexia e bulimia nervosa têm uma forte componente familiar. Parecem existir elevadas taxas de patologia alimentar entre os familiares mais próximos, bem como incidência elevada de doenças do humor, abuso de substâncias e perturbação da personalidade e ansiedade nesses elementos.

A hereditariedade para traços de personalidade familiar tais como evitamento, obsessionalidade e contenção emocional pode ser um factor para o desenvolvimento de anorexia nervosa e; instabilidade emocional e impulsividade para a bulimia nervosa.

Em 121 familiares do 1.º grau do sexo feminino, (APA, 2001) (4,9%) obtiveram um diagnóstico de anorexia nervosa. Estudos posteriores forneceram dados semelhantes, no momento actual parece mais prudente afirmar-se que a patogénese da anorexia nervosa inclui factores hereditários, cuja natureza não está completamente esclarecida.

Num estudo recente de prevalência da anorexia e bulimia nervosa em familiares de doentes era de 5,1 e 4,3% respectivamente (Woodside, 1998).

A susceptibilidade para o desenvolvimento de comportamentos ou atitudes características das PCA poderia explicar-se por uma combinação de factores genéticos e ambientais com um fenotipo latente único para tais perturbações que iria supor uma elevada hereditariedade, até cerca dos 60% (Wade, 1999).

Lilenfeld (1997) levou a cabo um estudo com familiares de doentes com bulimia nervosa e verificou uma maior taxa de abuso de substância e alcoolismo nos familiares de bulímicos do que na população normativa.

No mesmo sentido, Vitousek e Manke (1994) numa revisão da literatura, encontraram estudos de famílias e gémeos relacionados com as PCA que sugerem que existe uma propensão genética para o desenvolvimento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

Diversos investigações permitem comprovar que mulheres familiares de doentes com PCA têm um risco muito superior de desenvolver perturbações deste tipo do que a população geral, tanto no caso da anorexia nervosa (e.g. Strober, 1990) como na bulimia nervosa (Bulik, 1998). Especificamente, nos dois subtipos de anorexia nervosa parecem existir diferenças nalguns traços de personalidade dos pais, como: hostilidade, impulsividade e descontrolo nos pais de anorécticos bulímicos (Strober et al., 1982) e; reserva, conscienciosidade e orientação para a realização nos pais dos anorécticos restritivos (Garfinkel et al., 1983).

É grande a quantidade de informação e de estudos científicos que procuram delinear conclusões, caracterizar os familiares e o que é transmitido.

No entanto, a maior parte dos investigadores na área da genética duvidam que existam genes para a inanição voluntária ou para a ingestão compulsiva, especulando que os factores herdados podem incluir variáveis da personalidade (tais como evitar a dor na AN e instabilidade emocional na BN), a susceptibilidade a distúrbios afectivos ou a obesidade na família. Continua por esclarecer o que é herdado.

Factores Neuroendócrinos

Têm sido descritas alterações na actividade ou concentração de determinados neurotransmissores, tais como a serotonina e a noradrenalina, que teriam uma repercussão directa sobre o comportamento alimentar.

Russell (1979) sugeriu que a patogenia da Anorexia poderia estar relacionada com uma alteração da função hipotalâmica. O aumento da actividade da serotonina no hipotálamo poderia explicar alguns traços desta doença, sobretudo os traços obsessivos e a inibição psicosexual, embora ainda não seja claro se muitas destas alterações são primárias ou secundárias à perda de peso. O que parece indiscutível é que o aumento da função da serotonina conduz à redução da ingestão. O aumento da actividade serotoninérgica pode tornar os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver uma doença do comportamento alimentar com pensamento obsessivo e perseverante associado a distorções cognitivas sobre as consequências de uma alimentação não controlada e ganho de peso.

Os valores de 5-HIAA (metabolito da serotonina) no líquido cefalorraquidiano que estão baixos nos doentes anorécticos de baixo peso, normalizam-se e inclusive aparecer elevados durante muito tempo em pessoas que recuperaram totalmente, melhorando depois da normalização do peso, o que nos leva a especular que uma perturbação pré-morbida da função serotoninérgica poderia constituir-se um importante factor de risco na génese da AN.

Kaye (1997) encontrou níveis persistentemente elevados de 5-HIAA no líquido cefalorraquidiano de indivíduos após longo período de recuperação de AN e BN que podem reflectir um aumento de actividade do sistema serotoninérgico, associado a comportamentos rígidos e inibição do apetite.

Moreno (2003) conclui que parece existir nestes doentes um deficit na actividade noradrenérgica hipotalâmica, o que corresponderia a uma predisposição para diminuir a ingestão de comida; ou uma alteração nas concentrações de serotonina, implicada na mediação de respostas de saciedade durante a ingestão, com uma acção de inibição do apetite.

Factores Psicológicos

Quando o olhar se dirige para os factores psicológicos, estudos sobre a personalidade invadem artigos em revistas científicas e nos famosos *Handbooks of Eating Disorders*.

Tradicionalmente têm-se identificado traços típicos na personalidade dos doentes com PCA e PCA-SOE.

Vitousek e Manke (1994) numa revisão da literatura, concluem que todos os modelos explicativos das perturbações do comportamento alimentar implicam variáveis da personalidade que emergem de preocupações com o peso e do desenvolvimento de sintomas específicos tais como a ingestão compulsiva e métodos purgativos.

Em conformidade com o objectivo deste estudo iremos abordar detalhadamente, mais adiante, os traços de personalidade e a sua relação com o comportamento alimentar.

Acontecimentos de Vida Traumáticos

A vulnerabilidade ao stress é uma característica das PCA, cujo início é normalmente precedido por um acontecimento de visa stressante (Schmidt, et al., 1997) com disrupção das relações com a família e amigos.

Ainda que o significado dos acontecimentos desencadeantes seja variável, em 1/5 dos doentes com anorexia nervosa há um acontecimento traumático ligado à sexualidade e na bulimia nervosa há habitualmente história de factores de stress no desenvolvimento.

Tendo em linha de conta que o stress pode apenas ser relevante quando interfere com as estratégias de *coping*, este poderá provocar uma desadaptação crónica que favorece alterações tanto no sistema fisiológico como no psíquico.

Factores Familiares

Vários autores, como Minuchin e Selvini chamaram à atenção para o funcionamento típico das famílias onde eclodiam sintomas de Perturbações do Comportamento Alimentar.

As famílias caracterizam-se por serem conflituosas, desorganizadas, críticas, pouco coesas e com incapacidade para estabelecer relações de ajuda mútua.

Nos familiares de doentes com bulimia nervosa observou-se uma maior incidência de hábitos dietéticos, obesidade e mães com alterações da percepção da sua imagem corporal e com insatisfação familiar.

De acordo com o modelo sistémico, a doente anoréctica, a filha anoréctica assume a função de sintoma. Sintoma de uma família doente no seu conjunto, que exige um tratamento global e familiar (Selvini, 1978, 1999).

Minuchin (1978) escreve que a maioria das descrições teóricas convergem no sentido de considerar que a anorexia nervosa se faz acompanhar de padrões transaccionais familiares disfuncionais.

O modelo da família psicossomática conceptualizado por Minuchin (1978) idêntica e descreve vários padrões de interacção disfuncional: *aglutinação*, onde as relações são caracterizadas por uma grande proximidade e intensidade na interacção entre os elementos da família, o indivíduo perde-se no sistema familiar, existe uma intrusão no pensamento e nos sentimentos dos outros, resultando numa diferenciação pobre da percepção de cada um e de si mesmo; *superprotecção*, os pais preocupam-se muito com o comportamento dos filhos e estes por sua vez tornam-se excessivamente conscientes de si e das expectativas dos outros, dificultando o desenvolvimento da autonomia, competência e interesse ou actividades fora do círculo familiar; *rigidez*, os elementos da família têm uma enorme dificuldade em se confrontarem com períodos de mudança ou crescimento, negam a necessidade de mudança na família e são vulneráveis a acontecimentos exteriores; e *evitamento do conflito*, aparentemente uma família sem problemas, nem atritos (Minuchin, 1978).

As diferentes posições teóricas e empíricas, que estabelecem uma ligação entre perturbações na vinculação e anorexia nervosa, evidenciam as dificuldades da anoréctica em autonomizar-se das figuras parentais, ressaltando o fracasso na consolidação de uma identidade própria e separada dessas figuras (Bruch, 1979; O'Kearney, 1996; Ward et al., 2000).

Bruch (1978) refere mesmo que um dos maiores enigmas da anorexia nervosa é precisamente o de saber como é que as famílias com aparente sucesso e bom funcionamento transmitem aos filhos um precário sentimento de auto-estima. Na bulimia nervosa os estudos a este respeito não são tão conclusivos.

O sistema familiar é um dos factores fundamentais a ter consideração, ainda que a causalidade não seja clara, nem definitiva, para nenhum interveniente deste complexo processo. O sistema familiar pode manter, mediatizar ou complicar a evolução da doença. As PCA na família são sempre um problema de grupo, um sintoma da família que uma jovem transporta. É com base nesta ideia que se desenham as propostas terapêuticas do modelo sistémico, um modelo comprovadamente eficaz no tratamento destas doenças.

Factores Sócio-culturais

Os factores sócio-culturais dão um contributo importante para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais face ao corpo e à alimentação, principalmente no mundo ocidental, onde a sobreabundância de alimentos se identifica com o bem-estar social e a magreza é considerada sinónimo de atracção física.

Entre os determinantes do comportamento alimentar reconhece-se, a elevada pressão cultural para a magreza e a necessidade de evitar a obesidade, particularmente na cultura ocidental que podem contribuir para o aumento da preocupação com o peso, a imagem corporal e, conseqüentemente, levar à restrição da ingestão ou seguimento de dietas. Alias, o desejo de perder peso, ou manter um peso relativamente baixo, através de dieta, estende-se aos que têm peso normal ou mesmo abaixo do normal, nomeadamente mulheres jovens. (Baptista Sampaio, Carmo, Reis & Galvão-Teles, 1996; Carmo, 1997).

Não é possível ignorar o papel da pressão cultural na patogénese destas síndromes ou unicamente na vivência de comportamentos desadequados perante a forma, imagem corporal e a alimentação. A sociedade valoriza o controlo, a forma corporal e faculta todos os meios de para atingir os ideais de beleza agora padronizados. No entanto, e apesar da generalização do recurso a dietas para perder peso não é possível atribuir-lhes um papel determinante e causal, uma vez que a anorexia nervosa atinge apenas 0,3% a 0,7% da população e a bulimia nervosa 1,5% a 2,5% (Hoek, 1995).

A Personalidade Como Factor de Risco

Como já tivemos oportunidade de salientar, os traços de personalidade ocupam um lugar importante na origem das doenças do comportamento alimentar. O objectivo geral das investigações neste âmbito é, a partir do estudo da personalidade detectar determinadas características que possam interferir no desenvolvimento destas síndromas, tornando algumas jovens vulneráveis ao seu desenvolvimento.

Investigações actuais consideram os traços de personalidade de acordo com a sua intensidade e forma de expressão como factores importantes que influenciam o

comportamento alimentar, desempenhando um papel importante na origem, evolução, prognóstico e tratamento do decurso da anorexia, bulimia nervosa e síndromas parciais.

A anorexia nervosa é sem dúvida a síndrome mais estudada, tendo sido através da *lente* psicanalítica que durante anos conhecemos esta doença e a sua relação com questões sexuais reprimidas. Em 1973, Bruch introduzia o conceito de limite da personalidade e autonomia na etiologia da AN, contribuindo grandemente para a compreensão desta perturbação.

Halmi (1977) escreve que são indivíduos com tendência ao perfeccionismo, à obediência e à submissão, mas com atitudes competitivas e uma busca de ideais elevados. Associam sentimentos de incapacidade para enfrentar as exigências da vida, de sacrifício e uma enorme laboriosidade, com tendência ao isolamento, à labilidade emocional e irritação.

Johnson e Connors (1987) uma década depois sublinham como características mais importantes nas doentes com anorexia nervosa: a baixa auto-estima, as alterações da imagem corporal, os receios da separação e individualização, o humor deprimido, as distorções cognitivas e uma clara tendência ao perfeccionismo, obediência, submissão e desconfiança.

Em linhas gerais, as doentes com anorexia de tipo restritivo são reservadas, inibidas, retraídas, pensativas, serias e com tendência para a obsessão. No subtipo bulímico são mais extrovertidas, simpáticas, emocionalmente lábeis e impulsivas e com comportamentos mais desorganizados.

Strober (1991) atribuiu primazia ao temperamento como factor de risco para as PCA, baseou-se no modelo psicobiológico de Cloninger (1987). Este modelo relaciona cada uma das dimensões da personalidade com um sistema cerebral particular, onde a partilha desequilibrada destas dimensões assumiria o determinante da perturbação da personalidade.

Estas dimensões são, de acordo como o modelo de Cloninger, o resultado de factores genéticos, constitucionais e de aprendizagem. Assim, em conformidade este modelo, os doentes com anorexia tipo restritivo caracterizavam-se por evitar o risco, baixa busca de novidade e dependência de reforço. A configuração deste temperamento daria lugar a comportamentos metódicos, repetitivos, restrição das

emoções, baixa adaptação a mudanças, rigidez, dependência dos outros e elevada sensibilidade diante da aprovação ou negação dos outros.

Sempre se atribuiu aos doentes com anorexia nervosa determinadas alterações da personalidade, de tal forma que se chegou mesmo a falar numa “personalidade anoréctica”.

São conhecidos alguns traços de personalidade como ingredientes preponderantes no desenvolvimento quer da anorexia quer da bulimia nervosa. Estes estão relacionados com a imagem corporal e magreza, evitamento da dor, disforia, obsessões sobre simetria ou exactidão e perfeccionismo, podendo persistir mesmo após a recuperação do distúrbio (Diaz-Marsa, 2000). Muitos profissionais e teóricos têm tentado definir quais as variáveis de personalidade que influenciam o desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar. Têm sido algumas as variáveis identificadas, incluindo a introversão, necessidade de aprovação, desconfiança, e o perfeccionismo.

Diferentes traços pré-morbidos parecem justificar o direccionamento de indivíduos semelhantemente preocupados com o peso para a anorexia ou bulimia nervosa, o que tem justificado muito do interesse contemporâneo pelas variáveis da personalidade.

No entanto, a complexidade não se fica por aqui, uma vez que, os factores de personalidade variam significativamente também nos dois subtipos de anorexia nervosa, (Halmi, 1992; Vitousek & Manke, 1994) e de bulimia nervosa (embora aqui exista um hiato nas investigações).

A população com PCA foi subdividida em sujeitos com peso baixo que reduzem somente através da dieta e do exercício (anorécticos restritivos), sujeitos com peso baixo que também aderem ao comportamento ingestão compulsiva e recorrem ao vómito (anorécticos bulímicos) e, sujeitos com um peso normal ou superior que manifestam comportamentos de ingestão compulsiva e purga ou outros comportamentos compensatório, como o exercício físico exagerado ou o jejum, falamos da bulimia nervosa subtipo purgativo e não purgativo.

Os contrastes mais consistentes figuram entre os sujeitos que praticam e não praticam comportamentos purgativos, tendo ou não conseguido um estado de peso baixo; todavia, os investigadores têm chamado a atenção para o facto de uma

considerável heterogeneidade continuar presente dentro e transversalmente nos subgrupos com PCA, divididos por comportamentos purgativos ou estado do peso.

Quando o objectivo é descrever os traços ou características da personalidade, que poderão predispor um indivíduo do sexo feminino a experienciar sintomas que encaixam nalguma das perturbações do comportamento alimentar, cada vez mais temos a certeza, de que seria extremamente simplista e redutor entender as PCA com uma única e singular natureza.

Embora existem características de personalidade partilhadas pela velha entidade nosológica, a anorexia nervosa e pela bulimia nervosa, existem traços e perfis que as distanciam. É muito difícil detectar uma perturbação pura, porque os quadros clínicos e os diferentes subtipos se confundem e porque não raramente se apresentam de forma simultânea.

Contudo, é possível obter dados convincentes ao relacionar as doenças do comportamento alimentar com determinadas características de temperamento e de carácter que moldam a personalidade e que aparentemente determinam a evolução da perturbação.

Anorexia Nervosa

Estudos iniciais que não distinguiram doentes com anorexia nervosa nos diferentes subtipos, restritivos e bulímicos, apresentaram um grupo razoavelmente consistente de traços relacionados com o neuroticismo (DaCosta & Halmi, 1992).

Tem sido demonstrado com consistência assinalável, que em particular a anorexia tipo restritivo é caracterizada por um conjunto traços específicos.

Estudos clínicos e familiares coincidem na observação das seguintes características comuns de comportamento pré-mórbido em doentes com anorexia nervosa tipo restritivo: obsessão, rigidez, perfeccionismo, dependência e tendência ao evitamento social (Sohlberg & Strober, 1994), inflexibilidade e necessidade de controlo rígido (Strober & Salkin, 1982), repressão emocional, evitamento da novidade, *anxious worry*, dúvidas relativamente a si próprio, ansiedade relacionada com o peso e a forma corporal, conformidade, submissão, controlo exagerado e perseverança mesmo sem recompensa (Beumont, George, & Smart, 1976; Bruch, 1978; Halmi et al., 2000; Lilienfeld, Kaye, & Strober, 1997; Pryor & Wiederman, 1996; Strober, 1980, 1995).

No final da década de setenta do século passado, Hilde Bruch na sua emblemática obra *The enigma of anorexia nervosa* (Bruch, 1978) chamou a atenção dos investigadores em relação ao facto destes fazerem generalizações quando se referem à etiologia da anorexia nervosa através de informação obtida durante o episódio grave, quando está presente a semi-inadição, sabendo que esta exerce a sua própria influência na psicopatologia e nas relações familiares. A futura avaliação integral das populações de alto risco, deveria permitir aos investigadores examinar a personalidade, o comportamento e os processos familiares, sem os confundir com a própria doença.

A maioria dos indivíduos dos dois subtipos são caracterizados como perfeccionistas, tímidos e submissos (Strober, 1981). No entanto, indivíduos que encaixam no subtipo bulímico adicionam a esta base comum de características uma disposição social expansiva (Casper, 1980), aspectos histriónicos (Beumont et al., 1976) e indicadores que sugerem instabilidade afectiva (Strober, 1981).

O perfil mais consistente tem emergido no caso da anorexia nervosa restritiva. Descobertas empíricas adicionaram detalhes ao retrato clássico esboçado há muito tempo atrás por observadores clínicos astutos, sem se alterar as suas linhas base.

Arriscaríamos mesmo a dizer, ou melhor, a escrever, que grande parte dos clínicos contemporâneos concordaria com a descrição de DuBois (1949) dos traços evidentes naqueles que embarcam na inanição auto induzida: “A jovem mulher afectada com anorexia nervosa tem determinadas qualidades de personalidade que a distinguem. Ela é uma pessoa tensa, hiperactiva, alerta e rígida. Geralmente anda, fala e pensa rapidamente. É excessivamente ambiciosa, muito exigente consigo própria, marcadamente sensível e obviamente sente-se insegura. Uma consciência severa e imatura guia as suas acções e diz-se que é hiperconscienciosa. A sua preocupação com a arrumação, a meticulosidade e uma teimosia obstinada nada maleável à tolerância fazem-na entrar na categoria dos perfeccionistas. Geralmente introvertida, séria, com força de vontade, e com falta de espontaneidade e de calor, o que é visível no seu olhar” (p. 109).

De todas as formas de psicopatologia, a anorexia nervosa restritiva pode representar um dos mais fortes casos para associação causal entre traços de personalidade e um específico distúrbio comportamental.

Os anoréticos restritivos, ou *clássicos*, mostram rigidez e constrangimento, enquanto os bulímicos manifestam modelos de consumo erráticos nos quais a restrição e a desinibição se alternam, sugerindo alguma combinação de características de compulsividade, impulsividade e instabilidade afectiva subjacentes. Em vários relatos teóricos sobre a bulimia nervosa, o ciclo de ingestão compulsiva-purga, também tem alegadamente uma base funcional no contexto destas variáveis de traços, ao proporcionar um meio para alcançar a regulação (Johnson, Lewis, & Hagman, 1984) e facilitando a supressão temporária da dolorosa auto-consciência (Baumeister, 1991).

Bulimia Nervosa

Ligada à anorexia nervosa pela partilha do seu cerne psicopatológico de preocupação extrema com o peso e a forma, a bulimia nervosa envolve a expressão de alguns comportamentos que têm sido atribuídos a traços aparentemente opostos da anorexia nervosa.

A bulimia nervosa apresenta uma menor consistência, principalmente, quando em comparação com a sintomatologia da anorexia nervosa subtipo restritivo. Dentro destes traços incluem-se: procura de emoção e excitação, instabilidade e impulsividade afectiva e uma tendência para a disforia em resposta à rejeição ou à não recompensa (Vitousek & Manke, 1994). Estas características podem proteger os indivíduos contra restrições impostas por dietas prolongadas, no entanto, torna-os mais vulneráveis a perdas de controlo periódicas e a eventuais dietas caóticas.

Strober (1991) assinala também traços de personalidade predisponentes para doentes bulímicos, como a busca de emoções, excitabilidade, falta de persistência, tendência para a disforia perante situações de recusa, rejeição ou de falta de gratificação e preocupação com o peso e imagem corporal.

Kasset (1989) faz a distinção, diante da mesma conduta bulímica, assinala dois tipos de indivíduos bulímicos: uns caracterizam-se pela presença de desinibição, instabilidade afectiva, e impulsividade; um outro grupo teria um padrão de personalidade mais ajustado e desenvolveria um quadro mais em função da restrição dietética.

O perfil da bulimia nervosa com peso normal continua contraditório e indefinido. Nesta população a informação disponível é mínima no que se refere aos

aspectos premórbidos. Muito pouco se sabe sobre a natureza e os limites do distúrbio que continua após o controlo do sintoma.

A informação reunida sobre os traços e distúrbios da personalidade enquanto a doença está activa, revelam uma enorme diversidade nas amostras clínicas. Os perfis médios em algumas investigações retratam níveis moderados de patologia, dominada por sinais de depressão que pode ser secundária ao distúrbio; outros estudos produzem cotações médias indicativas de patologia profunda e difusa, consistente com a designação de perturbação estado-limite da personalidade (Moreno, 2003). Os resultados que indicam que os bulímicos com aspectos da perturbação estado-limite da personalidade, descrevem uma diminuição na ansiedade e na depressão quando completam um ciclo de ingestão compulsiva e depois de purgação, pode ajudar a definir esta divisão, enquanto que outros relatam um pequeno aumento (Steinberg, Tobin, & Johson, 1990).

Tem-se especulado que pelo menos dois mecanismos podem fundamentar o desenvolvimento do comportamento bulímico em grupos díspares de sujeitos (Cooper et al., 1988): um tipo pode ser caracterizado pela desinibição e instabilidade afectiva, estes indivíduos podem recorrer à ingestão compulsiva e ao vómito como meio de regular estados intoleráveis de tensão, raiva, e fragmentação. O outro grupo de bulímicos mais “puros”, pode *entrar* neste distúrbio através de um caminho menos complicado de dieta restritiva. Ao se esforçarem repetidamente por manter um peso com níveis culturalmente desejáveis e não o conseguirem; comem demais, quando o seu empenho se desmorona, recorrem ao vómito para aliviar a culpa e minimizar o conseqüente ganho de peso.

O movimento transversal pelas categorias é muito comum – um único paciente pode ser diagnosticado por turnos com anorexia nervosa restritiva, anorexia purgativa e bulimia nervosa. Vandereycken e Pierloot (1983) chamaram a atenção para o facto de “cada classificação é o produto de uma dada avaliação num dado momento, i.e., uma fotografia estática, um instantâneo ou estudo transversal das características observadas temporariamente” (p. 548).

Existe uma variedade de motivos pelas quais uma mulher jovem, na nossa cultura, pode vir a controlar o seu peso, na procura de uma solução para o sofrimento pessoal. O conjunto de sujeitos que encaixa num determinado subgrupo será

constituído por alguns que alcançaram a classificação terminal dentro dos distúrbios alimentares e outros que estão meramente a passar por uma fase do sintoma, a caminho de uma categoria diferente.

Estudos retrospectivos sugerem que as características de personalidade frequentemente são um ponto de partida para as perturbações do comportamento alimentar, mantendo-se presentes após a recuperação do peso (Cassin, 2005).

Todos os relatos sobre características premórbidas são retrospectivos e por essa razão, partilham da instabilidade na imprecisão da medição e nos efeitos enviesados do conhecimento de um resultado patológico. A investigação futura pode, por si só, fornecer evidências indiscutíveis que conectem as características da personalidade à iniciação da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e dos síndromas parciais.

A diversidade dentro das categorias de diagnóstico tem pelo menos três explicações teóricas: 1) se existe uma ligação fundamental entre tipo de traço e forma de sintomatologia, a variabilidade pode ser atribuída ao facto de que os sujeitos não alcançaram todos a fase final da evolução do seu distúrbio alimentar. A adolescente que neste momento mantém um padrão de abstinência, pode cair em comportamentos bulímicos à medida que a sua perturbação progride, influenciada pela tendência para a acção impulsiva medida mesmo durante a sua fase restritiva; 2) alternadamente, indivíduos com traços uniformes podem deflectir em diferentes direcções por variáveis independentes do tipo de personalidade. A mulher bulímica com peso dentro da média pode ser impedida de alcançar o “destino” da anorexia nervosa sugerido no seu perfil temperamental, devido a uma intolerância biológica à fome ou deslocamento abaixo do peso de partida e finalmente, 3) a relação observada entre a personalidade e os subtipos de perturbações do comportamento alimentar pode ser imperfeita e imprecisa, com características específicas aumentando a probabilidade de pertencer a uma determinada categoria, sem ditar um curso previsível.

Tomando em consideração todas estas possibilidades, é de salientar que se encontra por esclarecer a direccionalidade da relação entre traços aparentemente estáveis e padrões de sintomas: os bulímicos podem parecer-se uns aos outros em parte porque se tornaram bulímicos, em vez de se tornarem bulímicos porque têm em comum alguns elementos da personalidade.

Em suma, as perturbações do comportamento alimentar devem ser entendidas como doenças que reflectem a confluência entre a psicologia individual, os determinantes biológicos, as dinâmicas familiares e os factores sócio-culturais. Estas doenças são o exemplo da necessidade de um novo paradigma na leitura psicológica e conseqüentemente uma nova abordagem na prevenção e no tratamento. Tornar-se-ia uma leitura a vários níveis de análise, tais como a psicopatologia, os padrões alimentares, as cognições, as dificuldades interpessoais e familiares.

Sem nunca esquecer, que o entendimento, a interpretação e a compreensão dos comportamentos e atitudes disfuncionais perante o corpo e a alimentação, só farão sentido numa perspectiva multidimensional, cada um destes factores por si só, é necessário, mas não suficiente.

MÉTODO

A presente investigação teve como principal objectivo identificar a relação, entre traços de personalidade e atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar e síndromas parciais numa amostra não-clínica.

Trata-se de um estudo correlacional inscrito numa metodologia epidemiológica.

Participantes

O estudo foi realizado em 190 jovens e jovens adultos do sexo feminino a frequentar o ensino universitário na região do Algarve.

As alunas frequentavam uma das faculdades da Universidade do Algarve ou o Instituto Superior Dom Afonso III. Foi uma amostra de conveniência, não probabilística. As turmas foram seleccionadas tendo em consideração a disponibilidades dos docentes com mais do que duas horas lectivas consecutivas e tendo em consideração as turmas com um maior número de alunos do sexo feminino.

Optámos por proceder à caracterização da amostra de acordo com dois níveis descritivos: uma análise sócio-demográfica e uma análise antropométrica. Em seguida serão apresentados os dados sócio-demográficos, reservando a análise antropométrica para a apresentação de resultados.

Análise sócio-demográfica

A média das idades das participantes neste estudo foi de 21 anos, com um desvio padrão de 3,32 e um intervalo de confiança a variar entre os 20,60 e os 21,55; um valor mínimo de 17 anos e um valor máximo de 36 anos (Figura 1). Como já anotámos todos os sujeitos da amostra são do sexo feminino. Este facto foi intencional, dada a elevada prevalência de preocupações com a imagem corporal e adopção de comportamentos alimentares desadequados neste sexo.

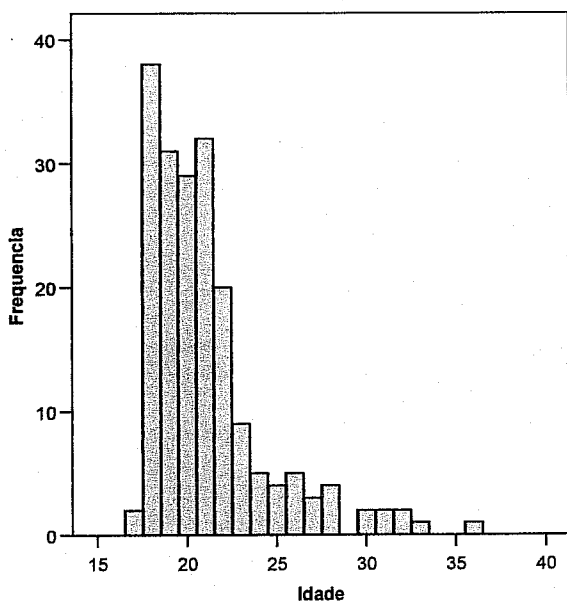


Figura 1. Histograma para a idade dos sujeitos da amostra.

Quanto ao estado civil dos sujeitos, de acordo com dois grupos de idade, a Figura 2, mostrou que os sujeitos solteiros estão em maioria, especialmente no grupo etário mais jovem, onde 100% dos sujeitos são solteiros. Para uma idade superior ou igual a 21 anos, 82% são solteiros e 12% das participantes são casadas. Os restantes 6% vive em união de facto.

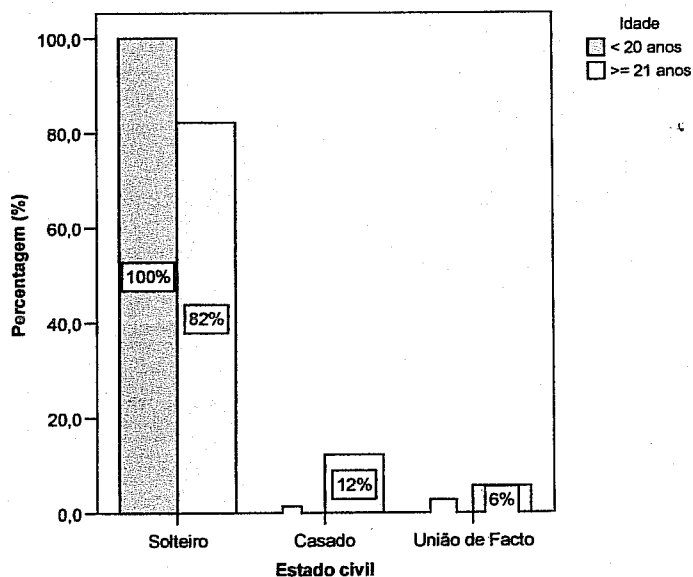


Figura 2. Distribuição da variável "Estado Civil" das estudantes.

Os resultados apresentados na Figura 3 indicam que a maioria dos sujeitos frequentavam a licenciatura em Psicologia nos dois grupos de idades. Outras licenciaturas representativas são: Gestão para o grupo acima dos 20 anos, Ortoprotesia, Farmácia e Ciências da Educação para o grupo de idades menor ou igual a 20 anos.

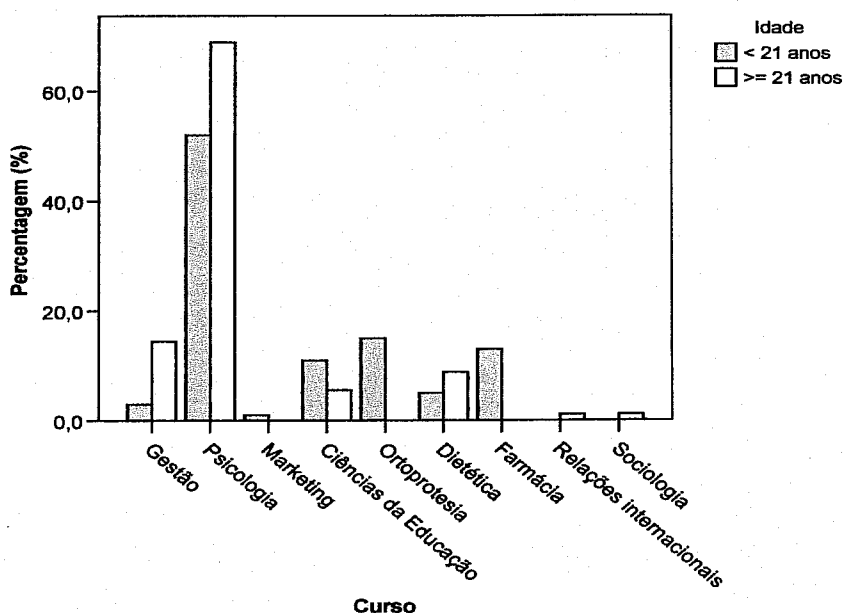


Figura 3. Distribuição da variável “Curso” das participantes.

No que diz respeito ao ano de frequência da licenciatura os sujeitos revelaram-se pertencentes na sua grande maioria ao 1.º ano na faixa etária menor ou igual a 20 anos (77%). Para o grupo etário acima dos 20 anos o valor percentual mais elevado foi registado no 3.º ano de licenciatura (Figura 4).

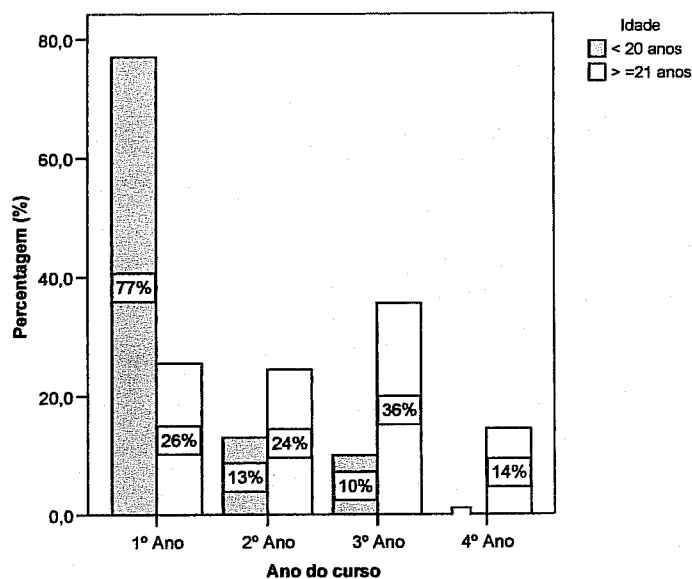


Figura 4. Distribuição da variável "Ano de Curso" das participantes.

Para o facto de os sujeitos serem ou não, trabalhadores-estudantes, observou-se nos dois grupos etários, por nós definidos, que as participantes do estudo pertencentes ao grupo estudante apenas apresentaram um valor percentual de 94% para o grupo menor ou igual a 20 anos e um valor de 66% para as idades acima dos 20 anos de idade (Figura 5).

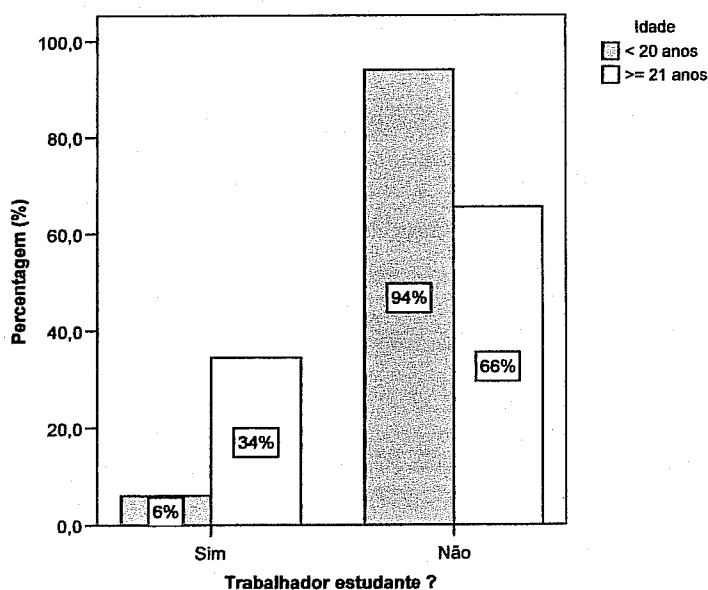


Figura 5. Distribuição da variável "Estatuto trabalhador estudante" das participantes.

Material

Para realizar a nossa investigação e atingir os objectivos a que nos propusemos, utilizamos três instrumentos de avaliação: um questionário de caracterização da amostra, o Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (Eating Disorder Inventory - EDI-2) e o Inventário da Personalidade - NEO-PI-R.

Questionário de Caracterização da Amostra

Para proceder à caracterização da amostra, construiu-se um instrumento descritivo de auto-preenchimento específico para esta investigação (Anexo A).

Este questionário versou questões relativas à caracterização sócio-demográfica, tais como: idade, estado civil e naturalidade; questões relativas à situação académica actual: ano curricular, curso e instituição a frequentar; e, tendo em consideração os objectivos da investigação, a última componente do questionário versou a recolha de dados auxiológicos, tais como; peso actual, altura, peso mais alto e mais baixo nos últimos três meses. Na sua totalidade o questionário versou 22 questões.

Inventário de Personalidade NEO - Revisto (NEO-PI-R)

Para avaliar as dimensões da personalidade foi utilizado o Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) (Anexo B) desenhado por McCrae e Costa (1992) (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) e aferido à população portuguesa por Lima (1997) tendo sido esta a versão utilizada neste estudo.

A escolha deste instrumento foi realizada tendo em consideração a natureza não clínica da amostra. Sendo pois desejável utilizar um instrumento que permitisse avaliar dimensões normativas da personalidade. “Por diversas razões, os autores não elaboraram perfis para grupos clínicos. Primeiro, porque os doentes em psicoterapia mostram, geralmente, a mesma amplitude de variação nos traços de personalidade que os adultos normais, diferindo apenas nas pontuações médias de alguns traços.

Segundo, porque diagnósticos específicos podem estar associados a perfis específicos e estes observam-se melhor, por comparação com o grupo normativo. Por

fim, porque os autores opinam que a “utilização de normas é um auxiliar valioso, que permite recordar que sujeitos submetidos à psicoterapia são, em muitos aspectos, semelhantes a voluntários normais” (Costa & McCrae, 1992, p.14).

Este instrumento é direccionado para medir as cinco principais dimensões da personalidade, estando teoricamente sustentado pelo Modelo dos Cinco Factores e avalia as dimensões da personalidade que correspondem a cada um dos domínios gerais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Cada um dos domínios é constituído por seis facetas. No total o instrumento é composto por 240 itens que consistem em afirmações às quais é possível responder numa escala de cinco pontos, classificadas de 0 a 4 valores.

A versão do instrumento que utilizamos neste estudo, sendo a mais recente, passou por três fases de desenvolvimento, na sequência de um trabalho contínuo por parte dos seus autores. Foi em 1978 que pela primeira vez surge o então chamado, Inventário NEO, cujo propósito foi somente a avaliação de três dimensões: o Neuroticismo, a Extroversão e a Abertura à Experiência, através de 18 escalas constituídas por 144 itens.

Com o desenvolvimento teórico-conceptual do Modelo dos Cinco Factores (FFM) foram-lhe adicionadas posteriormente, mais duas escalas para avaliar as dimensões Amabilidade e Conscienciosidade, passando então de 144 para 181 itens. Finalmente, em 1992, Costa e McCrae dedicam-se a um novo aperfeiçoamento deste instrumento, chegando à configuração e formatação do questionário que conhecemos e com o qual trabalhamos hoje. Este aperfeiçoamento traduziu-se no acréscimo do número de itens, que passou a 240 e, na consagração do Inventário da Personalidade NEO-PI Revisto (NEO-PI-R), dotado de validade convergente e discriminante em todos os domínios e facetas.

Quadro 2: Breve resenha Histórica sobre a Construção e Desenvolvimento do NEO-PI-R.

DATA	DESIGNAÇÃO	DIMENSÕES DAS FACETAS	N.º DE ITENS
1978	NEO	NEO	144
1983/1985	NEO-PI	NEOAC	181
1990/1992	NEO-PI-R	NEOAC	240

O NEO-PI-R é um dos primeiros questionários a operacionalizar o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade e a fazê-lo de uma forma não-direccionada, ou seja, é um instrumento susceptível de utilizações variadas, aplicando-se a diferentes contextos, onde uma visão global e abrangente sobre a personalidade pode ser o objectivo pretendido.

É também, paradoxalmente, “um inventário inovador e tradicional. Inovador porque dá corpo a um modelo novo, no quadro das concepções actuais sobre a personalidade; porque pressupõe uma visão de tipo eclético em relação à diversidade de constructos existentes; porque corta com alguns pressupostos psicométricos tradicionais (...); porque é fruto de uma reflexão cuidada, em torno da construção, do significado e possíveis aplicações, tanto teóricas como práticas, dos questionários de personalidade. Mas é também tradicional, porque a sua história se inscreve numa determinada orientação, adentro da psicologia da personalidade, e porque os traços escolhidos não são descobertas originais mas redescobertas, baseadas em revisão da literatura e contacto com a realidade psicológica” (Lima, 1997, p. 258).

Na sua versão final, o NEO-PI-R é constituído por cinco escalas, que correspondem a cada um dos domínios gerais considerados: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Cada domínio, por sua vez, é constituído por seis facetas, o que eleva para trinta o número de escalas específicas que o compõem. Cada uma das escalas é composta por oito itens, perfazendo um total de 240 itens, que são apresentados sob a forma de afirmação, em relação à qual o sujeito terá que se posicionar. As respostas são dadas segundo uma escala Likert (*Discordo Fortemente; Discordo; Neutro; Concordo; Concordo Fortemente*).

De forma simplificada, a estrutura do NEO-PI-R, pode ser descrita esquematicamente da seguinte forma:

Quadro 3. Domínios e Facetas que integram o NEO-PI-R.

DOMÍNIO	FACETA	ÍTEM							
		1	31	61	91	121	151	181	211
Neuroticismo (N)	N1: Ansiedade	1	31	61	91	121	151	181	211
	N2: Hostilidade	6	36	66	96	126	156	186	216
	N3: Depressão	11	41	71	101	131	161	191	221
	N4: Auto-Consciência	16	46	76	106	136	166	196	226
	N5: Impulsividade	21	51	81	111	141	171	201	231
	N6: Vulnerabilidade	26	56	86	116	146	176	206	236
Extroversão (E)	E1: Acolhimento Caloroso	2	32	62	92	122	152	182	212
	E2: Gregariedade	7	37	67	97	127	157	187	217
	E3: Assertividade	12	42	72	102	132	162	192	222
	E4: Actividade	17	47	77	107	137	167	197	227
	E5: Procura de Excitação	22	52	82	112	142	172	202	232
	E6: Emoções Positivas	27	57	87	117	147	177	207	237
Abertura (O)	O1: Fantasia	3	33	63	93	123	153	183	213
	O2: Estética	8	38	68	98	128	158	188	218
	O3: Sentimentos	13	43	73	103	133	163	193	223
	O4: Acções	18	48	78	108	138	168	198	228
	O5: Ideias	23	53	83	113	143	173	203	233
	O6: Valores	28	58	88	118	148	178	208	238
Amabilidade (A)	A1: Confiança	4	34	64	94	124	154	184	214
	A2: Rectidão	9	39	69	99	129	159	189	219
	A3: Altruísmo	14	44	74	104	134	164	194	224
	A4: Complacência	19	49	79	109	139	169	199	229
	A5: Modéstia	24	54	84	114	144	174	204	234
	A6: Sensibilidade	29	59	89	119	149	179	209	239
Conscienciosidade (C)	C1: Competência	5	35	65	95	125	155	185	215
	C2: Ordem	10	40	70	100	130	160	190	220
	C3: Dever	15	45	75	105	135	165	195	225
	C4: Esforço de Realização	20	50	80	110	140	170	200	230
	C5: Auto-Disciplina	25	55	85	115	145	175	205	235
	C6: Deliberação	30	60	90	120	150	180	210	240

Adaptado de Lima (1997, p. 172).

Para uma descrição mais pormenorizada, apresentaremos a compreensão de cada um dos cinco domínios com as respectivas facetas, de acordo com a autora da aferição portuguesa (Lima, 2000).

Neuroticismo (N)

Esta escala global pretende avaliar a adaptação vs. a instabilidade emocional. Valores elevados em N identificam indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas, bem como com tendência geral para passar (tendência a experimentar afectos) por afectos negativos como o medo, tristeza, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa. Talvez pelas emoções disruptivas interferirem na adaptação, os homens e mulheres com pontuação mais alta nesta escala têm também tendência para ideias irracionais, para serem menos capazes de controlar os impulsos e controlar-se pior do que os outros com o stress.

Por outro lado, valores baixos em N, revelam uma estabilidade emocional que se traduz em indivíduos geralmente calmos, com humor constante, tranquilos e descontraídos, seguros, satisfeitos consigo mesmos e capazes de enfrentar situações de tensão sem ficarem descontrolados ou assustados.

O domínio do Neuroticismo inclui seis facetas:

N1: Ansiedade

Os sujeitos ansiosos são apreensivos, tensos, medrosos e preocupados. Embora as fobias específicas não sejam medidas nesta escala, os sujeitos com pontuações elevadas neste traço têm tendência a ser fóbicos. Uma baixa pontuação, pelo contrário, surge associada a sujeitos calmos, relaxados, estáveis, menos medrosos e sem tendência para se fixarem naquilo que ocorre mal.

N2: Hostilidade

Observa-se nos sujeitos hostis uma tendência para experienciar a raiva, a frustração e a amargura, revelando um temperamento “quente” que resulta muitas vezes num estado de frustração ou zanga. Esta escala encontra-se geralmente relacionada com uma Amabilidade baixa. Os sujeitos com N2 baixo, inversamente, são amigáveis, têm um temperamento mais moderado e dificilmente se ofendem ou se zangam.

N3: Depressão

Esta faceta visa a avaliação das diferenças normais no vivenciar do afecto depressivo. Os sujeitos com pontuações elevadas em N3 têm pouca esperança, são tristes, melancólicos, sente-se sozinho, desesperados e com graus elevados de culpabilidade. Por oposição, um valor N3 baixo é indicativo de indivíduos que

raramente estão tristes e que em geral são pessoas confiantes, para quem a vida faz sentido e vale a pena.

N4: Auto-Consciência

Sujeitos com uma pontuação elevada nesta escala acham-se pouco à vontade perto dos outros, são sensíveis ao ridículo e têm tendência para se sentirem inferiores, envergonhados, tímidos e com ansiedade social. Um valor baixo em N4, por seu lado, não revela, necessariamente, sujeitos com boas aptidões sociais; revela apenas que estes tenderão a sentir-se menos perturbados em situações sociais, traduzindo-se esse à vontade numa maior segurança e em comportamentos socialmente mais adequados.

N5: Impulsividade

A impulsividade a que esta faceta se refere tem a ver com a incapacidade de controlar e resistir às tentações. Os desejos de comida, cigarros e propriedade são tão fortes em sujeitos com valores elevados nesta escala, que estes não lhes conseguem resistir, mesmo que mais tarde se possam arrepender de tal impulsividade. Inversamente, as pessoas com um baixo nível de N5, possuem uma maior tolerância à frustração e resistem com mais facilidade às tendências acima enunciadas. Retenha-se que a impulsividade avaliada pela presente escala não deverá ser confundida com espontaneidade, a decisão rápida e a capacidade de arriscar.

N6: Vulnerabilidade

A vulnerabilidade avaliada nesta faceta identifica indivíduos que, confrontados com situações de emergência, facilmente se enervam e entram em pânico, revelando-se incapazes de lidar com a tensão e tornando-se dependentes. Uma baixa pontuação é habitualmente indicador de pessoas que conseguem “manter a cabeça fria”, que são componentes, resistentes, e daí o lidarem melhor com situações difíceis.

Extroversão (E)

A extroversão, conforme é considerada nesta escala, traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Assim sendo, os indivíduos extrovertidos são sociáveis, afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, alegres e conversadores. Gostam de pessoas, preferem os grupos grandes e as reuniões, são assertivos e loquazes, apreciando a excitação e a estimulação. Este

domínio correlaciona-se fortemente com o interesse em ocupações de iniciativa e de empreendimento.

As características do introvertido são de apresentação mais difícil. Em certos aspectos, a introversão deve ser considerada mais como a ausência de extroversão do que o que poderia ser afirmado como o seu oposto. Deste modo, os introvertidos são sobretudo sujeitos reservados, não tanto “inamistosos”; são sobretudo independentes, não tanto seguidores; têm sobretudo um passo certo e não tanto lento. Os introvertidos podem dizer que são tímidos, quando o que querem dizer é que preferem estar sós, e não sofrem necessariamente de ansiedade social. Finalmente, embora não sejam dados à animação exuberante dos extrovertidos não são infelizes nem pessimistas (Lima, 1997, p. 183).

As facetas da Extroversão incluem:

E1: Acolhimento Caloroso

No que respeita à intimidade interpessoal, o Acolhimento é a faceta da extroversão de maior relevância e a que está mais próxima da dimensão de Amabilidade. As pessoas com valores elevados em E1 são calorosas e, conseqüentemente, amigáveis, conversadoras e afectuosas; gostam verdadeiramente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles. Pontuações baixas são habitualmente reveladoras de pessoas mais formais, distantes e frias, não significando tal que sejam necessariamente hostis.

E2: Gregariedade

O indivíduo com pontuação elevada nesta faceta gosta de conviver, tem muitos amigos e procura o contacto social. Pelo contrário, pontuações baixas em E2 estão associadas a sujeitos solitários, que evitam multidões e preferem estar sozinhos.

E3: Assertividade

Os sujeitos assertivos são dominantes, com ascendente social, força de vontade, são confiantes e decididos. Falam sem hesitações e facilmente se tornam líderes de opinião. Aqueles que apresentam pontuações mais baixas nesta faceta são indivíduos menos assertivos, com uma conduta mais reservada, evitando afirmar-se e preferindo não dar nas vistas, acabando por deixar os outros falar.

E4: Actividade

Valores elevados de E4 correspondem a pessoas enérgicas, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupadas. Valores baixos, por seu turno, não

implicam obrigatoriamente que se tratem de indivíduos preguiçosos, mas sim de sujeitos que não têm pressa e que são mais vagarosos.

E5: Procura de Excitação

No extremo mais elevado desta escala temos sujeitos que procuram estimulações fortes, aceitam riscos e gostam de ambientes ruidosos e de cores coloridas. No extremo oposto situam-se os indivíduos que evitam a sobre-estimulação, são cautelosos, sérios e preferem um tipo de vida que os primeiros facilmente considerariam aborrecido.

E6: Emoções Positivas

Uma elevada pontuação em E6 revela uma pessoa alegre, espirituosa, divertida e que tem tendência a experienciar emoções positivas, tais como a alegria, a felicidade e o amor. O indivíduo com baixa pontuação, não sendo propriamente infeliz, será menos exuberante, pouco entusiasta, plácido e sério. Esta é a faceta da Extroversão mais relacionada com a satisfação com a vida.

Abertura à Experiência (O)

Sendo a Abertura à Experiência a dimensão menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, é também aquela que é considerada pelos autores deste instrumento como a de maior relevância para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, 1992). Globalmente, esta dimensão traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. Corresponde à amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência e à necessidade contínua de alargar e examinar a experiência; curiosidade e experiência de um leque muito variado de emoções, positivas e negativas, grande diversidade de interesses, pouco tradicionais e convencionais.

Os indivíduos abertos à experiência são curiosos, quer no que respeita ao mundo interior, quer ao exterior, e as suas vidas são mais ricas de vivências do que é comum. Têm inclinação para alimentar novas ideias e valores não convencionais e vivem as emoções positivas ou negativas de modo mais agudo do que os indivíduos fechados. Facilmente põem em causa a autoridade e optam por novas ideias sociais, políticas e/ou éticas.

Os homens e mulheres com nota baixa nesta dimensão tendem a ter comportamentos convencionais e uma aparência exterior conservadora. Preferem o conhecido ao novo e as suas reacções emocionais são algo silenciosas. Têm uma esfera e uma intensidade de interesses mais estreita e tendem a ser pouco artísticos ou analíticos.

As facetas da Abertura à Experiência, de modo sucinto, podem ser descritas da seguinte forma:

O1: Fantasia

Pontuações elevadas nesta faceta indicam sujeitos com imaginação viva e fantasia activa, que apreciam sonhar acordados e elaboram fantasias. Pontuações baixas identificam aqueles que preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar acordados.

O2: Estética

Nesta escala, uma pessoa que obtenha pontuação elevada, valoriza a experiência estética e aprecia a arte e a beleza. Se a pontuação for baixa, tratar-se-á de pessoas com pouca sensibilidade à beleza e que não apreciam a arte.

O3: Sentimentos

Pontuações elevadas são indicadoras de pessoas sensíveis, empáticas, que valorizam os próprios sentimentos e que respondem emocionalmente às situações. Um baixo valor para O3 indica um leque emocional mais limitado e uma desvalorização dos diferentes estados emocionais.

O4: Acções

Um sujeito com pontuação alta nesta faceta denota a procura da novidade, da variedade, que se traduz, por exemplo, na busca de novas actividades e no experienciar de diferentes passatempos. Já um sujeito com baixa pontuação prefere o familiar à novidade, segundo preferencialmente a sua rotina normal e a sua habitual maneira de ser.

O5: Ideias

As pontuações elevadas são conotadas com a curiosidade intelectual, com a apreciação de argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. Esta faceta não implica, necessariamente, inteligência elevada, mas favorece o desenvolvimento do potencial intelectual. O sujeito com baixa pontuação é mais pragmático, factualmente orientado, não aprecia desafios intelectuais e tem uma curiosidade mais limitada.

O6: Valores

Subjacente a esta faceta encontra-se a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos. Uma pontuação elevada é indicativa de “horizontes largos”, tolerância, não-conformismo e “abertura de espírito”, enquanto os baixos valores estão associados ao dogmatismo e conservadorismo.

Amabilidade (A)

A Amabilidade é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo, tanto nos pensamentos, como nos sentimentos e acções.

A pessoa amável, à luz deste domínio, é fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta e inclinada a perdoar; é também simpática para com os outros e acredita que os outros serão igualmente simpáticos. Por oposição a estas características, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

As facetas que constituem este domínio são:

A1: Confiança

Indivíduos com pontuação elevada nesta faceta tendem a atribuir intenções benévolas aos outros e a considerá-los honestos e bem intencionados. Aplica-se o inverso no que diz respeito a pontuações baixas, com uma evidente tendência para o cinismo, para o cepticismo e suspeita das intenções dos outros.

A2: Rectidão

A franqueza, a frontalidade, a sinceridade e a ingenuidade no lidar com os outros são características associadas aos sujeitos que obtêm pontuações elevadas. Pelo contrário, as pontuações baixas denotam pessoas calculistas, com tendência para a manipulação do outro através do elogio ou da chantagem.

A3: Altruísmo

Um resultado elevado nesta escala revela uma preocupação activa pelos outros, que se traduz pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar. Um baixo valor em A3 será indicador de

pessoas mais centradas em si próprias e relutantes em se envolver nos problemas dos outros.

A4: Complacência

Um sujeito com uma pontuação elevada nesta faceta revela uma boa capacidade de aceitação da opinião dos outros, sendo geralmente um indivíduo brando, capaz de inibir a agressividade e com capacidade de perdoar e esquecer. Por outro lado, se a pontuação for baixa, isso indicará uma pessoa agressiva, antagónica, contestatária, competitiva e que não se coíbe de se manifestar com irritação.

A5: Modéstia

O sujeito com elevada pontuação é humilde e pouco preocupado consigo próprio, o que não tem necessariamente que significar uma baixa auto-estima e/ou falta de confiança em si. Uma pessoa arrogante, com uma visão exaltada de si próprio e com tendências narcisistas apresenta, à partida, uma baixa pontuação nesta faceta.

A6: Sensibilidade

Esta escala avalia atitudes de simpatia e de preocupação com os outros. Um resultado elevado é indicador de um indivíduo que se deixa guiar pelos sentimentos, particularmente os de simpatia ao ajuizar os outros. Estas pessoas terão tendência a realçar o lado humano da política social. O sujeito com pontuação baixa considera-se mais realista e racional e não se deixa comover facilmente.

Conscienciosidade (C)

Este domínio pretende avaliar o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Num dos extremos da escala encontram-se indivíduos dignos de confiança, escrupulosos, dotados de força de vontade, determinados, enérgicos, pontuais e organizados; enquanto que no outro extremo estão reunidos os sujeitos preguiçosos e descuidados.

As seis facetas que integram a Conscienciosidade são:

C1: Competência

O sujeito com um bom resultado nesta escala é alguém que se sente preparado e capaz de lidar com a vida. Inversamente, uma pontuação baixa é reveladora de uma fraca opinião relativamente às próprias aptidões, o que se traduz num sentimento de se estar mal preparado e incapaz de levar a sua vida à avante com sucesso.

C2: Ordem

Num dos pólos desta escala encontramos sujeitos com tendência para manter e preservar o meio que os rodeia limo e bem organizado. No outro pólo, estão sujeitos com baixa pontuação em C2, revelando dificuldades de organização e descrevendo-se a si mesmos como pouco metódicos.

C3: Obediência ao Dever

Uma elevada pontuação nesta faceta revela um indivíduo que adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. Os indivíduos com baixa pontuação, sendo menos rigorosos em relação a estas questões, tornam-se, por vezes, irresponsáveis.

C4: Esforço de Realização

Pontuações elevadas nesta escala são características de pessoas diligentes, com níveis altos de aspiração. São determinadas e têm um sentido de orientação na vida; apresentando níveis de realização elevados e encontrando-se fortemente motivadas para os atingir, correm por vezes o risco de investir excessivamente nas suas carreiras, tornando-se viciadas no trabalho. Quem apresenta valores baixos em C4 são, geralmente, indivíduos sem vigor e talvez mesmo preguiçosos. Não são impulsionados para ter sucesso, têm falta de ambição e podem parecer sem objectivos, mas estão muitas vezes satisfeitos com os seus baixos níveis de realização.

C5: Auto-Disciplina

Entendendo-se a auto-disciplina como uma aptidão para iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou das distrações, admite-se que uma pontuação elevada signifique que o sujeito em questão revela boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. Inversamente, uma baixa pontuação nesta escala será indicadora de sujeitos que ficam mais facilmente prostrados e, perante a frustração desistem.

C6: Deliberação

Sujeitos com pontuação elevada na faceta de Deliberação revelam tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir. Por oposição, os indivíduos com baixo desempenho nesta escala actuam muitas vezes sem pensar nas consequências – contudo, no seu melhor, são espontâneos e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

No que respeita às condições de administração do NEO-PI-R, o inventário compreende uma forma de auto-avaliação - forma S (*Self-Report*) e, uma forma de hetero-avaliação - forma R (*Observer Rating*) que pode ser realizada por observadores, profissionais ou não. A forma R, tem 240 itens paralelos aos da anterior, escritos na terceira pessoa e destinados à avaliação por observadores, colegas, cônjuges ou especialistas, podendo ser utilizada para obter estimativas independentes sobre os cinco domínios da personalidade e, para validar ou complementar as auto-avaliações. (Costa & McCrae, 1992). A forma S do questionário de auto-avaliação foi a utilizada neste estudo. Destina-se a indivíduos a partir dos 17 anos de idade, que não sofram de perturbações que impeçam uma auto-administração e um preenchimento válido; pode ser aplicado individualmente ou em grupo e, a média de tempo para o seu preenchimento completo é entre 30 a 40 minutos, não existindo um limite estipulado.

É de salientar que, aquando da leitura e interpretação dos resultados do NEO-PI-R tivemos em consideração o facto de, na conceptualização deste instrumento, e ao contrário do que acontece noutros inventários da personalidade, não existirem limiares discriminativos ou pontos discriminantes que separem as pontuações consideradas normais daquelas que podem indicar uma psicopatologia: uma pontuação elevada pode ser tão informativa como uma baixa. Em si mesmas, as pontuações brutas deste inventário não têm significado, só assumindo significado quando comparadas com as respostas de outros sujeitos. As normas publicadas têm, por conseguinte, o objectivo de servirem como grupo-padrão de referência (Lima, 1997).

O NEO-PI-R fornece material que permite diferentes possibilidades de interpretação, que pode ser esquematizado, em termos de sequência de profundidade, da seguinte forma:

- 1.º Descrição global da personalidade: os cinco factores;
- 2.º Descrição pormenorizada da personalidade: as trinta facetas;
- 3.º Descrição da personalidade por uma análise bidimensional.

O procedimento de cotação do NEO-PI-R é bastante simples, obedecendo a uma matriz de cálculo, onde são somadas as pontuações dos itens correspondentes a cada faceta, obtendo-se assim os valores que correspondem às trinta facetas que o

constituem. Por último, são somados os valores encontrados para os conjuntos de seis facetas que integram um domínio, resultando dessa soma a pontuação de cada um dos cinco factores/domínios ou dimensões.

Existe também uma cotação computadorizada que permite, após a introdução manual dos dados assinalados nas folhas de resposta, aceder ao perfil (histograma) com as respectivas pontuações directas e percentis para todos os domínio e facetas (Anexo C).

Para além do procedimento de cotação atrás referido, este instrumento exige apenas que se tenha em atenção alguns critérios de validação do questionário, que caso não sejam cumpridos obrigam à invalidação do mesmo.

As investigações existentes a respeito do seu desenvolvimento e aplicação, segundo diversos autores, apontam evidências a favor da validade, compreensividade, universalidade, hereditariedade e estabilidade longitudinal das dimensões do modelo operacionalizado pelo NEO-PI-R, bem como da qualidade psicométrica deste inventário (Lima, 1997).

Relativamente à consistência interna do teste, na versão original, Costa, McCrae e

Dye (1991) encontraram 5 factores perfeitamente distintos, apresentando uma correlação entre os *factor score* e as escalas dos domínios N, E, O, A e C de 0,91; 0,89; 0,95; 0,95 e 0,89, respectivamente.

Todas as escalas do NEO-PI-R estão construídas de forma a ter em conta os efeitos da aquiescência, o que significa que, se um sujeito assinala 150 ou mais vezes as opções *concordo* ou *concordo fortemente*, o seu teste deverá ser interpretado com cuidado, podendo verificar-se o fenómeno da aquiescência. O mesmo se verifica para a discordância, sempre que o sujeito responde mais de 50 vezes com *discordo* ou *discordo fortemente*. Da mesma forma o questionário não deve ser cotado se faltarem 41 respostas ou mais por assinalar e, se não for este o caso, os dados omissos devem ser assinalados como respostas neutras.

Como aspectos controversos do NEO-PI-R podemos apontar a não existência de escalas que permitam avaliar a desejabilidade social, ou especificamente destinadas a detectar a falsidade na resposta. No entanto, os autores originais, não recomendam a aplicação de escalas de desejabilidade social por advogarem que estas se correlacionam com o Neuroticismo e Abertura à Experiência, conduzindo por isso a informação redundante. A fim de colmatar e prevenir o efeito da desejabilidade

social, do cansaço devido ao elevado número de itens e à desmotivação das alunas, no início da aplicação dos questionário foi referido que quem deseja-se poderia ter acesso ao sumário do seu perfil de personalidade. Para tal, teria apenas que memorizar o código que se encontrava no canto superior esquerdo da sua folha de protocolo para que mais tarde fosse entregue via correio ou na aula o seu sumário.

Em suma, este é um instrumento de fácil aplicação, sempre que sejam ponderadas as condições básicas para a prática de uma avaliação psicológica.

Eating Disorders Inventory (EDI-2)

A escolha desta escala deveu-se ao facto de ser reconhecida a sua validade e fidelidade e por possibilitar um levantamento exaustivo de atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associados às perturbações do comportamento alimentar e, ou à vulnerabilidade de vir a desenvolver uma doença deste tipo. O estudo da fidelidade do Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar – 2 (Eating Disorders Inventory - EDI-2), composto por 91 itens, revelou valores que podem ser considerados bons. Obtivemos um coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 para as 190 participantes do estudo para o total do instrumento.

Dada a semelhança entre o EDI e o EDI-2, utilizamos no presente estudo a versão mais longa (EDI-2) por se tratar de uma revisão mais actualizada e por acrescentar três sub-escalas (Asceticismo, Impulsividade e Insegurança Social).

Consideramos que seria relevante o uso de um instrumento mais completo e actual, embora as últimas quatro sub-escalas não tenham sido validadas no estudo de Machado (2001). Contudo, uma vez que a maioria das sub-escalas que compõem a versão por nos utilizada (EDI-2) não foram alteradas e, tendo sido desenhadas todas elas de forma independente entre si, julgamos ser uma oportunidade poder utilizar este instrumento.

O Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2) foi um inventário desenvolvido por Garner, Olmstead e Polivy em 1991 (Anexo H). Originalmente este instrumento de auto-preenchimento foi desenvolvido por Garner, Olmstead e Polivy (1983) com o objectivo de avaliar alterações psicológicas e do comportamento alimentar em doentes com anorexia e bulimia nervosa. O EDI na sua versão original é composto

por 64 itens, divididos em oito sub-escalas que procedem a um levantamento de atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar.

A fidedignidade e validade do EDI foram estudadas por Garner, Olmstead e Polivy (1983). As 8 sub-escalas originais do EDI foram deduzidas e empiricamente validadas com o objectivo de diferenciar raparigas com anorexia nervosa de um grupo comparativo sem perturbações alimentares.

Os coeficientes de fidedignidade para as sub-escalas do EDI variaram entre 0,83 e 0,93, no grupo com perturbações alimentares, enquanto que no grupo comparativo os valores oscilavam entre 0,72 e 0,92. Garner e Olmstead (1984) avaliaram a consistência interna nas 3 novas escalas, que variou entre 0,70 e 0,80 no grupo anoréctico e entre 0,44 e 0,80 no grupo comparativo.

Relativamente à validade convergente e discriminante, foi demonstrado haver correlação das sub-escalas com outros instrumentos psicométricos que avaliam constructos relacionados: "Eating Attitudes Test", "Restraint Scale", "Beck Depression Inventory", "Feelings of Inadequacy Scale", "Locus of Control", "Physical Anhedonia" e "Hopkins Symptom Checklist".

As sub-escalas do EDI que avaliam atitudes e comportamentos relativos à comida, peso e forma estavam mais correlacionados com instrumentos que avaliam comportamentos alimentares e dietéticos, enquanto que as sub-escalas que avaliam características psicológicas apresentavam uma correlação mais forte com instrumentos gerais de psicopatologia (Garner et al., 1983).

A validade concorrente foi confirmada no EDI pelo acordo entre os resultados da autoavaliação e as avaliações clínicas independentes realizadas por terapeutas, variando entre 0,43 e 0,68.

Através de uma análise discriminante verificou-se que as sub-escalas do EDI classificavam correctamente 85% dos indivíduos anorécticos como pertencentes aos subtipos restritivo e bulímico e que cada uma das 8 sub-escalas do EDI conseguia diferenciar a população anoréctica de um grupo comparativo normal (Garner et al., 1983). Demonstrou-se deste modo que o EDI é um teste fidedigno e válido.

Mais recentemente, como já tivemos oportunidade de referenciar, foi publicado o EDI-2 (Garner, 1991) com mais 27 itens que o inventário original, o que equivale a

mais quatro sub-escalas. Actualmente esta medida é composta por um total de 91 itens divididos por 11 sub-escalas.

As três primeiras sub-escalas dizem respeito às atitudes e comportamentos relacionados com a comida e forma corporal:

Desejo de Emagrecer (DT): Avalia a excessiva preocupação com a dieta e com o peso: reflecte o desejo intenso de emagrecer, assim como o medo de ganhar peso;

Bulimia (B): Indica a tendência para episódios de ingestão compulsiva, ingestão alimentar sem controlo, que poderá ser seguida de comportamentos compensatórios para compensar estes episódios, recorrendo por exemplo ao vómito auto-induzido;

Insatisfação Corporal (BD): Reflecte a convicção de que partes específicas do corpo, associadas com a mudança do corpo na puberdade feminina, estão demasiado largas e examina as perturbações da imagem corporal.

As sub-escalas Desejo de Emagrecer e Insatisfação Corporal constituem o melhor indicador da possibilidade de posterior desenvolvimento de desordem alimentar (Garner, 1987).

As restantes oito sub-escalas contêm itens associados a características psicológicas clinicamente relevantes para as perturbações do comportamento alimentar:

Ineficácia (I): Revela os sentimentos de inadequação geral, insegurança e o sentimento de não controlar a própria vida. Reflecte também uma auto-estima negativa;

Perfeccionismo (P): Indica expectativas pessoais excessivas em relação à realização;

Mal-estar interpessoal / Desconfiança Interpessoal (ID): Reflecte um sentimento de relutância para ter relações próximas com os outros;

Mal-estar / Consciência Interoceptiva (IA): Avalia a falta de confiança em reconhecer e identificar emoções e sensações, nomeadamente de fome e saciedade - dificuldade no reconhecimento de sensações físicas;

Medo da Maturidade (MF): Mede o desejo de voltar à segurança dos anos de pré-adolescência e a recusa das responsabilidades do adulto, i.e., examina a recusa da maturidade psicológica devido às exigências da idade adulta;

Ascetismo (A): Avalia a tentativa de procurar virtudes através de ideias espirituais;

Regulação do Impulso (RI)/Impulsividade (I): Reflecte a tendência para o abuso de substâncias, relacionamento interpessoal destrutivo, impulsividade, negligência, hostilidade e comportamento auto-destrutivo;

Insegurança Social (IS): Avalia a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, pouco gratificantes e pobres em geral.

O quadro 3 mostra-nos os itens pertencentes a cada uma das 11 sub-escalas.

Quadro 4. Itens de cada sub-escalas do EDI-2.

Sub-escala	N.º de itens	Itens
Desejo de emagrecer	7	1 – 7 – 11 – 16 – 25 – 32 – 49
Bulimia	7	4 – 5 – 28 – 38 – 46 – 53 – 61
Insatisfação corporal	9	2 – 9 – 12 – 19 – 31 – 45 – 55 – 59 – 62
Ineficácia	10	10 – 18 – 20 – 24 – 27 – 37 – 41 – 42 – 50 – 56
Perfeccionismo	6	13 – 29 – 36 – 43 – 52 – 63
Desconfiança interpessoal	7	15 – 17 – 23 – 30 – 34 – 54 – 57
Mal-estar interoceptivo	10	8 – 21 – 26 – 33 – 40 – 44 – 47 – 51 – 60 – 64
Medo da maturidade	8	3 – 6 – 14 – 22 – 35 – 39 – 48 – 58
Ascetismo	8	66 – 68 – 71 – 75 – 78 – 82 – 86 – 88
Impulsividade	8	65 – 67 – 70 – 72 – 74 – 77 – 79 – 81 – 83 – 85 – 90
Insegurança social	8	69 – 73 – 76 – 80 – 84 – 87 – 89 – 91

Cada sub-escala deste inventário mede uma característica independente, pelo que a interpretação da cotação total não é relevante. No entanto, de acordo com Garner, (1998) foi demonstrado que indivíduos com pontuações totais elevadas apresentam maior índice psicopatológico através de outros instrumentos.

As respostas são dadas numa escala de 6 pontos que varia entre: *sempre*, *normalmente*, *frequentemente*, *às vezes*, *raramente* e *nunca*. A resposta mais extrema para cada pergunta (*sempre* ou *nunca*, consoante a direcção dada) vale 3 pontos, a resposta imediatamente adjacente, 2 e a seguinte, 1. As três respostas seguintes não têm pontuação. As respostas são assinaladas numa escala do tipo Likert e a cotação varia entre 0 e 3, sendo a pontuação máxima referente à sintomatologia agravada.

As pontuações das sub-escala são a soma de todos os pontos dessa sub-escala específica. A pontuação total máxima corresponde a 3 pontos por cada uma das 91 afirmações, o que corresponderá a um máximo possível de 273 pontos. Quanto mais elevada a pontuação mais patológico. Os 91 itens, escritos sob a forma afirmativa, não têm respostas certas nem erradas.

Procedimento

A recolha de dados foi efectuada directamente pelo próprio experimentador, após contacto prévio com as instituições, Universidade do Algarve e Direcção do Instituto Superior Dom Afonso III, que se mostraram prontamente receptivos à aplicação dos questionários.

A recolha dos dados foi efectuada entre Novembro de 2005 e Fevereiro de 2006.

Os instrumentos foram aplicados de forma colectiva em sala de aula com a autorização prévia do docente da disciplina que disponibilizaram parte do seu tempo lectivo. No início da aula e, sem aviso prévio aos alunos, o docente apresentou o investigador que explicou sumariamente o estudo e formalizou o convite para a participação das estudantes. O auto-preenchimento do protocolo foi então precedido de uma breve explicação sobre os objectivos do estudo, a sua liberdade de participar ou não, a garantia de anonimato e confidencialidade dos resultados e da possibilidade dos participantes no estudo poderem ter acesso ao seu sumário de personalidade.

Para tal teriam de fixar o código do seu questionário colocado no canto superior direito para que quando o investigador voltasse à sala, passadas duas a três semanas, o perfil pudesse ser entregue à respectiva aluna. Só excepcionalmente, em sete casos, os perfis foram enviados por correio, por solicitação das alunas. A folha de perfil entregue fez-se acompanhar de uma breve descrição de cada uma das dimensões e facetas e das respectivas normas da população portuguesa encontradas por Lima durante a aferição do instrumento (Anexo E).

O critério de selecção das turmas teve por base a maior concentração de alunos do sexo feminino nessas aulas e a duração superior das mesmas, de forma a facilitar o preenchimento completo dos três questionários dada a sua extensão.

Após o seu consentimento verbal e passando a participação dos sujeitos pelo preenchimento de questionários. Iniciou-se a aplicação dos instrumentos, procedendo pontualmente e individualmente ao esclarecimento de dúvidas relativas à forma de preenchimento dos questionários, ou ao assim como aos itens dos mesmos.

Os instrumentos foram aplicados segundo uma ordem de aplicação contrabalançada (de acordo com Lima, 1997): a aproximadamente metade dos sujeitos foi aplicado em primeiro lugar o NEO-PI-R, seguindo-se o EDI-2 e, a

aproximadamente outra metade, a ordem foi inversa. O tempo dispendido por cada sujeito para a execução desta tarefa foi, em média, 60 minutos.

Terminada a fase de recolha de dados junto da população da nossa amostra, seguiu-se a cotação do NEO-PI-R, do EDI-2 e a sistematização da informação contida no questionário de caracterização. O tratamento e análise dos dados foi a fase metodológica seguinte. Para tal recorreremos à análise descritiva dos dados, à análise correlacional (Coeficiente de Pearson) e ao Teste *t* de Student. Com o objectivo de organizar, apresentar e interpretar os dados recolhidos, efectuou-se uma análise estatística recorrendo ao programa informático SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

Tendo em consideração os objectivos deste estudo, procedemos a uma análise descritiva dos dados, para caracterizar a amostra do ponto de vista antropométrico e quanto a questões relativas à prática de dieta e à sua satisfação com o corpo; a uma análise de correlação r de Pearson, com o intento de averiguar o tipo e o grau de associação entre as variáveis e ; por último, utilizámos o Teste t de Diferença de Médias para verificar a existência de diferenças ao nível das condutas alimentares de acordo com a idade, IMC, pânico de engordar e adopção ou não de comportamentos de dieta para perder peso.

Estatística Descritiva

Na totalidade da nossa amostra observámos que o valor mais baixo do peso mínimo, considerando os dois grupos etários (17-20 e 21-30) foi igual. O valor mais elevado do peso mínimo foi ligeiramente inferior no grupo etário mais velho (Tabela 1).

Tabela 1. Valores das estatísticas descritivas para o peso mínimo e peso máximo, considerando o grupo etário.

	Idade			
	< 21 anos		≥ 21 anos	
	Peso mínimo	Peso máximo	Peso mínimo	Peso máximo
N	97,00	97,00	89,00	87,00
Mínimo	39,00	43,00	39,00	45,00
Máximo	86,00	108,00	82,00	95,00
Média	52,82	61,11	54,11	63,14
Desvio Padrão	7,19	9,42	7,50	9,90

Excepcionalmente neste contexto realizámos um teste t -Student para a diferença de médias (grupos dependentes) com o objectivo específico de verificar se existiriam diferenças entre o Peso Actual e o Peso Ideal (o que gostaria de pesar).

Pudemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,00$). As participantes gostariam de pesar *menos* do que na realidade pesam (Tabela 2).

Tabela 2. Teste *t*-Student, estatísticas do teste para os valores do peso actual e peso ideal.

		Peso actual - Peso ideal
Média da diferença		4,33
Desvio Padrão		8,56
Média do Peso	Peso actual	57,85
	Peso ideal	53,52
t		6,74
gl		177,00
p		,00

Foram recolhidos dados de modo a caracterizar a amostra relativamente à condição física. Procedemos ao cálculo do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$), que nos indica se um adulto, de acordo com a sua altura, se encontra acima, ou abaixo do peso ideal considerado saudável. No âmbito das perturbações do comportamento alimentar, a avaliação do IMC assume mesmo o carácter de critério de diagnóstico. Apresentamos na Tabela 3 os valores de referência para o Índice de Massa Corporal de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tabela 3. Valores referenciais do IMC de acordo com a OMS.

Condição	IMC em adultos
Abaixo do peso	abaixo de 18,5
Peso normal	entre 18,5 e 25
Acima do peso	entre 25 e 30
Obeso	acima de 30

Adaptado de Carmo, 2000

A média do IMC dos participantes foi de 21,48, com um desvio padrão de 3,07 e um intervalo de confiança a variar entre os 21,04 e os 21,92; um valor mínimo de 15,62 e um valor máximo de 37,22.

O IMC analisado em função do grupo etário mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com $t_{187} = -2,10$; $p = 0,04$.

O grupo mais jovem apresentou um valor médio de 21,03 com um desvio padrão de 2,73 e um intervalo de confiança para a média (a 95%) a variar entre os 20,49 e os 21,58; um valor mínimo de 15,62 e um valor máximo de 30,11. Em contrapartida o mais velho apresentou um valor médio ligeiramente superior de 21,96 com um desvio padrão de 2,73 e um intervalo de confiança para a média (95%) a variar entre os 21,26 e os 22,66; um valor mínimo de 16,36 e um valor máximo de 37,22. A Figura 6 representa o gráfico de extremos e quartis para a distribuição do IMC por grupo de idade.

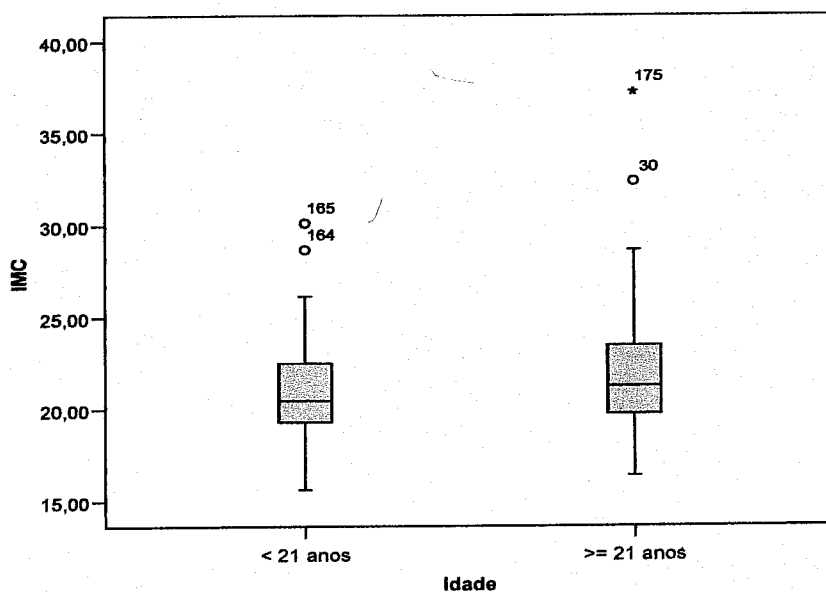


Figura 6. Representação dos extremos e quartis para o IMC por grupo etário.

A média do IMC na globalidade da amostra, considerando os cursos de licenciatura, mostrou-se ligeiramente superior na licenciatura de gestão e farmácia (Tabela 4) mas da comparação dos grupos formados pelas licenciaturas não se observaram resultados estatisticamente significativos ($F_{8,180} = 1,05$; $p = 0,40$), não existindo diferenças entre os grupos quanto ao IMC.

Tabela 4. Estatísticas descritivas para o IMC de acordo com a licenciatura.

IMC		Curso					
		Gestão	Psicologia	Ciências da Educação	Ortoprotésia	Dietética	Farmácia
Média		22,64	21,18	21,43	21,62	21,39	22,30
Intervalo de confiança para a média a 95%	Limite inferior	21,38	20,62	19,68	19,91	20,00	19,83
	Limite superior	23,90	21,75	23,17	23,33	22,78	24,78
Mediana		22,68	20,70	20,29	21,88	20,45	20,20
Desvio Padrão		2,36	3,05	3,28	3,09	2,30	4,10
Mínimo		19,29	15,62	17,76	17,21	18,25	18,17
Máximo		27,55	37,22	28,65	30,10	25,15	30,11

Quanto à questão: “*Sente-se bem com o seu corpo*”, 56,3% (n=107) diz sentir-se bem com o seu corpo (Tabela 5).

Tabela 5. Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente à questão: “*Sente-se bem com o seu corpo?*”

	<i>f</i>	%	%
Sim	107	56,3	56,6
Não	82	43,2	43,4
Total	189	99,5	100,0
Não resposta	1	,5	
Total	190	100,0	

Relativamente à questão: “*Acha-se gorda?*”, podemos verificar que das jovens que responderam, 73,3% respondeu que se acha gorda. No entanto, na globalidade da amostra esse valor passa para 34,7%, uma vez que 100 jovens não responderam a esta questão (Tabela 6).

Tabela 6. Valores de frequência observada (f) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha-se gorda?”.

	f	%	%
Sim	66	34,7	73,3
Não	24	12,6	26,7
Total	90	47,4	100,0
Não resposta	100	52,6	
Total	190	100,0	

Quanto à questão: “Acha gorda alguma parte do seu corpo?”, a maior parte das jovens considera gorda alguma parte do seu corpo (73%), Tabela 7.

Tabela 7. Valores de frequência (f) observada e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha gorda alguma parte do seu corpo?”.

	f	%	%
Sim	137	72,1	73,3
Não	50	26,3	26,7
Total	187	98,4	100,0
Não resposta	3	1,6	
Total	190	100,0	

Quando a questão é: “Acha-se magra?”, a resposta parece ser conclusiva. A grande maioria respondeu que *não*. Assim da totalidade das respostas obtidas, 91,6% respondeu negativamente (Tabela 8).

Tabela 8. Valores de frequência observada (f) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Acha-se magra?”.

	f	%	%
Sim	7	3,7	8,4
Não	76	40,0	91,6
Total	83	43,7	100,0
Não resposta	107	56,3	
Total	190	100,0	

Quanto à questão: “Já fez dieta para perder peso?”, 45,3% respondeu que *sim* (Tabela 9).

Tabela 9. Valores de frequência observada (f) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Já fez dieta para perder peso?”.

	f	%
Sim	86	45,3
Não	104	54,7
Total	190	100,0

Na Tabela 10 são apresentadas as respostas recolhidas quanto vivência de amenorreia aquando da perder de peso. A maioria das respostas foi negativa (apenas 157 sujeitos deram respostas válidas), 93,5% das respostas válidas foram negativas, pois 22 participantes não responderam a esta questão.

Tabela 10. Valores de frequência (f) observada e valor percentual (%) relativamente à presença de “amenorreia”.

	f	%	%
Sim	11	5,8	6,5
Não	157	82,6	93,5
Total	168	88,4	100,0
Não resposta	22	11,6	
Total	190	100,0	

No momento da recolha dos dados 24 jovens responderam que estavam nesse momento a fazer dieta para perder peso (12,6%) (Tabela 11).

Tabela 11. Valores de frequência observada (f) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?”.

	f	%
Sim	24	12,6
Não	166	87,4
Total	190	100,0

Quando consideramos as respostas à questão: “Faz dieta actualmente para perder peso?” e os dois grupos etários, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à resposta dada ($\chi^2_{1; 0,95} = 1,09; p > 0,05$), o que significa que em ambos os grupos os valores observados para a resposta *sim* ou *não*, não diferem.

Tabela 12. Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?” considerando o grupo etário.

		Faz dieta actualmente?			
		Sim	Não	Total	
Idade	< 21 anos	<i>f</i>	15	85	100
		% Idade	15,0%	85,0%	100,0%
	>= 21 anos	<i>f</i>	9	81	90
		% Idade	10,0%	90,0%	100,0%
Total		<i>f</i>	24	166	190
		% Idade	12,6%	87,4%	100,0%

Tendo em consideração o IMC e as respostas à questão: “Faz dieta actualmente para perder peso?”, podemos verificar que existe uma independência entre os valores do IMC e a resposta dada à questão supracitada ($\chi^2_{1; 0,95} = 0,99; p > 0,05$).

Tabela 13. Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Faz actualmente dieta para perder peso?” considerando o IMC.

		Faz dieta actualmente?			
		Sim	Não	Total	
Índice de massa corporal	<= 18,5	<i>f</i>	2	22	24
		% Índice de massa corporal	8,3%	91,7%	100,0%
	18,6 a 25	<i>f</i>	19	124	143
		% Índice de massa corporal	13,3%	86,7%	100,0%
	25,1 a 30	<i>f</i>	2	16	18
		% Índice de massa corporal	11,1%	88,9%	100,0%
	>=30,1	<i>f</i>	1	3	4
		% Índice de massa corporal	25,0%	75,0%	100,0%
Total		<i>f</i>	24	165	189
		% Índice de massa corporal	12,7%	87,3%	100,0%

Na resposta à questão: “Têm pânico de aumentar de peso?”, 54% das jovens assinalou que *sim* (Tabela 14).

Tabela 14. Valores de frequência (*f*) observada e valor percentual (%) relativamente à questão: “Tem pânico de aumentar de peso?”.

	<i>f</i>	%	%
Sim	102	53,7	54,0
Não	87	45,8	46,0
Total	189	99,5	100,0
Não resposta	1	,5	
Total	190	100,0	

Da análise de independência entre o IMC e a questão supramencionada verificou-se que as duas variáveis não são independentes ($\chi^2_{1; 0,95} = 11,25; p < 0,01$).

Podemos analisar a sua associação através do Coeficiente *V* de Crámer, que revelou um valor de 0,24. Existe associação, embora fraca. Da análise de frequências apresentada na Tabela 15 podemos inferir que as jovens com um IMC entre os 25,1-30 são aquelas que denotam maior pânico de aumentar de peso (77,8%) logo seguidas das jovens com IMC igual ou superior a 30 (75,0%).

Tabela 15. Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Tem pânico de aumentar de peso?” considerando o IMC.

		Tem pânico de aumentar de peso?		
		Sim	Não	Total
Índice de massa corporal	<= 18,5	<i>f</i> 7	17	24
		% Índice de massa corporal 29,2%	70,8%	100,0%
	18,6 a 25	<i>f</i> 78	64	142
		% Índice de massa corporal 54,9%	45,1%	100,0%
	25,1 a 30	<i>f</i> 14	4	18
		% Índice de massa corporal 77,8%	22,2%	100,0%
	>=30,1	<i>f</i> 3	1	4
		% Índice de massa corporal 75,0%	25,0%	100,0%
Total		<i>f</i> 102	86	188
		% Índice de massa corporal 54,3%	45,7%	100,0%

Análise correlacional

A análise dos valores totais do EDI-2 não é aconselhada pelos autores deste inventário, uma vez que todas as sub-escalas foram construídas de forma independente.

Deste modo, tivemos em consideração os valores médios nas 11 sub-escalas do EDI-2, onde verificámos que a sub-escala BD (Insatisfação corporal) revelou um valor médio mais elevado (8,08) que todas as outras. Tendo a sub-escala B (Bulimia) apresentado o valor médio mais baixo (0,87) de todo o instrumento.

Tabela 16. Valores médios das 11 sub-escalas do EDI-2 na amostra.

	N	Média	Desvio Padrão
DT	190	3,28	4,65
B	190	,87	2,03
BD	190	8,08	7,12
I	190	2,35	3,16
P	190	3,95	3,59
ID	190	2,47	2,65
IA	190	2,48	3,20
MF	190	4,61	3,86
A	190	2,67	1,95
IR	190	2,51	3,79
SI	190	4,12	3,02

Nota: *N* = Número de participantes. DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social.

Quando estudámos os valores médios nas várias sub-escalas do EDI-2 e os diferentes escalões de IMC, pudemos observámos uma correlação significativa (nível 0,05) entre a sub-escala BD (Insatisfação corporal) e o IMC igual ou inferior a 18,5, com $r(24) = 0,43$. A variância explicada da correlação encontrada foi de 18,4% (Tabela 17).

Tabela 17. Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e os sujeitos com IMC igual ou inferior a 18,5.

	IMC ≤18,5		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
DT	,23	,29	24
B	,33	,11	24
BD	,43*	,04	24
I	,15	,48	24
P	-,10	,65	24
ID	-,14	,53	24
IA	,32	,13	24
MF	-,06	,77	24
A	,07	,73	24
IR	,14	,51	24
SI	,37	,07	24

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral * = correlação significativa para um nível de 0,05; *N* = Número de participantes com IMC menor ou igual a 18,5. (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Na Tabela 18 apresentamos os valores da correlação entre as sub-escalas do EDI-2 e o IMC superior a 18,5. Podemos salientar duas correlações positivas e fracas entre o IMC (superior a 18,5) e as sub-escalas: DT (Desejo de emagrecer) e BD (Insatisfação corporal), com valores de correlação de $r(167) = 0,23$ e $r(167) = 0,40$, respectivamente.

Tabela 18. Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e os sujeitos com IMC superior a 18,5.

	IMC >18,5		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
DT	,23	,00	167
B	,12	,12	167
BD	,40	,00	167
I	,06	,47	167
P	-,01	,89	167
ID	,03	,68	167
IA	,01	,86	167
MF	,03	,71	167
A	,06	,42	167
IR	,00	,95	167
SI	,01	,95	167

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); *N* = Número de participantes com IMC superior a 18,5.

Da análise do coeficiente de Pearson entre os valores menores ou iguais a 18,5 de IMC podemos concluir que apenas há a registrar uma correlação significativa entre a dimensão Conscienciosidade e o IMC com um valor de $r(24) = -0,41$ (variância comum de 16,6%) (Tabela 19).

Tabela 19. Valores de correlações entre as Dimensões do NEO-PI-R e o IMC para sujeitos com valores menores ou iguais a 18,5.

	IMC ≤ 18,5		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
Neuroticismo	,08	,69	24
Extroversão	,15	,48	24
Abertura à experiência	,11	,61	24
Amabilidade	-,21	,32	24
Conscienciosidade	-,41*	,05	24

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = Probabilidade de significância bilateral *correlação significativa para um nível de 0,05; *N* = Número de participantes com IMC (Índice de massa corporal) menor ou igual a 18,5.

Em contrapartida não encontramos valores de correlação significativos entre as jovens com IMC superior a 18,5 e as dimensões do NEO-PI-R (Tabela 20).

Tabela 20. Valores de correlações entre as Dimensões NEO-PI-R e o IMC para os sujeitos com valores superiores a 18,5.

	IMC > 18,5		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
Neuroticismo	,04	,60	167
Extroversão	-,04	,57	167
Abertura à experiência	,08	,32	167
Amabilidade	,09	,26	167
Conscienciosidade	-,08	,31	167

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral; *N* = número de participantes com IMC (Índice de massa corporal) superior a 18,5.

O coeficiente de correlação de Pearson para o EDI-2 e as cinco dimensões NEO-PI-R, revelou três correlações significativas para um nível 0,01 (Tabela 21). Verificamos uma correlação positiva forte entre o EDI-2 e a dimensão Neuroticismo, com um valor do coeficiente de correlação de $r(190) = 0,59$.

Entre o EDI-2 e as dimensões Extroversão e Conscienciosidade podemos assinalar uma correlação negativa fraca, de $r(190) = -0,36$ e $r(190) = -0,31$, respectivamente.

Tabela 21. Valores de correlações entre o EDI-2 e o NEO-PI-R.

	Eating Disorders Inventory (EDI)		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
Neuroticismo	,59	,00	190
Extroversão	-,36	,00	190
Abertura à experiência	-,11	,15	190
Amabilidade	-,03	,69	190
Conscienciosidade	-,31	,00	190

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = Probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); *N* = Número de participantes.

O coeficiente de correlação de Pearson, entre as cinco dimensões do NEO-PI-R e as 11 sub-escala do EDI-2 mostrou a presença de correlações significativas (nível 0,01 e ao nível de 0,05).

A dimensão Neuroticismo apresentou correlações positivas com todas as sub-escalas do EDI-2. Salientamos as correlações moderadas, com as sub-escalas I (Ineficácia) com um valor de $r = 0,55$, IA (Consciência interoceptiva) com um valor de $r = 0,49$, IR (Impulsividade) com um valor de $r = 0,41$ e com a sub-escala SI (Insegurança social) com um valor de $r = 0,4$.

A dimensão Extroversão apresentou correlações negativas com todas as sub-escalas do EDI-2, exceção com a sub-escala B (Bulimia). Destacamos três correlações negativas moderadas; com a sub-escala I (Ineficácia) com um valor de $r = -0,48$, a sub-escala ID (Desconfiança interpessoal) com um valor de $r = -0,58$ e com a sub-escala SI (Insegurança social) com um valor de $r = -0,46$.

A dimensão Abertura à experiência apresentou uma correlação positiva, muito baixa, com a sub-escala B (Bulimia) ($r = 0,1$) e quatro correlações negativas, todas elas muito fracas com as sub-escalas I (Ineficácia) ($r = -0,13$), ID (Desconfiança interpessoal) ($r = -0,28$), MF (Medo de maturidade) ($r = -0,17$) e com a sub-escala A (Asceticismo) ($r = -0,14$).

A dimensão Amabilidade apresentou três correlações, muito baixas; duas negativas, com a sub-escala P (Perfeccionismo) ($r = -0,21$) e a sub-escala IR

(Impulsividade) ($r = -0,19$) e, uma positiva, com a sub-escala MF (Medo da maturidade) com um valor de $r = 0,13$.

Por último a dimensão Conscienciosidade apresentou correlações negativas fracas e muito fracas com todas as sub-escalas do EDI-2, excepto com a sub-escala, P (Perfeccionismo), onde verificámos uma correlação positiva, embora também muito fraca. Esta dimensão apresentou correlações negativas fracas com a sub-escalas B (Bulimia) ($r = -0,32$), BD (Insatisfação corporal) ($r = -0,24$), I (Ineficácia) ($r = -0,35$), IA (Consciência interoceptiva) ($r = -0,26$) e IR (Impulsividade) ($r = -0,26$) (Tabela 22).

Tabela 22. Valores de correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e as cinco dimensões do NEO-PI-R.

		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
DT	<i>r</i>	,26	-,07	,00	-,04	-,12
	<i>p</i>	,00	,37	,97	,62	,10
B	<i>r</i>	,31	,03	,10	-,07	-,32
	<i>p</i>	,00	,73	,16	,33	,00
BD	<i>r</i>	,38	-,11	-,05	,08	-,24
	<i>p</i>	,00	,14	,49	,26	,00
I	<i>r</i>	,55	-,48	-,13	,07	-,35
	<i>p</i>	,00	,00	,07	,33	,00
P	<i>r</i>	,19*	-,07	-,03	-,21	,10
	<i>p</i>	,01	,30	,70	,00	,18
ID	<i>r</i>	,29	-,57	-,28	-,06	-,10
	<i>p</i>	,00	,00	,00	,39	,18
IA	<i>r</i>	,49	-,31	,01	-,04	-,26
	<i>p</i>	,00	,00	,89	,58	,00
MF	<i>r</i>	,28	-,17*	-,17*	,13	-,14
	<i>p</i>	,00	,02	,02	,07	,06
A	<i>r</i>	,33	-,21	-,14	,03	-,18*
	<i>p</i>	,00	,00	,06	,71	,02
IR	<i>r</i>	,41	-,14	,02	-,19	-,26
	<i>p</i>	,00	,06	,83	,01	,00
SI	<i>r</i>	,40	-,46	-,07	,02	-,15*
	<i>p</i>	,00	,00	,35	,84	,03

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral, correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada) e com asterisco (*) as correlações significativas a um valor de alfa de 5%. (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Para um estudo mais detalhado, procedemos à análise das correlações entre as 11 sub-escalas do EDI-2 e cada uma das facetas que compõem as cinco dimensões do NEO-PI-R.

O coeficiente de correlação de Pearson entre as facetas da dimensão Neuroticismo e as 11 sub-escalas do EDI-2 mostrou a presença de correlações significativas (nível 0,01 e ao nível de 0,05).

Verificamos uma correlação positiva, moderada, entre a sub-escala B (Bulimia) e a faceta N5 (Impulsividade) com um valor do coeficiente de correlação de $r = 0,42$.

A sub-escala I (Ineficácia) apresentou três correlações positivas, moderadas com as facetas N3 (Depressão) com um valor do coeficiente de $r = 0,59$, N4 (Auto-consciência) e N6 (Vulnerabilidade), $r = 0,49$ e $r = 0,53$, respectivamente.

A sub-escala IA (Consciência interoceptiva) apresentou correlações positivas moderadas com as facetas N3 (Depressão) ($r = 0,51$) e N6 (Vulnerabilidade) ($r = 0,46$),

A sub-escala IR (Impulsividade) apresentou uma correlação positiva, moderada, com a faceta N2 (hostilidade) ($r = 0,43$).

E por último, a sub-escala SI (Insegurança social) apresentou correlações positivas, moderadas, com as facetas N3 (Depressão) com um valor de correlação de $r = 0,42$ e N4 (Auto-consciência) com um valor de $r = 0,40$ (Tabela 23).

Tabela 23. Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetas da dimensão Neuroticismo do NEO-PI-R.

		Ansiedade	Hostilidade	Depressão	Auto-consciência	Impulsividade	Vulnerabilidade
DT	<i>r</i>	,16*	,09	,26	,18*	,25	,22
	<i>p</i>	,03	,23	,00	,01	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
B	<i>r</i>	,20	,16*	,25	,17*	,42	,23
	<i>p</i>	,01	,03	,00	,02	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
BD	<i>r</i>	,21	,19	,34	,33	,31	,33
	<i>p</i>	,00	,01	,00	,00	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
I	<i>r</i>	,30	,33	,59	,49	,18*	,53
	<i>p</i>	,00	,00	,00	,00	,01	,00
	N	190	190	190	190	190	190
P	<i>r</i>	,18*	,22	,20	,14	-,03	,11
	<i>p</i>	,01	,00	,01	,05	,68	,12
	N	190	190	190	190	190	190
ID	<i>r</i>	,12	,29	,35	,36	-,06	,25
	<i>p</i>	,10	,00	,00	,00	,40	,00
	N	190	190	190	190	190	190
IA	<i>r</i>	,32	,27	,51	,40	,23	,46
	<i>p</i>	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
MF	<i>r</i>	,16*	,10	,31	,28	,08	,31
	<i>p</i>	,02	,15	,00	,00	,27	,00
	N	190	190	190	190	190	190
A	<i>r</i>	,20	,19	,29	,31	,13	,36
	<i>p</i>	,01	,01	,00	,00	,08	,00
	N	190	190	190	190	190	190
IR	<i>r</i>	,22	,43	,35	,27	,27	,35
	<i>p</i>	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
SI	<i>r</i>	,27	,32	,42	,40	,04	,36
	<i>p</i>	,00	,00	,00	,00	,54	,00
	N	190	190	190	190	190	190

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); * probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,05; N = Número de participantes.

(DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

No que diz respeito às facetas da dimensão Extroversão e o Comportamento Alimentar, observámos uma correlação negativa moderada entre a sub-escala I (Ineficácia) e a faceta E6 (Emoções Positivas) ($r = -0,47$).

A sub-escala ID (Desconfiança interpessoal) apresentou de igual modo correlações negativas, moderadas, com as facetas E1 (Acolhimento caloroso) ($r = -0,57$), E2 (Gregaridade) ($r = -0,45$), E3 (Assertividade) ($r = -0,42$) e E6 (Emoções positivas) ($r = -0,45$).

A sub-escala SI (Insegurança social) apresentou no mesmo sentido correlações negativas, moderadas, com as facetas E1 (Acolhimento caloroso) ($r = -0,48$), E2 (Gregaridade) ($r = -0,44$) e E6 (Emoções positivas) ($r = -0,43$).

Tabela 24. Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetas da Extroversão do NEO-PI-R.

		Acolhimento caloroso	Gregariedade	Assertividade	Actividade	Procura excitação	Emoções positivas
DT	r	-,04	-,10	-,15*	-,01	,10	-,07
	p	,58	,17	,05	,85	,18	,31
	N	190	190	190	190	190	190
B	r	,06	,03	-,05	-,08	,19	-,06
	p	,40	,68	,51	,29	,01	,38
	N	190	190	190	190	190	190
BD	r	-,01	-,11	-,22	-,08	,08	-,10
	p	,93	,13	,00	,26	,28	,17
	N	190	190	190	190	190	190
I	r	-,35	-,38	-,38	-,26	-,14	-,47
	p	,00	,00	,00	,00	,06	,00
	N	190	190	190	190	190	190
P	r	-,05	-,16*	,06	,08	,01	-,19
	p	,46	,03	,38	,27	,89	,01
	N	190	190	190	190	190	190
ID	r	-,56	-,44	-,42	-,24	-,29	-,45
	p	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
IA	r	-,27	-,30	-,20	-,14	-,09	-,27
	p	,00	,00	,01	,05	,22	,00
	N	190	190	190	190	190	190
MF	r	-,16*	-,02	-,10	-,15*	-,02	-,23
	p	,03	,75	,15	,04	,81	,00
	N	190	190	190	190	190	190
A	r	-,11	-,18*	-,18*	-,10	-,10	-,19
	p	,12	,01	,01	,16	,15	,01
	N	190	190	190	190	190	190
IR	r	-,23	-,10	-,06	,00	,07	-,22
	p	,00	,16	,39	,98	,36	,00
	N	190	190	190	190	190	190
SI	r	-,48	-,44	-,30	-,05	-,20	-,43
	p	,00	,00	,00	,51	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190

Nota: r = Coeficiente de Pearson; p = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); * probabilidade de significância bilateral - correlação significativa para um nível de 0,05; N = Número de participantes.

(DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

No que diz respeito às facetas da dimensão Abertura à experiência do NEO-PI-R e as 11 sub-escala do EDI-2 verificou-se que as relações lineares entre as variáveis consideradas (Tabela 25) para um nível de significância de 0,01 e de 0,05, mostraram valores de correlação fracos e muito baixos.

Contudo, podemos salientar a correlação positiva entre a sub-escala B (Bulimia) e a faceta O1 (Fantasia); as correlações negativas entre da sub-escala ID (Desconfiança interpessoal) e as facetas O1 (Fantasia), O3 (Sentimentos) e O4 (Acções) e as correlações negativas entre a sub-escala A (Ascetismo) e a faceta O4 (Acções).

Tabela 25. Valores de correlações entre EDI-2 e as facetas da Abertura à experiência do NEO-PI-R.

		Fantasia	Estética	Sentimentos	Ações	Ideia	Valores
DT	<i>r</i>	,01	,07	,01	-,01	-,06	-,03
	<i>p</i>	,94	,31	,89	,90	,39	,68
	N	190	190	190	190	190	190
B	<i>r</i>	,21	-,05	,11	,04	,04	,06
	<i>p</i>	,00	,50	,15	,57	,60	,39
	N	190	190	190	190	190	190
BD	<i>r</i>	,05	-,06	-,05	-,13	-,04	,04
	<i>p</i>	,50	,44	,46	,06	,57	,61
	N	190	190	190	190	190	190
I	<i>r</i>	,03	-,01	-,18*	-,18*	-,19	-,01
	<i>p</i>	,68	,87	,01	,01	,01	,91
	N	190	190	190	190	190	190
P	<i>r</i>	-,05	,06	,08	-,14	,05	-,14
	<i>p</i>	,53	,43	,28	,06	,50	,05
	N	190	190	190	190	190	190
ID	<i>r</i>	-,21	-,19	-,26	-,30	-,11	-,04
	<i>p</i>	,00	,01	,00	,00	,14	,58
	N	190	190	190	190	190	190
IA	<i>r</i>	,07	,12	-,05	-,06	-,08	,01
	<i>p</i>	,33	,09	,51	,41	,26	,90
	N	190	190	190	190	190	190
MF	<i>r</i>	-,03	-,05	-,16*	-,16*	-,19	-,05
	<i>p</i>	,64	,48	,03	,03	,01	,47
	N	190	190	190	190	190	190
A	<i>r</i>	-,06	,05	-,08	-,21	-,11	-,15*
	<i>p</i>	,38	,50	,28	,00	,12	,04
	N	190	190	190	190	190	190
IR	<i>r</i>	,02	,11	,10	-,05	-,10	,00
	<i>p</i>	,80	,14	,16	,52	,15	,95
	N	190	190	190	190	190	190
SI	<i>r</i>	-,07	,08	-,15*	-,11	-,07	,03
	<i>p</i>	,36	,25	,03	,13	,33	,65
	N	190	190	190	190	190	190

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); * probabilidade de significância bilateral - correlação significativa para um nível de 0,05; *N* = Número de participantes.
 (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

No que diz respeito às facetas da dimensão Amabilidade do NEO-PI-R e às 11 sub-escala do EDI-2 verificámos algumas correlações, quer positivas, quer negativas, embora apresentando sempre valores de coeficiente fracos e muito fracos. No

entanto, destacamos as correlações negativas entre a sub-escala I (Ineficácia) e as facetas A1 (Competência) e A5 (Auto-disciplina) e; entre a sub-escala SI (Insegurança social) e a faceta A1 (Competência).

Tabela 26. Valores de correlações entre as sub-escalas do EDI-2 e as facetas da Amabilidade do NEO-PI-R.

		Confiança	Rectidão	Altruísmo	Complacência	Modéstia	Sensibilidade
DT	<i>r</i>	-,10	,12	,00	-,04	,03	-,17*
	<i>p</i>	,18	,10	,95	,54	,66	,02
	N	190	190	190	190	190	190
B	<i>r</i>	-,04	,05	-,09	-,13	-,01	-,07
	<i>p</i>	,60	,49	,22	,07	,87	,34
	N	190	190	190	190	190	190
BD	<i>r</i>	,02	,17*	,04	,05	,09	-,10
	<i>p</i>	,78	,02	,61	,48	,22	,19
	N	190	190	190	190	190	190
I	<i>r</i>	-,11	,20	-,12	,07	,31	-,12
	<i>p</i>	,12	,01	,11	,33	,00	,11
	N	190	190	190	190	190	190
P	<i>r</i>	-,17	-,06	-,11	-,22	-,14	-,10
	<i>p</i>	,02	,39	,12	,00	,05	,17
	N	190	190	190	190	190	190
ID	<i>r</i>	-,33	,09	-,20	,07	,22	-,10
	<i>p</i>	,00	,23	,00	,32	,00	,18
	N	190	190	190	190	190	190
IA	<i>r</i>	-,14	,08	-,10	-,06	,12	-,07
	<i>p</i>	,05	,25	,18	,42	,09	,34
	N	190	190	190	190	190	190
MF	<i>r</i>	-,05	0,17*	-,09	,10	,31	,08
	<i>p</i>	,49	,02	,23	,19	,00	,27
	N	190	190	190	190	190	190
A	<i>r</i>	-,03	,15*	-,06	-,06	,10	-,02
	<i>p</i>	,73	,04	,44	,44	,16	,83
	N	190	190	190	190	190	190
IR	<i>r</i>	-,17*	-,05	-,15*	-,28	,06	-,13
	<i>p</i>	,02	,47	,04	,00	,45	,08
	N	190	190	190	190	190	190
SI	<i>r</i>	-,19*	,14	-,20	,05	,29	-,07
	<i>p</i>	,01	,06	,00	,47	,00	,31
	N	190	190	190	190	190	190

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson; *p* = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); * probabilidade de significância bilateral - correlação significativa para um nível de 0,05; *N* = Número de participantes.
 (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

No que diz respeito as facetas Conscienciosidade podemos referenciar algumas das relações encontradas. Realçamos os valores do coeficiente de correlação negativos entre a sub-escala Ineficácia (I) e as facetas C1 (Competência) ($r = -0,48$) e C5 (Auto-disciplina) ($r = -0,42$). Uma outra conexão importante nesta análise refere-se à relação entre a sub-escala SI (Insegurança social) e a faceta C1 (Competência) com um valor de $r = -0,40$ (Tabela 27).

Tabela 27. Valores de correlações entre EDI-2 e as facetas da Conscienciosidade do NEO-PI-R

		Competência	Ordem	Obediência ao dever	Realização	Auto-disciplina	Deliberação
DT	<i>r</i>	-,17*	-,03	-,08	-,06	-,19	-,04
	<i>p</i>	,02	,69	,30	,40	,01	,54
	N	190	190	190	190	190	190
B	<i>r</i>	-,24	-,17*	-,29	-,22	-,36	-,18*
	<i>p</i>	,00	,02	,00	,00	,00	,01
	N	190	190	190	190	190	190
BD	<i>r</i>	-,27	-,10	-,17*	-,14	-,32	-,12
	<i>p</i>	,00	,18	,02	,05	,00	,10
	N	190	190	190	190	190	190
I	<i>r</i>	-,48	-,12	-,29	-,25	-,41	-,12
	<i>p</i>	,00	,10	,00	,00	,00	,09
	N	190	190	190	190	190	190
P	<i>r</i>	-,07	,16*	-,02	,28	,06	,00
	<i>p</i>	,35	,03	,79	,00	,42	,98
	N	190	190	190	190	190	190
ID	<i>r</i>	-,19	-,04	-,08	-,06	-,19	,06
	<i>p</i>	,01	,61	,29	,40	,01	,37
	N	190	190	190	190	190	190
IA	<i>r</i>	-,28	-,09	-,29	-,05	-,34	-,16*
	<i>p</i>	,00	,22	,00	,53	,00	,03
	N	190	190	190	190	190	190
MF	<i>r</i>	-,19*	,03	-,15*	-,13	-,24	-,02
	<i>p</i>	,01	,63	,04	,07	,00	,74
	N	190	190	190	190	190	190
A	<i>r</i>	-,27	-,01	-,20	-,10	-,19	-,07
	<i>p</i>	,00	,88	,00	,16	,01	,36
	N	190	190	190	190	190	190
IR	<i>r</i>	-,29	-,08	-,24	-,03	-,22	-,32
	<i>p</i>	,00	,28	,00	,64	,00	,00
	N	190	190	190	190	190	190
SI	<i>r</i>	-,40	-,01	-,17*	-,06	-,21	,04
	<i>p</i>	,00	,94	,02	,44	,00	,55
	N	190	190	190	190	190	190

Nota: r = Coeficiente de Pearson; p = probabilidade de significância bilateral; correlação significativa para um nível de 0,01 (área sombreada); * probabilidade de significância bilateral, correlação significativa para um nível de 0,05; N = Número de participantes.
(DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Estudo comparativo

Com a finalidade de complementarmos a nossa análise estatística, averiguámos se existiriam diferenças estatisticamente significativas nos resultados das 11 sub-escalas do EDI-2 considerando dois grupos etários, um grupo com idades compreendidas entre os 17-20 anos e um segundo grupo dos 21 aos 30 anos. Para proceder a esta análise utilizámos o teste paramétrico t -Student para a comparação de dois grupos independentes.

O teste revelou um valor de $t_{182} = 2,15$ para a sub-escala I (Ineficácia), tendo o valor de p , i.e., probabilidade de significância unilateral, sido de $0,02 < \alpha = 0,05$, o que nos permitiu rejeitar a hipótese nula (H_0), que vincula a afirmação de que os dois grupos não diferem. O grupo mais novo apresentou um valor médio superior no Inventário EDI-2 que o grupo mais velho.

Mais especificamente, para a sub-escala IA (Consciência interoceptiva) verificámos diferenças estaticamente significativas ($t_{182} = 1,77$; $p_{unilateral} = 0,04$) entre os dois grupos, tendo o grupo etário mais jovem apresentado um valor médio superior. O teste revelou ainda para a sub-escala A (Ascetismo) diferenças entre os dois grupos mencionados, assumindo o grupo mais jovem um valor médio superior ao grupo com mais idade ($t_{182} = 2,30$; $p_{unilateral} = 0,01$).

Tabela 28. Teste t – Student e valores das estatísticas descritivas para as 11 sub-escalas do EDI-2 em dois grupos etários.

	Idade (17 a 20 anos)					Idade (21 a 30 anos)				
	t	gl	p	N	Estatísticas		N	Estatísticas		
					Média	Desvio Padrão		Média	Desvio Padrão	
DT	1,01	182	,31	100	3,67	5,12	84	2,96	4,15	
B	,25	182	,81	100	,92	1,92	84	,85	2,20	
BD	1,42	182	,16	100	8,76	7,16	84	7,26	7,10	
I	2,15	182	,03	100	2,84	3,51	84	1,83	2,69	
P	1,35	182	,18	100	4,28	3,65	84	3,57	3,41	
ID	,83	182	,41	100	2,65	2,82	84	2,32	2,46	
IA	1,77	182	,08	100	2,89	3,63	84	2,05	2,63	
MF	,57	182	,57	100	4,80	4,12	84	4,48	3,54	
A	2,30	182	,02	100	2,97	2,04	84	2,31	1,81	
IR	,93	182	,35	100	2,75	4,04	84	2,23	3,49	
SI	1,47	182	,14	100	4,46	3,32	84	3,80	2,67	

Nota: t = Estatística do teste; gl = Graus de liberdade; p = Probabilidade de significância; N = Número de participantes. (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Considerando agora dois grupos independentes de IMC (IMC inferior ou igual a 18,5 e um outro grupo de IMC superior a 18,5),

Verificámos um valor de $t_{185} = -3,03$ para a sub-escala de EDI-2, BD (Insatisfação corporal), tendo o valor de p sido de $0,00 < \alpha = 0,05$, o que nos permitiu rejeitar a hipótese nula (H_0). Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas de que os dois grupos diferem no que diz respeito ao valor médio de Insatisfação corporal.

Tabela 29. Teste *t*- Student e valores das estatísticas descritivas para o EDI-2 (total) e sub-escalas em dois grupos de IMC.

	Estatísticas do Grupo: IMC <= 18,5					Estatísticas do Grupo: IMC > 18,5			
	t	gl	p	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Total	-1,29	185	,20	22	31,41	21,06	165	38,20	23,43
EDI									
DT	-1,58	185	,12	22	1,86	3,86	165	3,53	4,74
B	,61	185	,54	22	1,14	2,25	165	,85	2,02
BD	-3,03	185	,00	22	3,86	4,83	165	8,67	7,20
I	-,33	185	,74	22	2,14	2,49	165	2,38	3,26
P	,02	185	,98	22	4,00	3,45	165	3,98	3,63
ID	1,07	185	,29	22	3,05	3,06	165	2,40	2,60
IA	-,26	185	,79	22	2,27	2,51	165	2,46	3,22
MF	-,83	185	,41	22	3,95	2,55	165	4,67	3,97
A	-1,48	185	,14	22	2,09	1,48	165	2,75	2,01
IR	,12	185	,90	22	2,59	4,09	165	2,48	3,79
SI	,62	185	,54	22	4,45	2,76	165	4,03	3,06

Nota: *t* = Estatística do teste; *gl* = Graus de liberdade; *p* = Probabilidade de significância; *N* = Número de participantes. (DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P - Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Para a questão sobre o pânico de aumentar de peso realizámos um teste comparativo, *t*-Student, entre os dois grupos formados pelas respostas: *Sim* e *Não*, relativamente ao total do EDI-2 e suas sub-escalas Tabela 30.

O teste revelou um valor de probabilidade de significância unilateral inferior ao valor de alfa considerado para as seguintes variáveis: total do EDI-2 (total), DT, B, BD, I, IA, MF e SI. Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que há evidências estatísticas significativas de que os dois grupos diferem no que diz respeito ao valor médio.

Pelas estatísticas dos grupos apresentados na mesma Tabela 30 podemos referir que o grupo que revelou pânico de aumentar de peso, mostrou também valores médios para as variáveis referidas anteriormente, superiores ao grupo que não revelou medo de aumentar de peso.

Tabela 30. Teste *t*- Student e valores das estatísticas descritivas do EDI-2 em dois grupos “*Sim* e “*Não*” quando à pergunta o pânico de aumentar de peso.

	Estatísticas: Grupo Sim					Estatísticas: Grupo Não			
	t	gl	p	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Total EDI	6,02	187	,00	102	46,13	25,24	87	27,40	15,46
DT	7,90	187	,00	102	5,44	5,32	87	,78	1,51
B	3,43	187	,00	102	1,33	2,53	87	,34	,99
BD	6,51	187	,00	102	10,94	7,00	87	4,82	5,72
I	2,61	187	,01	102	2,91	3,55	87	1,72	2,50
P	,77	187	,44	102	4,13	3,79	87	3,72	3,37
ID	,63	187	,53	102	2,59	2,59	87	2,34	2,74
IA	3,67	187	,00	102	3,25	3,83	87	1,60	1,90
MF	2,52	187	,01	102	5,27	4,10	87	3,87	3,43
A	1,04	187	,30	102	2,81	2,25	87	2,52	1,53
IR	1,39	187	,17	102	2,87	4,24	87	2,10	3,17
SI	2,28	187	,02	102	4,57	3,24	87	3,57	2,66

Nota: *t* = Estatística do teste; *gl* = Graus de liberdade; *p* = Probabilidade de significância; *N* = Número de participantes.

(DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P- Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Para a questão “Faz dieta actualmente?”, a aplicação do *t*-Student para o valor médio de dois grupos independentes, formados pelas respostas: *Sim* e *Não*, relativamente ao total EDI 2 e suas sub-escalas os resultados são apresentados na Tabela 31.

O teste revelou um valor de probabilidade de significância unilateral inferior ao valor de alfa considerado para as seguintes variáveis: EDI-2 (total), DT, B; BD, I, IA, A, IR e SI. Podemos concluir, para uma probabilidade de erro (tipo I) de 5%, que existem evidências estatísticas significativas de que os dois grupos diferem no que diz respeito ao valor médio.

Através das estatísticas dos grupos apresentados na mesma Tabela 31 podemos referir que o grupo que se encontra a fazer dieta, mostrou valores médios superiores nas variáveis referidas.

Tabela 31. Teste *t*- Student e valores das estatísticas descritivas do EDI-2 em dois grupos “Sim e “Não” à questão: “Faz dieta actualmente?”

	Estatísticas do Grupo: Sim						Estatísticas do Grupo: Não			
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	Média	Desvio Padrão	<i>N</i>	Média	Desvio Padrão	
Total EDI	5,98	188	,00	24	61,75	31,56	166	33,88	19,47	
DT	9,14	188	,00	24	10,04	5,54	166	2,30	3,59	
B	2,97	188	,00	24	2,00	2,87	166	,71	1,83	
BD	4,40	188	,00	24	13,79	6,01	166	7,25	6,90	
I	3,30	188	,00	24	4,29	5,18	166	2,07	2,66	
P	1,30	188	,20	24	4,83	3,85	166	3,82	3,54	
ID	1,21	188	,23	24	3,08	3,41	166	2,39	2,52	
IA	3,41	188	,00	24	4,50	4,83	166	2,19	2,79	
MF	,08	188	,94	24	4,67	5,21	166	4,60	3,64	
A	2,84	188	,01	24	3,71	2,65	166	2,52	1,78	
IR	3,23	188	,00	24	4,79	6,14	166	2,18	3,21	
SI	3,43	188	,00	24	6,04	4,95	166	3,84	2,53	

Nota: *t* = Estatística do teste; *gl* = Graus de liberdade; *p* = Probabilidade de significância; *N* = Número de participantes.

(DT - Desejo de emagrecer; B - Bulimia; BD - Insatisfação corporal; I - Ineficácia, P- Perfeccionismo; ID - Desconfiança interpessoal; IA - Consciência interoceptiva; MF - Medo da maturidade; A - Ascetismo; IR - Impulsividade; SI - Insegurança social).

Depois da apresentação dos resultados, iremos no capítulo seguinte proceder à discussão e reflexão sobre os mesmos.

DISCUSSÃO

Iniciámos este estudo com o intuito de encontrar traços de personalidade que se relacionassem com as atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento, embora se tratasse de explorar uma amostra não clínica.

Da análise dos dados recolhidos, apresentada no capítulo precedente, constatámos que existem correlações fortes, estatisticamente significativas, entre as dimensões de personalidade, Neuroticismo, Conscienciosidade e Extroversão e o comportamento alimentar.

De modo a que esta discussão se possa tornar mais clara, acreditamos ser benéfico apresentar as nossas considerações organizadas em torno de cada uma das correlações que sobressaíram no grupo em estudo.

Assim, como já referimos, o Neuroticismo, de entre as cinco dimensões que compõem o NEO-PI-R, é a única dimensão que apresenta uma correlação positiva com o comportamento alimentar disfuncional. De acordo com a literatura revista, este nosso resultado corrobora as da investigação de Podar, Hannus e Allik (1999), onde exactamente as mesmas medidas de avaliação foram aplicadas às participantes.

O que parece não ser coincidente com a maioria dos restantes estudos que utilizam o NEO-PI-R, ou o NEO-FFI como instrumento de medida para avaliar a personalidade e a sua relação com o comportamento alimentar é, o facto de no nosso estudo o Neuroticismo ser a única dimensão que se correlaciona positivamente com elevados valores no EDI-2 (quanto mais elevada a pontuação, mais disfuncional e patológico o comportamento alimentar).

Contudo, sem qualquer dúvida o Neuroticismo é a dimensão que em todos os estudos revistos, aparece como a dimensão que apresenta uma correlação positiva mais forte com o comportamento alimentar disfuncional (Heaven, Mulligan, Merriless, Woods & Fairouz, 2001; Ghateri & Scott, 2000; Podar, Hannus & Allik, 1999; Brookings & Wilson, 1994). O que leva estes autores a concluir a este respeito que o Neuroticismo e a Conscienciosidade se apresentam como os principais preditores das perturbações do comportamento alimentar no âmbito da personalidade. Nós, diante dos dados da nossa amostra, podemos apenas dizer que o Neuroticismo foi a única dimensão preditora das perturbações do comportamento alimentar.

Contudo, dado o elevado nível de associação entre estas duas variáveis, parece-nos importante reportar aos valores obtidos para as facetas Depressão, Auto-consciência e Vulnerabilidade quando relacionados com a sub-escala Ineficácia, e a mais uma vez a facetas depressão quando relacionada com a sub-escala Consciência Interoceptiva, todos eles com um grau de correlação elevado.

Relembrando as características que alguns autores já referenciados, associam às mulheres vulneráveis às doenças do comportamento alimentar, podemos em relação a estas facetas, verificar que os nossos resultados são coincidentes com as descrições da literatura, onde os sintomas neuróticos e depressivos são invariavelmente associados aos actuais factores de risco para o desenvolvimento de PCA (Cassin, 2005; Patton, 1988).

No entanto, não podemos deixar de salientar que todas as facetas da dimensão Neuroticismo se correlacionam positivamente com as 11 sub-escalas do EDI-2, o que também é consistente com outros estudos onde o Neuroticismo ou construtos relacionados foram implicados como factores predisponentes para as perturbações do comportamento alimentar (e.g. Brookings & Wilson, 1994; Ghaderi e Scott, 2000).

A relação entre a dimensão Extroversão e o comportamento alimentar (característico das perturbações do comportamento alimentar é aquela onde se observa o valor de correlação negativa mais elevado. O que nos leva a concluir que esta dimensão assume o papel de “escudo protector” para as perturbações do comportamento alimentar. Este resultado é também evidenciado noutras investigações (Heaven, Mulligan, Merriless, Woods & Fairouz, 2001; Ghateri & Scott, 2000; Podar, Hannus & Allik, 1999; Brookings & Wilson, 1994).

Isto é igualmente evidenciado quando, noutros estudos, onde foi possível inquirir um grupo com doenças do comportamento alimentar, nas facetas de Extroversão, o grupo clínico pontua significativamente mais baixo que o grupo controlo em Calor, Gregariedade e Emoções Positivas, em Actividade (Podar, Hannus e Allik, 1999).

Curiosamente e contrariamente a outras investigações, na análise dos nossos resultados foi possível verificar que todas as facetas da dimensão Extroversão se correlaciona negativamente com a sub-escala Desejo de emagrecer, embora de forma não significativa, mas em sentido inverso ao que é descrito nalguma literatura, (Brookings & Wilson, 1994) onde esta correlação é positiva e significativa. Contudo

a correlação entre as facetas de Extroversão e a sub-escala Desconfiança Interpessoal, é negativa e forte, tal como acontece no estudo de Brookings e Wilson (1994). Podemos sugerir a associação da Extroversão com uma crescente valorização da importância de um corpo magro, devido, talvez, à saliência de ocasiões sociais em que os extrovertidos se envolvem, mas diminutos sentimentos de desconfiança relativamente aos outros.

Na dimensão da Abertura à Experiência, as correlações encontradas entre esta e as sub-escalas do EDI-2 são negativas e fracas. O que foi de encontro aquilo que era esperado, de acordo com semelhantes investigações (e.g. Bollen & Wojciechowski 2004, Brookings & Wilson, 1994; Podar, Hannus e Allik, 1999).

Tal como já apontámos, a dimensão Conscienciosidade correlaciona-se de modo negativo com o comportamento alimentar disfuncional. A competência é a faceta que apresenta valores de correlação mais elevados com todas as sub-escalas do EDI-2 (correlações sempre negativas). Salientando-se a associação negativa entre a Competência, a Ineficácia e a Insegurança Social. O que nos parece fazer todo o sentido, uma vez que alguém que sente preparado e capaz de lidar com a vida, mais dificilmente revela sentimentos de inadequação geral, insegurança e um sentimento de não controlar a própria vida. E o mesmo parece ocorrer entre a competência e a insegurança social, onde predomina a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, pobres e pouco gratificantes. Se pensarmos que, principalmente as doentes anorécticas têm enormes dificuldades em lidar com a complexidade e coma incerteza, preferindo a segurança da infância à vida adulta, os resultados que obtivemos parecem-nos fazer todo o sentido.

Mais uma vez, quando o design de investigação possibilita trabalhar com grupos clínicos e grupo controlo, embora os grupos clínicos sejam bastante heterogéneos do ponto de vista da caracterização personalidade, é possível verificar como as dimensões actuam nos diferentes grupos, consoante se trate de um grupo controlo ou clínico. Contudo, existem patologias do foro alimentar onde esta dimensão é mais visível. Bollen e Wojciechowski (2004) relativamente à dimensão Conscienciosidade verificaram que doentes com anorexia, subtipo restritivo, têm pontuações mais elevadas em Conscienciosidade do que doentes com anorexia purgativa. O que nos faz acreditar que doentes com anorexia, subtipo purgativo são

mais impulsivos do que doentes com anorexia, subtipo restritivo, enquanto que os doentes com anorexia, subtipo restritivo são mais acanhados, acomodados e obsessivos (Bollen & Wojciechowski, 2004; Vitousek & Manke, 1994; DaCosta & Halmi, 1992).

Finalmente, e no que diz respeito ao domínio da Amabilidade, não encontramos correlações estatisticamente significativas com as medidas de perturbações do comportamento alimentar.

De um modo geral, quando nos debruçamos nos resultados de investigações com grupos clínicos a compreensão dos nossos resultados num grupo de jovens universitárias, torna-se mais clara. Quando comparado com um grupo de controlo, o grupo com anorexia nervosa pontua significativamente mais alto na escala de Neuroticismo e significativamente mais baixo em Extroversão; acontecendo exactamente o oposto na nossa amostra, onde os valores de personalidade coincidem quase na perfeição com os valores normativos.

Os elevados níveis de angústia psicológica geral e instabilidade emocional em ambos os subtipos de anorexia nervosa comparados com controlos normais, sugerem fortemente que o foco do tratamento da anorexia nervosa não se deve limitar à modificação de comportamentos e crenças alimentares desorganizados. Os resultados confirmam que os dois subtipos podem ser distinguidos significativamente, não só com base nos sintomas e manifestações clínicas, mas também por variantes básicas de personalidade (Bollen & Wojciechowski, 2004). Em suma, os grupos clínicos, no geral, obtêm pontuações significativamente mais elevadas em Neuroticismo (Ghateri & Scott, 2000; Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods & Fairouz, 2001; Podar, Hannes, & Allik, 1999; Tylka & Subich, 1999). Para os outros quatro factores, os estudos mostraram resultados menos consistentes.

Podemos concluir que a dimensão Neuroticismo sugere associação a uma predisposição para problemas alimentares, enquanto a Extroversão, em primeiro lugar e a Conscienciosidade, em segundo, mostraram-se dimensões protectoras relativamente às PCA e às síndromes parciais.

Não poderíamos terminar esta discussão sem fazer referência aos dados relativos à análise da satisfação com o peso, dieta e IMC. No presente estudo, a maioria das estudantes deseja pesar menos. Em média, as participantes gostariam de pesar menos 4,33 kg do que na realidade pesam. No mesmo sentido, Baptista et al. (1996) concluíram que 55,1% das estudantes universitárias portuguesas desejavam ser mais magras. O que nos leva a pensar nos ideais de beleza ditados pela sociedade. Dito de outro modo, estes resultados poderão justificar-se pelo facto de cada vez mais, na sociedade actual, o ideal de beleza estar associado ao ideal de magreza.

Das 190 estudantes que participaram neste estudo, 12,6%, encontravam-se a fazer dieta no momento em que foram inquiridas, o que se aproxima dos resultados obtidos por outros autores (Baptista et al, 1996; Carmo et al, 2001; Trindade et al. 2005) onde os valores assumem os 12,8%). No entanto, comportamentos de dieta, insatisfação com o corpo, ideias de peso inferior ao peso actual e modelos de alimentação diferentes, são bastante prevaletentes em raparigas adolescentes e estudantes universitárias, que podem não estar necessariamente associadas com a presença ou risco para perturbações do comportamento alimentar (Leon, 1993).

Fazer ou não fazer dieta parece ser independente do valor do Índice de Massa Corporal (IMC). O que não parece ser coincidente com alguns estudos anteriores (e.g. Carmo et al, 2001). No entanto, quando comparados os IMC e o pânico de aumentar de peso, as jovens com Índices de Massa Corporal mais elevados são aquelas que denotam maior pânico de aumentar. O que numa primeira leitura não nos pareceu fazer sentido, provavelmente porque pensamos influenciados por dados da clínica, onde é bastante comum que quanto mais baixo é o peso (e o IMC) maior é o medo de aumentar e onde o ganho de peso assume o papel de estímulo fóbico, algo a evitar.

Contudo, numa segunda leitura, se pensarmos que a nossa amostra é normativa, e que a média do peso é saudável (de acordo com os índices da OMS) torna-se compreensível que as participantes com excesso de peso sejam aquelas onde o pânico de poder vir a aumentar de peso é maior.

Ainda relativamente a este ponto, é curioso verificar que quando a insatisfação corporal é avaliada de forma não explícita (através da sub-escala Insatisfação Corporal) nas jovens com IMC igual ou inferior a 18,5 os valores de correlação são positivos e mais elevados do que aqueles que encontramos nas jovens com IMC superior. Ficando com a ideia de que quando as participantes são inquiridas a respeito da sua insatisfação corporal, de uma forma menos directa, os resultados tornam-se diferentes.

Outro dado relevante é o facto de ao analisarmos as médias das 11 sub-escalas do EDI-2, a sub-escala que avalia a Insatisfação Corporal assume o valor mais elevado comparativamente às restantes 10. No entanto, 56,3% das participantes responde afirmativamente à questão “Sente-se bem com o seu corpo?”. Mais uma vez este dado faz-nos pensar que as respostas dadas às questões directas, com resposta sim ou não, são concordantes com as respostas assinaladas no inventário, onde uma sub-escala é avaliada por mais de um item e onde as afirmações não têm aparentemente uma ligação com o que pretende avaliar.

Apesar da maioria das jovens registar que se sente bem com o seu corpo, 73,3% considera que o seu corpo tem alguma parte gorda, o que parece significar que o facto de considerarem alguma parte gorda no seu corpo não as impede de se sentirem bem com ele. Estes dados só fazem sentido, porque estamos sem dúvida a avaliar uma amostra da comunidade, acreditando que, o mesmo dificilmente aconteceria numa amostra clínica.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.-R) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azevedo, M. H., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia Nervosa and Bulimia. A Prevalence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 432-6.
- Baptista F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, P., & Galvão-Teles, A. (1996). The Prevalence of Disturbance of Eating Behaviour in a Portuguese Female University Populacion. *European Eating Disorders Review*, 4, 260-270.
- Beaumont, P. (1995). The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa. In: Brownell K. and Fairburn C. (Eds) *Eating disorders and obesity*. New York, Guilford Press, Pp. 151-158.
- Bernaudo, J. (2000). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. (2004). Anorexia Nervosa Subtypes and The Big Five Personality Factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121.
- Botelho T. (1999). Personalidade Materna e Prematuridade. Dissertação de mestrado. Lisboa: Ispa.
- Botelho T. (2006). Personalidade e Saúde: Uma Década (Re)visada. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 121-133.
- Briggs, S. (1992). Assessing the five-factor model of personality descriptions. *Journal of Personality*, 60 (2), 253-290.

- Brookings, J. B., & Wilson J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviours. *Journal of Personality Assessment*, 63 (2), 313-326.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage. The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bulik, A. (1998). Heritability of binge eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biology Psychiatry*, 44, 122-128.
- Buss, D. (1992). Manipulation in Close Relationships: five personality factors in interactional context. *Journal of Personality*, 60 (2), 477-499.
- Cabral, I. P. (2001). *Infertilidade feminina e personalidade*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carmo, I. (1998). *Contribuição para o Estudo das Doenças do Comportamento Alimentar em Populações Portuguesas*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Edição de autor.
- Carmo, I. (1999). *Magros, Gordinhos e Assim-Assim. Perturbações Alimentares em Jovens*. Porto: Ambar.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Edições Ispa.
- Carmo, I., Reis, P., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A. et al. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4, 157-170.
- Carmo, I., Reis, P., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves A. et al. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 301-316.
- Cassin, S. E., Rassin, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.

- Cook, M. (1984). *Levels of Personality*. London: Rinehart and Winston Ltd.
- Costa Jr., P. & McCrae R, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite). *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa Jr., P. & McCrae R, R. (1989). Personality, stress and coping: Some lessons. In K. S. Malkkides & C. L. Cooper (Eds.), *Ageing, stress and health* (pp. 269-285). New York: John Wiley & Sons.
- Costa Jr., P. & McCrae R., R. (1992). Normal personality assesement in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Journal Psychological Assesement*, 4, 5-13.
- Costa Jr., P. & McCrae R., R. (1997). Stability and change in personality assesement: The Revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal Psychological Assesement*, 68 (1), 86-94.
- Costa, P. & Widiger, T. (1994). *Introduction: Personality disorders and the five-factor model of personality*. APA.
- DaCosta & Halmi (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *Internacional. Journal of eating disorders*, 11, 305-313.
- Digman J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- García-Camba, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesidade*. Masson.
- Garner, D. & Garfinkel P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Second Edition. (2 nd ed) New York: Guilford Press.
- Garner, D. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psyc Psych.*, 48, 170-175.
- Garner, D. M. (1998). EDI-2. *Inventário de transtornos de la conduta alimentaria*. Manual. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Garner, D. M. & Olmstead (1991). *Eating disorders inventory-2: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Garner, D. M., Olmstead M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional Eating disorders inventory for anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Internacional Journal of Eating Disorder*, 2, 15-35.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323.
- Gotestam K. G. Eriksen L. & Hagen H. (1995). An epidemiological study of study of eating disorders in norwegian psychiatric institutions. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 18, 263-268.
- Hall, C. S., & Lindsey, G. (1984). Teorias da personalidade. (Ed. Port.). São Paulo: EPU.
- Halmi, K. (1994). A multimodal model for understanding and treating eating disorders. *Journal of Women's Health*, 3 (6), 487-493.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heaven, P. C. L., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and Conscientiousness as predictors of emocional, external en restrained eating behaviours. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 30, 161-166.
- Herscovici, R. C. & Bay, L. (1997). *Anorexia e Bulimia. Ameaças à Autonomia*. Artes Médicas. Pp. 51-144
- Hoek, H. W. (1993). Review of epidemiological studies of eating disorders. *Internacional Review of Psychiatry*, 5, 61-75.
- Hoek, H. W. (1995) Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in western world. *CME*. 13, 501-508.
- Hoeken, D. V., Lucas, A. R., & Hoek, H. W. (1998). Epidemiology. In H. W. Hoek, J. L. Treasure, M. A. Katzman (Eds.). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. N. Y.: John Wiley.

- Kaye W. H., Ebert M. H, Raleigh, M. et al. (1984). Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 350-355.
- Krantz, D. S. & Hedges, S. M. (1987). Some cautions for research on personality and health. *Journal of Personality*, 55 (2), 351-357.
- Lemos-Giráldez, S., & Fidalgo-Aliste, A. M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: a cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11 (3), 197-209.
- Lilenfeld, L. Kaye, & W. Grecco, C. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbidity substance dependence. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 22, 253-266.
- Lima, M. (1997). NEO-PI-R: *Contextos Teóricos e Psicométricos: "OCEAN" ou "iceberg"?* Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores : uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2 (XVIII): 171-179.
- Lima, M. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Lima, M. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., e Machado, C. (Coord.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* Vol. 1, (pp. 14-32). Coimbra: Quarteto.
- Macedo, A. (2002). Perfeccionismo: uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares? *Psiquiatria Clínica*, 23, (3), pp. 163-174.
- Machado, P. (2005). *1.º Estudo Epidemiológico Nacional sobre DCA*. Comunicação apresentada.

- Machado, P. P., Lameiras, M., Gonçalves, S., Martins, C., Calado, M., Machado, B. C., et al. (2004). Eating related problems amongst Iberian female college student. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 495-504.
- Machado, P. P., & Soares, I. (2000). Avaliação das perturbações do comportamento alimentar: Acção COST b-6 & Akquasi. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5, 161-169.
- Machado, P.P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares (2001). Portuguese version of eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9 (1), pp.43-52.
- Macías, L. G., Unikel, C., Cruz, C. & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3), 1-8.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2004). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (2), 101-114.
- McAdams D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-393.
- McCrae, R. & Costa, P. (1992). An introduction to the five factor model and its applications, special issue "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60, (2), 175-210.
- McCrae, R. & Costa, P. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.
- McCrae, R. R., & John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7, 69-78.

- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. USA. Harvard University Press.
- Moreira, P., Sampaio, D. & Almeida, M. (2004). Estratégias de controlo de peso em estudantes universitários. *Comportamento Alimentar*, 1 (2), 1-23.
- Moreno, C., & Bonfim, T. (2004). A Imagem Corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* 573-579. Lisboa: Ispa.
- Moura, E. (1947). *Anorexia Mental*. Coimbra: Acta Universitatis Conimbricensis (reedição) 2005.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 20 (2), 115-127.
- Palenzuela, D. L., & Barros, A. M. (1993). Modern trends in personality theory and research: introduction. In D.L. Palenzuela & A. M. Barros (Eds), *Modern trends in personality theory and research*, pp. 9-27. Porto: APPORT.
- Pervin, L. A. (1993). Affect and Personality. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds), *Handbook of Emotions* (pp. 301-311). New York: The Guilford Press.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73 (1), 133-147.
- Pope, H. G., Hudson, G. I. & Iurgelm-Todd, D. (1984). Anorexia Nervosa and Bulimia among 300 women shoppers. *American Journal Psychiatry*, 141, 292-294.
- Pope, H. G., Hudson, G. I., Yorgelwn-Todd, D. & Hudson, M. (1984). Prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia in three student populacion. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 3, 53-62.
- Pryon, T., & Wiederman, M. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality assessment*, 67 (2), 414-421.

- Raich, R. M. (2001). *Anorexia e Bulimia*. Portugal: McGraw-Hill.
- Relvas, A. P. (2003). Magreza é realeza. Terapia familiar e intervenção na anorexia nervosa. In *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (pp. 85-114). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rooney B, McClelland L, Crisp A. & Sedgwick, P. (1995). The incidence of Anorexia Nervosa in three suburban Health Districts in South West London. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 18, 299-307.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sampaio, D. (1999). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Caminho.
- Santos, A., Sampaio, D. (2004). Um breve olhar sobre as doenças do comportamento alimentar. *Comportamento Alimentar*, 1, (2), 29-34.
- Selvini, P. (1978). *Self starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jasson Aronson.
- Selvini, P. (1999). *Muchachas anoréticas e bulimicas*. Barcelona: Paidós.
- Simões, A. & Lima, M. P. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2, 171-179.
- Smith, T. & Williams, P. (1992). Personality and Health: advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60 (2), 359-416.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological feature in young non-chronic anorexic patients. *Journal of psychosomatic research*, 24, 353-359.

- Strober, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 52, 9-12.
- Suls, J. & Rittenhouse J. (1987). Personality and physical health: An introduction. *Journal of Personality*, 55, (5), 155-167.
- Taylor, G. J., Bagby, R.M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Treasure J. (1995). *The essencial of post psychiatry*, 3.^a ed. Cambriges: Cambridge: University Press.
- Trindade A., Santos, A., Fernandes, I., Santo, V., Andrade G., & Nunes, P. (2005). Avaliação do Risco de Doenças do Comportamento Alimentar em estudantes do Ensino Superior. *Comportamento Alimentar*, 2 (4), 13-23.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorders continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 268-276.
- Vervaeke, M., Heeringen, C., & Audenaert, K. (2004). Is Drive for thinness in anorectic patients associated with personality characteristics? *European Eating Disorders Review*, 12, 375-379.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 137-147.
- Wade T. (1999). The structure of genetic and environmental risks factors for three measures of disorders eating. *Psychological Medicine*, 29, 925-934.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Whitaker, A. H. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752-759.
- Woodside, D., & Fied, L. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 261-264.

ANEXOS

ANEXO A

Caracterização Sócio-Demográfica e Auxiológica

Data: ___ / ___ /05

1. Idade: ___
2. Naturalidade: _____
3. Estado civil: Solteiro Casado União de Facto Divorciado
4. Instituição que frequenta: _____
5. Curso: _____
6. Ano : _____
7. Trabalhador estudante: Sim Não

8. Peso actual _____ kg
9. Altura ___ m ___ cm
10. Sente-se bem com o seu corpo? Sim Não
11. Se não se sente bem, é porque se acha gorda? Sim Não
12. Ou acha-se magra? Sim Não
13. Acha gorda alguma parte do seu corpo? Sim Não
14. Peso mais elevado atingido _____ kg
15. Peso mais baixo atingido nos últimos 3 anos? _____ kg
16. Já fez dieta para perder peso? Sim Não
17. Se sim, quantos quilos perdeu? _____
18. Quando perdeu peso ficou sem menstruação? Sim Não
19. Quantos meses seguidos? _____
20. Faz actualmente dieta para perder peso? Sim Não
21. Quanto gostaria de pesar? _____ kg
22. Tem horror a aumentar? Sim Não

ANEXO B

NEO PI – R

Instruções

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque um X no quadrado que melhor representa a sua opinião:

DF (discordo fortemente) se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

D (discordo) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discorda dela.

N (neutro) se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

C (concordo) se a frase for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

CF (concordo fortemente) se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque *apenas* um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a *todas* as questões.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, *encha* o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**.

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.					
3. Tenho uma imaginação muito activa.					
4. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
5. Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.					
6. Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
7. Não gosto de multidões, por isso, evito-as.					
8. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
9. Não sou matreiro(a), nem espertalhão (espertalhona).					
10. Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
13. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
16. Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).					
17. Tenho uma maneira de ser descontráida, no trabalho e nos tempos livres.					
18. Sou bastante agarrado(a) ao meu modo de ser.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Sou distraído(a) e pouco determinado(a).					
21. É raro eu ceder (transigir) muito em qualquer coisa.					
22. Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
23. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
24. Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.					
25. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
26. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
27. Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.					
28. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
29. Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.					
30. Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas.					
31. Assusto-me, facilmente.					
32. Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.					
33. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.					
34. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.					
35. Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.					
36. Não me zango facilmente.					
37. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
38. Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço.					
39. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
40. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
41. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
42. Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.					
43. Raramente, sinto emoções fortes.					
44. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
46. Poucas vezes, me sinto inseguro(a), quando estou com outras pessoas.					
47. Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.					
48. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos).					
49. Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.					
50. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
51. Custa-me resistir aos meus desejos.					
52. Não gostaria de passar férias no Algarve.					
53. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
54. Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.					
55. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
56. Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.					
57. Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebato).					
58. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.					
59. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
60. Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão.					
61. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
62. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.					
63. Tenho uma grande capacidade de fantasiar.					
64. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
65. Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes.					
66. Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio e irritável.					
67. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
68. Aborreço-me ver bailado ou dança moderna.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
69. Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.					
70. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
71. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
72. Já fui, muitas vezes, líder (chefe) de grupos a que pertenci.					
73. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.					
74. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
75. Pago as minhas dívidas, a tempo e horas.					
76. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
77. Posso trabalhar devagar, mas tenho bom rendimento.					
78. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
79. Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.					
80. Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.					
81. Não me é difícil resistir a tentações.					
82. Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer.					
83. Gosto de resolver problemas e quebra-cabeças (puzzles).					
84. Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso.					
85. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
86. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
87. Não sou um(a) grande optimista.					
88. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
89. Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.					
90. Às vezes actuo, primeiro, e penso, depois.					
91. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
92. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.					
93. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
94. Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança.					
95. Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).					
96. Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.					
97. Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo.					
98. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
99. Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.					
100. Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar.					
101. Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.					
102. Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.					
103. Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.					
104. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
105. Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.					
106. Não fico muito atrapalhado, quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.					
107. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
108. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
109. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
110. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
111. Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.					
112. Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.					
113. Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos.					
114. Tento ser humilde.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
115. Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.					
116. Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.					
117. Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade.					
118. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.					
119. Não gosto de pedintes.					
120. Antes de agir, penso nas consequências.					
121. Raramente, me preocupo com o futuro.					
122. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
123. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.					
124. Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa desagradável.					
125. Tenho orgulho do meu bom senso.					
126. Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.					
127. Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.					
128. A poesia pouco ou nada me diz.					
129. Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.					
130. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
131. Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.					
132. Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.					
133. As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.					
134. Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade.					
135. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu cumpra.					
136. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
137. Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
138. Prefiro passar o tempo, em ambientes, que me são familiares.					
139. Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.					
140. Não sou ambicioso(a).					
141. Raramente, cedo aos meus impulsos.					
142. Gosto de estar onde está a acção.					
143. Gosto de resolver problemas (<i>puzzles</i>) do tipo <i>quebra-cabeças</i> .					
144. Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).					
145. Quando começo um projecto, quase sempre termino.					
146. Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões.					
147. Não me considero uma pessoa alegre.					
148. Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter abertura espírito.					
149. As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas.					
150. Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.					
151. Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.					
152. É fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas.					
153. Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.					
154. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
155. Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.					
156. É preciso muito para me arreliaem.					
157. Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.					
158. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.					
159. Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.					
160. Sou uma pessoa um tanto rigorosa: aprecio a ordem, em todas as coisas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
161. Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).					
162. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
163. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
164. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
165. Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo.					
166. Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades.					
167. Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa.					
168. Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença.					
169. Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta.					
170. Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder.					
171. Às vezes, como até me sentir mal.					
172. Adoro as emoções da montanha russa.					
173. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
174. Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.					
175. Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.					
176. Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.					
177. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
178. Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.					
179. Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.					
180. Raramente, tomo decisões precipitadas.					
181. Tenho menos receios que a maioria das pessoas.					
182. Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.					
183. Em criança, raramente, achava piada aos jogos <i>faz-de-conta</i> .					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
184. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
185. Sou uma pessoa muito competente.					
186. Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura.					
187. Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.					
188. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
189. Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.					
190. Não tenho obsessão da limpeza.					
191. Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.					
192. Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros.					
193. Acho fácil sentir empatia, quer dizer, sentir o que os outros sentem.					
194. Considero-me uma pessoa caridosa.					
195. Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.					
196. Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa outra vez.					
197. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
198. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.					
199. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).					
200. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					
201. Às vezes, faço as coisas, de modo tão impulsivo que, mais tarde, me arrependo.					
202. Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.					
203. Tenho muita curiosidade intelectual.					
204. Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).					
205. Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro.					
206. Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
207. É raro utilizar palavras, como <i>fantástico</i> ou <i>sensacional</i> , para descrever as minhas experiências.					
208. Algo corre mal, se aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam.					
209. Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu.					
210. Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas viagens.					
211. Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores.					
212. Interesse-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho.					
213. Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação.					
214. Tenho bastante fé na natureza humana.					
215. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
216. Mesmo os pequenos contratemplos podem ser frustrantes para mim.					
217. Gosto de festas com muita gente.					
218. Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim.					
219. Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas.					
220. Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar.					
221. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
222. Não considero fácil controlar as situações.					
223. Coisas estranhas, como certos sabores ou nomes de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.					
224. Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros.					
225. Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho.					
226. Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço fazem asneiras.					
227. Sou uma pessoa muito activa.					
228. Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.					
229. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
230. Tenho o vício do trabalho.					
231. Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.					
232. Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão.					
233. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.					
234. Sou uma pessoa superior.					
235. Tenho muita auto-disciplina.					
236. Sou bastante estável, do ponto de vista emocional.					
237. Rio, facilmente.					
238. Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma.					
239. Gostaria mais que me considerassem "compreensivo(a)" (inclinado(a) a perdoar) do que "justo(a)" (inclinado(a) ao rigor).					
240. Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta.					

FIM DO TESTE.

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU A TODAS
AS QUESTÕES.

NEO PI-R™

O seu sumário NEO-PI-R

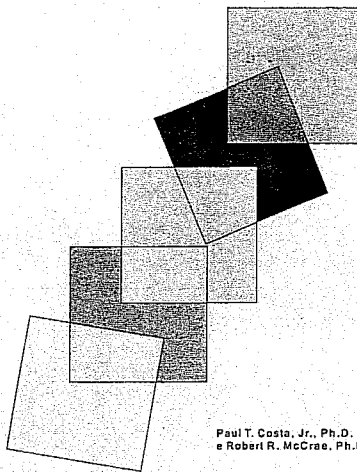
Nome: _____

Data: _____

O Inventário de Personalidade NEO-PI-R mede cinco grandes factores, ou domínios, da personalidade. As respostas que deu sobre os seus pensamentos, sentimentos e objectivos podem ser comparadas com a de outros adultos, de forma a dar uma descrição da sua personalidade. Para cada um dos cinco domínios é dada uma pontuação em baixo, uma descrição sumária baseada em três grupos de pontuações. Os grupos assinalados (com x) correspondem à sua descrição tendo como base as suas respostas ao inventário.

O NEO-PI-R mede diferenças entre adultos "normais". Não é um teste de aptidão ou de inteligência e não tem intenção de diagnosticar problemas de saúde mental. Dá-lhe, no entanto, uma ideia sobre o que o torna único na sua forma de pensar, sentir e interagir com os outros.

Este sumário tem a intenção de lhe dar uma ideia geral de como a sua personalidade pode ser descrita. Não é um relatório detalhado. É possível que numa nova realização deste teste obtenha resultados ligeiramente diferentes. No entanto, para a maioria das pessoas, os traços de personalidade tendem a ser estáveis durante a fase adulta. A não ser que venha a experienciar acontecimentos de vida radicais, ou faça esforços para se modificar, este sumário pode aplicar-se ao longo da sua vida adulta.



Paul T. Costa, Jr., Ph.D.
e Robert R. McCrae, Ph.D.



Autores: Paul Costa, Ph.D. and Robert McCrae, Ph.D.
Copyright © 1978, 1985, 1989, 1991, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.
Copyright © 2000 by CEGOC-TEA para a adaptação portuguesa. Adaptação portuguesa de Margarida Pedrosa de Lima e António Simões. Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, 21-2º 1050-012 LISBOA.
Proibida a reprodução total ou parcial. Todos os direitos reservados. DEPÓSITO LEGAL: 153845/00
ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A TINTA AZUL. SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. NÃO A UTILIZE.

Comparativamente com as respostas de outras pessoas, as suas respostas sugerem que pode ser descrito como:

<input type="checkbox"/> Sensível, emocional e com tendência a experienciar sentimentos que são desagradáveis.	<input type="checkbox"/> Geralmente calmo e capaz de lidar com o <i>stress</i> , mas, por vezes, experienciar sentimentos de culpa, raiva ou tristeza.	<input type="checkbox"/> Seguro, calmo e geralmente relaxado mesmo em situações de stress.
<input type="checkbox"/> Extrovertido, fácil de lidar, dinâmico e optimista. Prefere estar com as pessoas a maior parte do tempo.	<input type="checkbox"/> Moderado na actividade e entusiasmo. Aprecia a companhia dos outros mas também valoriza a privacidade.	<input type="checkbox"/> Introverso, reservado e sério. Prefere estar sozinho ou com alguns amigos próximos.
<input type="checkbox"/> Aberto a novas experiências. Tem uma grande amplitude de interesses e é muito imaginativo.	<input type="checkbox"/> Prático mas com vontade de experienciar novas formas de fazer as coisas. Procura um equilíbrio entre o novo e o velho.	<input type="checkbox"/> Terra-a-terra, prático, tradicional e com ideias assentes.
<input type="checkbox"/> Boa natureza, prestável, com vontade de cooperar e evitar o conflito.	<input type="checkbox"/> Geralmente acolhedor, de confiança e agradável, mas pode, por vezes, ser teimoso e competitivo.	<input type="checkbox"/> Céptico, orgulhoso, competitivo. Tem tendência a expressar a sua raiva directamente.
<input type="checkbox"/> Conscioso e organizado. Tem padrões elevados de realização e luta para atingir os seus objectivos.	<input type="checkbox"/> Moderadamente bem organizado. Tem, geralmente, objectivos claros, mas também tem a capacidade de colocar o trabalho de lado.	<input type="checkbox"/> Despreocupado, pouco organizado e por vezes negligente. Prefere não fazer planos.



Autores: Paul Costa, Ph.D. and Robert McCrae, Ph.D.

Copyright © 1978, 1985, 1989, 1991, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

Copyright © 2000 by CEGOC-TEA para a adaptação portuguesa. Adaptação portuguesa de Margarida Pedrosa de Lima e António Simões. Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, 21-2º 1050-012 LISBOA.

Proibida a reprodução total ou parcial. Todos os direitos reservados. DEPÓSITO LEGAL: 153845/00

ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO A TINTA AZUL. SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL. NÃO A UTILIZE.

DADOS PESSOAIS

Nome: 25 Idade: 18 Sexo: F

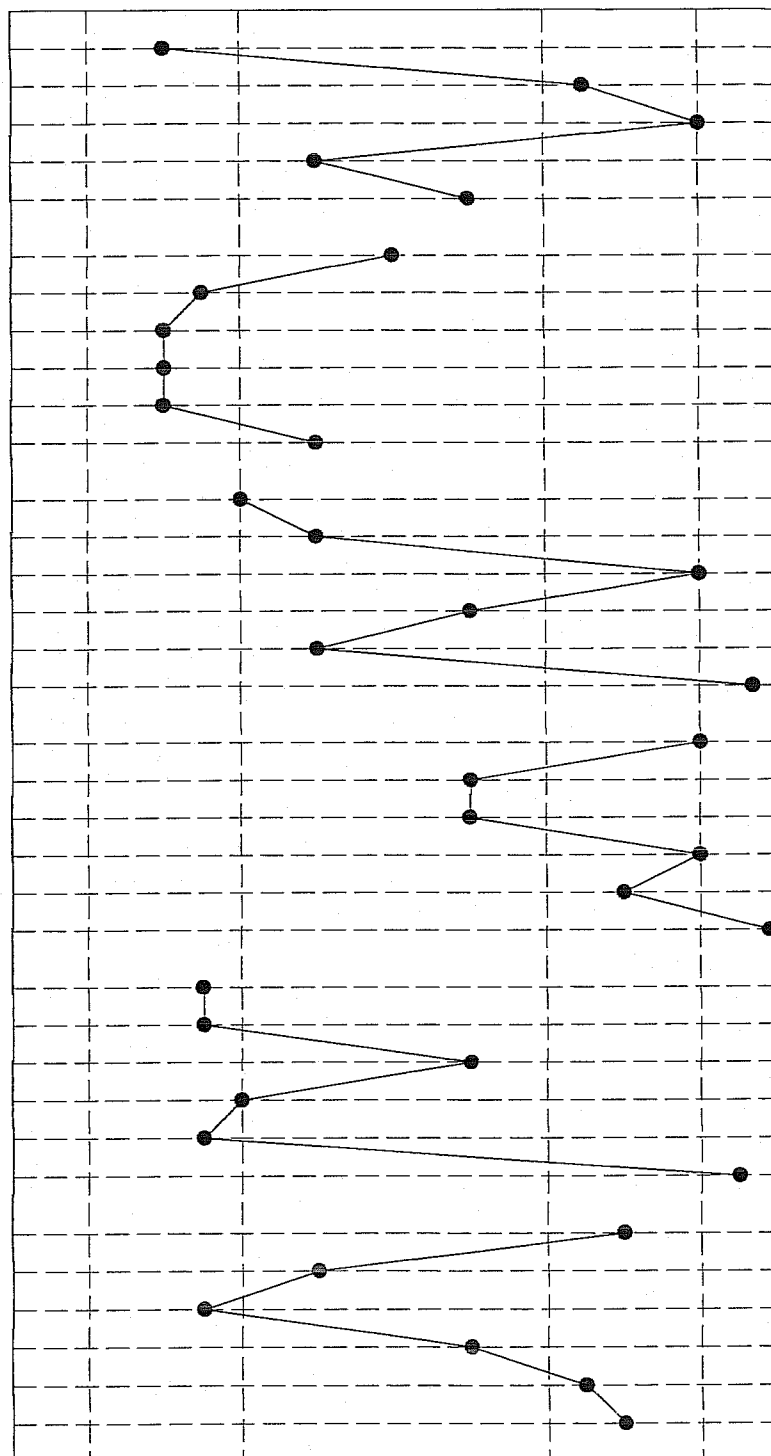
Escolaridade: _____ Profissão: _____

Data: _____ Grupo Normativo: Jovem F

PERFIL GRÁFICO

		PD	P
Neuroticismo	N.	85	20
Extroversão	E.	124	75
Abertura a Experiência	O.	146	90
Amabilidade	A.	113	40
Conscienciosidade	C.	121	60
Ansiedade	N1	20	50
Hostilidade	N2	12	25
Depressão	N3	12	20
Auto-consciência	N4	14	20
Impulsividade	N5	14	20
Vulnerabilidade	N6	13	40
Acolhimento Caloroso	E1	21	30
Gregariedade	E2	18	40
Assertividade	E3	19	90
Actividade	E4	18	60
Procura de Excitação	E5	20	40
Emoções Positivas	E6	28	97
Fantasia	O1	26	90
Estética	O2	24	60
Sentimentos	O3	22	60
Acções	O4	21	90
Ideias	O5	25	80
Valores	O6	28	99
Confiança	A1	16	25
Rectidão	A2	16	25
Altruísmo	A3	23	60
Complacência	A4	15	30
Modéstia	A5	17	25
Sensibilidade	A6	26	95
Competência	C1	22	80
Ordem	C2	18	40
Dever	C3	19	25
Esforço de Realização	C4	21	60
Auto-Disciplina	C5	21	75
Deliberação	C6	20	80
Aquiescência	AQ	123	
Negações	NE	83	
Respostas em branco	RB	0	

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



P - Percentis

PD - Pontuação directa

DADOS PESSOAIS

Nome: 91

Idade: 21

Sexo: F

Escolaridade: _____

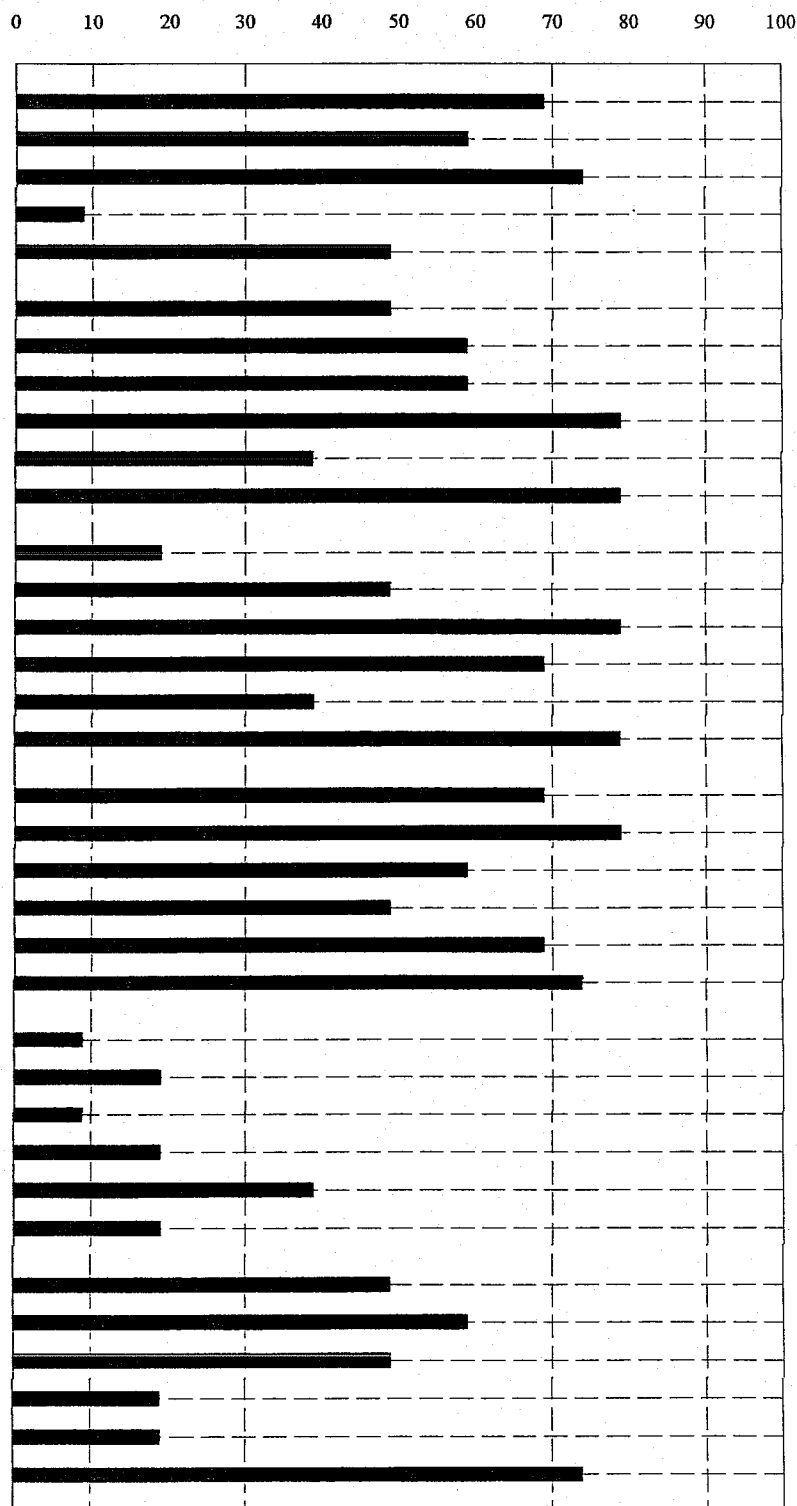
Profissão: _____

Data: _____

Grupo Normativo: Adulto F

PERFIL GRÁFICO

		PD	P
Neuroticismo	N.	107	70
Extroversão	E.	109	60
Abertura a Experiência	O.	120	75
Amabilidade	A.	99	10
Conscienciosidade	C.	118	50
Ansiedade	N1	20	50
Hostilidade	N2	16	60
Depressão	N3	18	60
Auto-consciência	N4	21	80
Impulsividade	N5	15	40
Vulnerabilidade	N6	17	80
Acolhimento Caloroso	E1	19	20
Gregariedade	E2	16	50
Assertividade	E3	17	80
Actividade	E4	19	70
Procura de Excitação	E5	15	40
Emoções Positivas	E6	23	80
Fantasia	O1	20	70
Estética	O2	25	80
Sentimentos	O3	20	60
Ações	O4	16	50
Ideias	O5	19	70
Valores	O6	20	75
Confiança	A1	12	10
Rectidão	A2	15	20
Altruísmo	A3	18	10
Complacência	A4	15	20
Modéstia	A5	20	40
Sensibilidade	A6	19	20
Competência	C1	20	50
Ordem	C2	21	60
Dever	C3	23	50
Esforço de Realização	C4	16	20
Auto-Disciplina	C5	16	20
Deliberação	C6	22	75
Aquiescência	AQ	76	
Negações	NE	38	
Respostas em branco	RB	0	



P - Percentis

PD - Pontuação directa

ANEXO D

NEO-PI-R: Valores Normativos

Médias e Desvio Padrão da forma S, Mulheres entre os 17 e os 20 anos

FACETAS DO NEO-PI-R	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
N - NEUROTICISMO	102.4	19.1
N1: <i>Ansiedade</i>	20.3	4.5
N2: <i>Hostilidade</i>	14.8	4.3
N3: <i>Depressão</i>	16.7	5.1
N4: <i>Auto-consciência</i>	17.7	4.3
N5: <i>Impulsividade</i>	18.1	3.8
N6: <i>Vulnerabilidade</i>	14.4	4.3
E - EXTROVERSÃO	113.1	16.0
E1: <i>Caloroso</i>	22.1	3.9
E2: <i>Gregariedade</i>	18.7	4.9
E3: <i>Assertividade</i>	14.1	3.9
E4: <i>Actividade</i>	17.1	3.5
E5: <i>Procura Excitação</i>	20.5	4.0
E6: <i>Emoções Positivas</i>	20.2	4.5
O - ABERTURA À EXPERIENCIA	116.8	17.9
O1: <i>Fantasia</i>	19.6	4.8
O2: <i>Estética</i>	21.4	5.3
O3: <i>Sentimentos</i>	21.2	4.0
O4: <i>Ações</i>	17.2	3.4
O5: <i>Ideias</i>	18.9	4.7
O6: <i>Valores</i>	18.4	3.4
A - AMABILIDADE	116.5	14.9
A1: <i>Confiança</i>	18.0	4.2
A2: <i>Rectidão</i>	18.0	4.0
A3: <i>Altruismo</i>	22.1	3.9
A4: <i>Complacência</i>	17.3	4.6
A5: <i>Modéstia</i>	19.7	3.6
A6: <i>Sentimental</i>	21.2	3.1
C - CONSCIENSIOSIDADE	114.3	17.3
C1: <i>Competência</i>	19.2	3.6
C2: <i>Ordem</i>	19.1	4.6
C3: <i>Dever</i>	21.6	3.9
C4: <i>Realização</i>	19.8	4.0
C5: <i>Auto-disciplina</i>	14.8	4.1
C6: <i>Deliberação</i>	16.3	4.5

N= 235 mulheres; Lima e Simões (2000), p.86

ANEXO E

NEO-PI-R: Valores Normativos

Médias e Desvios Padrão, Forma S, para Adultos Mulheres entre os 21 e os 84 anos

FACETAS DO NEO-PI-R	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
N - NEUROTICISMO	98,7	17,9
N1: <i>Ansiedade</i>	20,3	4,5
N2: <i>Hostilidade</i>	14,9	4,1
N3: <i>Depressão</i>	16,9	4,8
N4: <i>Auto-consciência</i>	16,7	4,4
N5: <i>Impulsividade</i>	15,8	4,2
N6: <i>Vulnerabilidade</i>	13,7	4,2
E - EXTROVERSÃO	103,3	15,0
E1: <i>Caloroso</i>	21,8	3,7
E2: <i>Gregariedade</i>	16,5	4,6
E3: <i>Assertividade</i>	13,2	3,6
E4: <i>Actividade</i>	16,9	3,1
E5: <i>Procura Excitação</i>	16,6	4,4
E6: <i>Emoções Positivas</i>	18,1	4,1
O - ABERTURA À EXPERIENCIA	106,7	17,9
O1: <i>Fantasia</i>	17,0	4,7
O2: <i>Estética</i>	20,3	4,9
O3: <i>Sentimentos</i>	19,3	3,9
O4: <i>Acções</i>	16,2	3,6
O5: <i>Ideias</i>	16,3	5,4
O6: <i>Valores</i>	17,5	3,5
A - AMABILIDADE	121,8	15,6
A1: <i>Confiança</i>	18,5	4,2
A2: <i>Rectidão</i>	19,5	4,0
A3: <i>Altruísmo</i>	22,3	3,6
A4: <i>Complacência</i>	19,3	4,6
A5: <i>Modéstia</i>	20,5	3,8
A6: <i>Sentimental</i>	21,5	3,2
C - CONSCIENCIOSIDADE	120,0	16,9
C1: <i>Competência</i>	19,7	3,4
C2: <i>Ordem</i>	19,4	4,1
C3: <i>Dever</i>	23,2	3,8
C4: <i>Realização</i>	19,7	3,8
C5: <i>Auto-disciplina</i>	19,2	4,0
C6: <i>Deliberação</i>	18,4	4,6

N= 890 mulheres; Lima e Simões (2000), p.86

ANEXO F

**Médias e Desvio Padrão Do NEO-PI-R: Mulheres
entre os 17 e os 20 anos**

	Média	Desvio Padrão
Neuroticismo	105,36	19,111
<i>Ansiedade</i>	21,51	3,876
<i>Hostilidade</i>	14,65	3,988
<i>Depressão</i>	18,16	5,344
<i>Auto-consciência</i>	18,93	4,203
<i>Impulsividade</i>	17,44	3,783
<i>Vulnerabilidade</i>	14,87	4,587
Extroversão	113,26	17,974
<i>Acolhimento caloroso</i>	22,44	3,608
<i>Gregariedade</i>	18,91	4,907
<i>Assertividade</i>	13,69	3,662
<i>Actividade</i>	16,64	3,265
<i>Procura excitação</i>	20,21	4,448
<i>Emoções positivas</i>	21,50	4,935
Abertura à experiência	120,06	13,918
<i>Fantasia</i>	20,48	4,319
<i>Estética</i>	21,96	4,316
<i>Sentimentos</i>	21,58	3,179
<i>Ações</i>	16,87	3,495
<i>Ideia</i>	18,58	4,120
<i>Valores</i>	20,57	3,056
Amabilidade	119,87	13,216
<i>Confiança</i>	16,24	4,381
<i>Rectidão</i>	20,36	3,751
<i>Altruísmo</i>	22,74	3,302
<i>Complacência</i>	18,23	3,816
<i>Modéstia</i>	20,28	3,671
<i>Sensibilidade</i>	22,12	2,761
Conscienciosidade	116,47	18,098
<i>Competência</i>	19,81	3,381
<i>Ordem</i>	19,82	4,529
<i>Obediência ao dever</i>	22,04	3,387
<i>Realização</i>	19,47	4,152
<i>Auto-disciplina</i>	18,30	4,206
<i>Deliberação</i>	17,03	4,890

a. N = 100 Mulheres

ANEXO G

Médias e Desvio Padrão Do NEO-PI-R: Mulheres com mais de 20 anos^a

	Média	Desvio Padrão
Neuroticismo	95,78	20,643
<i>Ansiedade</i>	19,81	4,208
<i>Hostilidade</i>	13,39	3,797
<i>Depressão</i>	15,26	5,231
<i>Auto-consciência</i>	16,54	4,306
<i>Impulsividade</i>	17,28	4,429
<i>Vulnerabilidade</i>	13,50	4,381
Extroversão	118,91	15,679
<i>Acolhimento caloroso</i>	23,74	3,238
<i>Gregariedade</i>	19,27	4,484
<i>Assertividade</i>	15,63	3,982
<i>Atividade</i>	17,49	3,102
<i>Procura excitação</i>	20,18	3,621
<i>Emoções positivas</i>	22,60	4,336
Abertura à experiência	123,52	15,560
<i>Fantasia</i>	20,28	4,492
<i>Estética</i>	21,57	4,078
<i>Sentimentos</i>	21,48	2,873
<i>Acções</i>	18,43	3,525
<i>Ideia</i>	20,88	4,459
<i>Valores</i>	20,89	2,939
Amabilidade	121,73	15,348
<i>Confiança</i>	17,83	4,404
<i>Rectidão</i>	19,86	4,118
<i>Altruísmo</i>	23,30	2,585
<i>Complacência</i>	18,30	4,241
<i>Modéstia</i>	20,29	3,605
<i>Sensibilidade</i>	22,16	3,470
Conscienciosidade	116,21	19,255
<i>Competência</i>	20,42	3,126
<i>Ordem</i>	18,27	4,871
<i>Obediência ao dever</i>	22,40	3,307
<i>Realização</i>	19,77	3,921
<i>Auto-disciplina</i>	18,88	4,829
<i>Deliberação</i>	16,59	5,003

a. N = 90 Mulheres

ANEXO H**EDI-2****Instruções**

A escala que se segue quantifica os vários tipos de atitudes, reacções e comportamentos. Algumas questões estão relacionadas com a comida e alimentação. Outras interrogam-na(o) sobre a sua atitude em relação a si própria(o). Não há respostas certas ou erradas. O objectivo deste inventário é a pesquisa científica, por isso tente ser totalmente honesta(o) nas suas respostas, responda cuidadosamente a cada uma das perguntas e, contribua para o avanço da ciência. Os resultados são totalmente confidenciais. Leia cada pergunta e coloque um X na coluna que melhor se aplica ao seu caso. Verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado.

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	As vezes	Raramente	Nunca
1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa (o).						
2. Acho que o meu estômago é grande demais.						
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.						
4. Quando estou aborrecida (o) tenho que comer.						
5. Empanturro-me de comida.						
6. Gostava de ser mais nova (o).						
7. Penso em fazer dieta.						
8. Fico assustada (o) quando os meus sentimentos são muito intensos.						
9. Acho as minhas coxas muito gordas.						
10. Sinto-me inútil como pessoa.						
11. Sinto-me extremamente culpada (o) depois de comer demais.						
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.						
13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família.						
14. A época mais feliz da vida é a infância.						
15. Falo abertamente dos meus sentimentos.						
16. Fico aterrorizada (o) com a ideia de ganhar peso.						
17. Confio nos outros.						
18. Sinto-me sozinha (o) no mundo.						
19. Gosto da forma do meu corpo.						
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida.						
21. Saber que emoção estou a sentir, deixa-me confusa (o).						
22. Preferia ser adulto a ser criança.						
23. Comunico facilmente com os outros.						
24. Desejava ser outra pessoa.						

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	As vezes	Raramente	Nunca
25. Exagero na importância do peso.						
26. Facilmente identifico o que sinto.						
27. Sinto-me inadequada (o).						
28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar.						
29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.						
30. Tenho relações de amizade próximas.						
31. Gosto da forma das minhas nádegas.						
32. Estou preocupada (o) com o desejo de ser magra (o).						
33. Não sei o que se passa dentro de mim.						
34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.						
35. As exigências da vida adulta são demasiadas.						
36. Detesto quando não sou a (o) melhor.						
37. Sinto-me segura (o) de mim.						
38. Penso, frequentemente, em empanturrar-me com comida.						
39. Estou feliz por já não ser uma criança.						
40. É confuso perceber se tenho fome ou não.						
41. Tenho fraca opinião a meu respeito.						
42. Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos.						
43. Os meus pais esperam o máximo de mim.						
44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos.						
45. Penso que as minhas ancas são muito largas.						
46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturro-me quando se vão embora.						
47. Sinto-me enfiada (o) depois de comer uma refeição normal.						
48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças.						
49. Se aumento 1Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso.						
50. Sinto que sou uma pessoa capaz.						
51. Quando estou aborrecida (o) não sei se estou triste, assustada (o) ou zangada (o).						
52. Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer.						
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso.						
54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.						
56. Sinto-me emocionalmente vazia (o).						
57. Consigo falar dos meus pensamentos e sentimentos.						
58. Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos.						
59. Acho as minhas nádegas grandes demais.						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.						

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	As vezes	Raramente	Nunca
1. Como ou bebo às escondidas.						
2. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.						
3. Tenho objectivos muito elevados.						
4. Quando ando aborrecida (o), receio começar a comer.						
5. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar.						
6. A minha fraqueza humana envergonha-me.						
7. Dizem que sou emocionalmente instável.						
8. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais.						
9. Sinto-me relaxada (o) na maioria das situações.						
10. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito.						
1. Vou mudar para experimentar o prazer.						
2. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas.						
3. Tenho saído com a maioria das pessoas que conheço.						
4. Sinto-me ultrajada (o) nas relações que estabeleço.						
5. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte.						
6. As pessoas percebem os meus problemas reais.						
7. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos.						
8. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral.						
9. Sou perita (o) em exteriorizar a raiva e a fúria.						
10. Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço.						
1. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de álcool.						
2. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo.						
3. As pessoas dizem que me irrito facilmente.						
4. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida.						
5. Tenho períodos de humor marcados.						
6. Os meus impulsos corporais embaraçam-me.						
7. Prefiro passar o tempo comigo mesma (o) do que com outras pessoas.						
8. O sofrimento faz as pessoas melhores.						
9. Sei que as pessoas gostam de mim.						
10. Sinto que tenho que me martirizar ou magoar alguém.						
11. Sei quem realmente sou.						

ANEXO J

EDI-2: Valores Normativos

Médias e Desvios Padrão num grupo de Mulheres Estudantes Universitárias

SUB-ESCALAS DO EDI-2	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Obsessão para a magreza	5,5	5,5
Bulimia	1,2	1,9
Insatisfação Corporal	12,2	8,3
Ineficácia	2,3	3,6
Perfeccionismo	6,2	3,9
Desconfiança Interpessoal	2	3,1
Consciência Interoceptiva	3	3,9
Medo da Maturidade	2,7	2,9
Ascetismo	3,4	2,2
Impulsividade	2,3	3,6
Insegurança Social	3,3	3,3

Nota: Sub-escalas adicionais a sombreado.

N= 760 mulheres; Garner 1998, p. 43