

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DO
PERFECCIONISMO NA COMPLEXIDADE DE INTERDEPENDÊNCIAS**

Leonor Baptista de Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DO
PERFECCIONISMO NA COMPLEXIDADE DE INTERDEPENDÊNCIAS**

Leonor Baptista de Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

Dissertação, orientada pela Prof.^a Doutora Rita Francisco e coorientada pela Prof.^a
Doutora Rosa Novo

2011

À memória do meu avô Reinaldo.

Agradecimentos

A apresentação do presente trabalho, uma Tese de Mestrado Integrado, metaforiza por si só, e talvez injustamente, o fim desta etapa académica. Ao contemplar o fim não consigo desenlá-lo do princípio, pelo que agradecerei sucintamente aos que me permitiram findar este caminho (e que se ligarão para sempre aos que trilharei no futuro).

Começo, necessariamente, por agradecer à minha família, a expetadora mais atenta ao meu percurso académico e a interveniente mais constante. Ao meu pai e ao meu irmão Pedro pelo apoio e preocupação silenciosas, e à minha mãe, que entre a escola, a lida da casa, o doutoramento e tantos outros aspetos da sua vida realça o “Síndrome da Mulher Perfeita” da sociedade atual e constitui o modelo de investigadora que me é mais próximo. À minha tia Rosário pelo sorriso.

Obrigada a duas professoras especiais. À minha professora de História de Arte, Fátima Madaleno, exemplo do maior profissionalismo e dedicação, que sempre acreditou em mim e que foi a primeira a reparar que eu possuía “uma escrita muito madura”. À minha professora de Psicologia, Ana Páscoa, que me aceitou tardiamente na sua turma com o seu riso meigo, e que me proporcionou um primeiro e bonito encontro com a disciplina que viria a ser a minha (e eu ainda não sabia).

À Ofélia Mendes, que me faz de mãe quando é preciso, e que mencionou precocemente a Psicologia como caminho a seguir, enquanto me candidatava à Faculdade de Belas Artes; e ao Joaquim Vítor, que depois de dois anos no curso de Escultura me indicou, inexoravelmente, o caminho para a Psicologia. Ao Joaquim agradeço ainda por ter sido o primeiro a fazer-me notar que era perfeita nas minhas imperfeições e que só assim tinha verdadeiro valor.

Às minhas amigas de sempre, Filipa, Guio, Gabi, Rita, e Tânia, pelas gargalhadas e lágrimas, estruturais, que já partilhámos e pelo otimismo com que encaram o meu futuro.

Aos meus colegas e amigos da faculdade com quem me fui academicamente construindo: à Rita Chichorro pelo companheirismo, à Teresa Rato pela idiossincrasia, e, em especial, à Maria Teresa Pinheiro, que me desconstruiu com a diferença, e à Sara Monteiro, que me reconstruía na semelhança, à sua sabedoria e resiliência.

Ao André, que apoiou de perto as minhas opções académicas mais importantes e que me fez desejar cumprir com distinção as responsabilidades que lhes eram inerentes,

nem que fosse apenas para lhe roubar um olhar vivo de admiração (e por esse olhar ter tornado sempre tudo tão fácil).

Agradeço àqueles que me deram e a quem ofereci “abrigo” nesta última fase, os meus companheiros nesta jornada, Ricardo Macau, Inês Nunes e Carina Cardoso (eterna companheira desta viagem que é a vida), e também ao Rui, em quem pareço sempre tropeçar à hora certa, no momento certo, nesta reta final.

Devo ainda agradecer à Professora Doutora Ângela Fernandes pelo auxílio na tradução de documentos em Espanhol e à Professora Doutora Elisabete Sousa pela ajuda na tradução para Inglês.

Um agradecimento especial ao meu colega e bom amigo Renato Santos, com que me cruzei tardiamente no meu caminho mas que o percorre a meu lado desde então, pois nunca dele me consegui afastar. Por constituir o modelo profissional a que pretendo ascender, pelo trabalho exímio, eficácia, pensamento divergente e, sobretudo, pela segurança que a sua disponibilidade e humildade transmitem: obrigada Renato.

À Professora Doutora Rosa Novo pela prontidão e atenção no processo de construção e revisão deste trabalho, pelas sugestões que me motivaram a procurar mais conhecimento e pelas palavras apoiantes e reforçadoras que me encheram de confiança.

Por fim, agradeço, em particular, à Professora Doutora Rita Francisco, com quem tive oportunidade de participar neste projeto, nas suas diversas fases, e aprender, quase do início, o processo de produção científica. Devo agradecer-lhe pela receptividade, pelo esclarecimento das minhas dúvidas (de principiante), pelas sugestões pertinentes e pelo rigor e perfeccionismo com que sempre me brindou nas suas inspeções (ternas) ao meu trabalho. Muito obrigada por me ensinar tanto.

Muito obrigada a todos com quem me coconstruí. Este trabalho também é um pouco vosso.

Resumo

Os objetivos do estudo recaem sobre a investigação, em adolescentes em meio escolar, do contributo do perfeccionismo e das suas dimensões autororientada e socialmente prescrita, bem como da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, para a sintomatologia de perturbação alimentar. Participaram no estudo 531 adolescentes, de idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de ambos os sexos. Os participantes responderam a um *Questionário de Dados Pessoais e Sociodemográficos*, à subescala de perfeccionismo do *Eating Disorder Inventory 2* (Garner, Olmstead & Polivy, 1983), ao *Eating Attitudes Test 26* (Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982) e ao *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión* (González, Cueto & Fernández, 2007). A subescala do EDI2 foi, neste estudo, repartida em perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito. Os participantes do sexo masculino apresentaram menor número de casos de dieta e níveis mais baixos de sintomatologia depressiva-ansiosa, depressão, ansiedade e de sintomatologia de perturbação alimentar em comparação com as raparigas, não tendo sido observadas diferenças entre sexos no que se refere ao perfeccionismo global, perfeccionismo socialmente prescrito e perfeccionismo auto-orientado. As correlações encontradas entre as variáveis em estudo foram mais elevadas e significativas no grupo das raparigas. Também entre estas foi possível explicar consideravelmente a sintomatologia de perturbação alimentar através da análise de regressões múltiplas hierárquicas, que revelou que a idade, a dieta, o perfeccionismo auto-orientado e a depressão contribuíam para explicar 42% da variância da sintomatologia de perturbação alimentar. Tal não foi observado em rapazes pois relativamente a estes só foi possível explicar 10% da variância de sintomatologia de perturbação alimentar para a qual apenas contribuíam perfeccionismo global e sintomatologia depressiva-ansiosa. O significado dos resultados é discutido em termos das implicações para o conhecimento acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares em ambos os sexos.

Palavras-chave: perturbação alimentar, perfeccionismo, perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo socialmente prescrito, ansiedade, depressão, adolescência.

Abstract

The aim of the current study is to present the result of a research among school adolescents in order to assess the contribution of perfectionism and its self-oriented and socially prescribed dimensions, as well as depressive and/or anxious symptoms, to eating disorders symptomatology. A total of 531 teenagers participated in the study, aged between 12 and 18 years, from both sexes. Participants responded to a *Personal and Demographic Questionnaire*, to perfectionism subscale of the *Eating Disorder Inventory – 2nd version* (Garner, Olmstead & Polivy, 1984), the *Eating Attitudes Test 26* (Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982) and the *Cuestionario Clinical discovery-Ansiedad: Depresión y* (Gonzalez, Cueto & Fernández, 2007). In this study, the subscale of EDI2 was divided in self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism. When compared to female students, male students reported fewer cases of diet and lower levels of depressive symptoms, anxiety-depression, anxiety and symptoms of eating disorder; moreover, sex differences with regard to the global perfectionism, the self-oriented perfectionism and the socially prescribed perfectionism were observed. Correlations between the mentioned variables were highest and most significant in the girls' group. Furthermore, in the girls' group it was possible to explain eating disorder symptoms, to a considerable extent, by means of hierarchical multiple regression analysis. This analysis revealed that age, diet, self-oriented perfectionism and depression contributed to explain 42% of the variance of eating disorder symptoms. This was not observed in boys; in fact, only 10% of the variance of symptoms of eating disorders could be explained as consequence of the contribution of global perfectionism and depressive-anxious symptoms. The significance of the findings is discussed in terms of the implications for knowledge about risk factors for the development of eating disorders in both sexes.

Keywords: eating disorder, perfectionism, self-oriented perfectionism, socially prescribed perfectionism, anxiety, depression, adolescence.

Índice Geral

Índice de Quadros	vii
Índice de Figuras	viii
Capítulo I - Enquadramento teórico	1
1. Perturbações alimentares, um nicho ecológico	1
2. Uma alusão breve aos fatores de risco das perturbações alimentares	1
3. Perfeccionismo: Conceito em (des)construção	3
4. Pais, ambiente e perfeccionismo construído	6
5. (Apontamento) acerca da depressão e ansiedade em rapazes e raparigas adolescentes	7
6. Relação do perfeccionismo com a depressão e ansiedade	8
7. Perturbações alimentares na porta de saída: um “somatório” de interdependências	9
Capítulo II – Processo Metodológico	11
1. Enquadramento metodológico	11
2. Desenho da investigação	12
2.1 Questão inicial	12
2.2 Objetivos gerais	12
2.3 Mapa conceitual	13
2.4 Questões de investigação	13
2.5 Estratégia metodológica	14
2.5.1 Seleção da amostra e caracterização	14
2.5.2 Instrumentos	14
2.5.3 Procedimento de recolha de dados	16
2.5.4 Procedimento de análise de dados.....	16
3. Apresentação de resultados	17
3.1 Estatística descritiva e diferenças entre sexos	17
3.2 Análise de correlações	20
3.3 Análise de preditores de sintomatologia de perturbação alimentar	24
4. Discussão dos resultados	26
4.1 Contributos para a investigação, limitações e direções futuras	35
4.2 Conclusões	37
Referências Bibliográficas	39

Anexos

Anexo A – Protocolo feminino

Anexo B – Pedido de autorização às escolas

Anexo C – Pedido de autorização aos encarregados de educação

Índice de Quadros

Quadro 1. Estatística descritiva e diferenças entre sexos.....	18
Quadro 2. Correlações entre as variáveis em estudos nos participantes do sexo masculino.....	21
Quadro 3. Correlações entre as variáveis em estudos nos participantes do sexo masculino.....	23
Quadro 4. Resumo da análise de regressão múltipla hierárquica para as variáveis preditoras de sintomatologia de perturbação alimentar nos participantes do sexo masculino.....	25
Quadro 5. Resumo da análise de regressão múltipla hierárquica para as variáveis preditoras de sintomatologia de perturbação alimentar nos participantes do sexo feminino.....	26

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa concetual	13
---------------------------------------	----

I – Enquadramento Teórico

1. Perturbações alimentares, um nicho ecológico

As perturbações alimentares (PA) devem ser entendidas como perturbações que refletem a confluência entre psicologia individual, determinantes biológicos e fatores socioculturais (Bouça & Sampaio, 2002). Neste sentido é fundamental enquadrar as mesmas no modelo ecossistémico de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979), como salientado por Francisco (2010).

O nicho ecológico das PA tem vindo a ser delineado e a investigação tem recaído sobre os diversos níveis concêntricos. Nomeadamente, e a título de exemplo, têm sido estudados fatores como a pressão sociocultural para a magreza ao nível macrossistémico (Vince & Walker, 2008) e, ao nível microssistémico, fatores como dinâmica e ambiente familiar (Benninnghoven, Schneider, Strack et al., 2003), suporte social (Francisco, 2010) ou comparação social (Troop, Allan, Treasure, & Katzman, 2003). Ao nível individual, têm sido relacionadas com as PA fatores de vulnerabilidade como sexo, IMC (índice de massa corporal), insatisfação com a imagem corporal, perfeccionismo, autoestima (Francisco, 2010), atividade serotoninérgica alterada (Barbarich, Kaye, & Jimerson, 2003) e ainda a ansiedade e/ou depressão (Vince & Walker, 2008). Por fim, a adolescência deverá constituir o transversal cronossistémico, uma vez que abrange o período em que mais comumente se iniciam e desenvolvem estas perturbações (e.g., Dunker & Philippi, 2003; Francisco, 2010).

Importaria incluir todos os fatores conhecidos para uma visão complexa (Morin, 1998) dos meandros das PA o que, compreensivelmente, não terá lugar na presente revisão teórica. Proceder-se-á, somente, à apresentação das variáveis investigadas: perfeccionismo, ansiedade e depressão, fatores de risco individuais para o desenvolvimento destas perturbações.

2. Uma alusão breve aos fatores de risco das perturbações alimentares

Os fatores de risco referem-se às condições antecedentes que estão associadas a uma maior probabilidade de se desenvolverem determinadas situações adversas, indesejáveis e patológicas (Francisco, 2010).

A presente investigação incide em alguns fatores (de risco) individuais para o desenvolvimento de PA na adolescência, nomeadamente no perfeccionismo e sintomatologia depressiva-ansiosa, sendo que o enfoque incidirá sobretudo no primeiro. É, todavia, necessário atentar em outros, que servirão de variáveis de controlo, e que aqui serão referidos sucintamente, uma vez que a sua relação com as PA já se encontra bem descrita na literatura. Devem, pois, ser referidos o IMC, os comportamentos de dieta e o sexo.

Com o surgimento da puberdade, ocorrem mudanças várias, entre estas o aumento de peso e de gordura corporal. A puberdade é, por vezes, referida como fator de risco para o desenvolvimento de PA (e.g., Killen et al., 1994) mas, mais frequentemente, é apontado o IMC, quando elevado. Quanto mais elevado é o IMC e a percentagem de massa gorda, maior é o risco de desenvolvimento de comportamento alimentar perturbado em raparigas e rapazes (e.g., Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez, & Arija, 2009), pelo que é apontado como preditor dos mesmos em adolescentes (Ferreiro, Seone, & Senra, 2011). Alguns estudos, no entanto, não verificam esta relação de predição na população adolescente (Canpolat, Orsel, Akdmir, & Ozbay, 2005; Bento, Saraiva, Pereira et al., 2011), o que pode ligar-se à evidência de a perceção de excesso de peso parecer mais importante para o desenvolvimento de comportamentos alimentares desadequados do que o IMC (Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001).

Quer se verifique devido ao excesso de peso, quer à perceção do mesmo, o comportamento de dieta¹, apesar de frequente (Patton, 1988), é apontado como fator de risco para o desenvolvimento de PA em ambos os sexos na adolescência (e.g., Ikeda, 2001). O risco, porém, parece ser maior nas raparigas que efetuam dieta, mesmo quando apresentam peso normal (e.g., Dae, Robinson, Lawson et al., 2002), talvez porque o corpo ocupa uma dimensão central na avaliação das mulheres de si próprias nas culturas ocidentais (Stice, Hayhard, Cameron et al., 2000). Deve referir-se ainda que é na adolescência que surgem as primeiras diferenças na ingestão e seleção de alimento: os rapazes ingerem mais calorias que as raparigas, talvez por elas experienciarem maior insatisfação com o corpo que eles (Rolls, Fedoroff, & Guthrie, 1991), por se aperceberem mais do excesso de peso (Vaughan & Halpern, 2010) ou por perseguirem ideais de imagem corporal diferentes, o que motiva as raparigas para a magreza e os rapazes para a muscularidade (Davis, Karvinen, & McCreary 2005). Assim sendo, no

¹ Por dieta entende-se a restrição alimentar.

espectro do comportamento alimentar perturbado, as raparigas apresentam mais comportamentos de dieta (Vaughan & Halpern, 2010) e os rapazes mais excesso de exercício físico (Lewinsohn, Seeley, Moerck, & Striegel-Moore, 2002).

Neste trabalho é adotada uma conceptualização das perturbações alimentares num contínuo, como defendido por alguns autores (Garner, Olmstead, & Garfinkel, 1983; Francisco, 2010), que integra diversas manifestações de comportamento alimentar perturbado e em que apenas num dos extremos encontramos as PA anorexia nervosa e bulimia nervosa, nomeadamente. Não surpreendentemente, atentando aos dados apresentados acima, a prevalência de PA é maior nas raparigas (e.g., Rolls et al., 1991; Hautala et al., 2007). É igualmente mais elevada no grupo etário dos 15-18 anos do que no dos 12-14 anos (Goñi & Rodríguez, 2007), tendo início comumente cerca dos 16 anos de idade (Wade & Lowes, 2002).

3. Perfeccionismo: Conceito em (des)construção

As formulações iniciais acerca do perfeccionismo são psicodinâmicas e equacionam-no como uma componente neurótica da personalidade associada a um Superego severo (e.g. Adler, 1956, citado por Vilaça, 2005).

Hamachek (1978) diferencia perfeccionismo normal de neurótico que, apesar da sobreposição parcial de sintomas, se distinguem na intensidade e duração, superiores nos casos de perfeccionismo neurótico. Considera que perfeccionistas ditos normais sentem grande satisfação pelos esforços exacerbados que efetuam, mas que admitem a imperfeição em determinadas situações. Pelo contrário, os perfeccionistas neuróticos exigem de si um nível de desempenho inatingível, experienciam os seus esforços como insatisfatórios e são incapazes de reduzir os seus padrões.

Burns (1980) alega que o perfeccionismo se demonstra em indivíduos que adotam padrões de tal forma elevados que o seu estilo de vida se move num esforço excessivo, perseverante e compulsivo para cumprir os seus objetivos, dificilmente atingíveis, e que consideram ser dignos de mérito apenas pelos seus feitos ou sobreprodução. Nota, pois, que estes indivíduos se regem por um estilo de pensamento dicotómico (e.g., “sou um falhado porque tive 19 [e não um 20]”) que leva a que tenham erro e que reajam excessivamente ao erro. Tais características, aliás, são apontadas por Garner, Olmstead e Polivy (1983) que associam ao perfeccionismo um pensamento dicotómico e expectativas excessivas sobre um desempenho superior.

Pacht (1984), combinando a visão de Hamachek e de Burns, acrescenta que os padrões elevados não são, por si só, problemáticos para o indivíduo. É a tentativa de atingirem objetivos impossíveis, aliada a uma valorização pessoal dependente apenas do sucesso, que leva estes indivíduos a “derrotarem-se” a si mesmos, condenando-se a uma vida entre a infelicidade e a psicopatologia.

Apesar de Hollender ter já, em 1965, defendido que um perfeccionista se caracteriza pela exigência, imposta a si e aos outros, de alcançar um nível de desempenho além do que é normalmente requerido, e adicionando, assim, uma dimensão interpessoal ao construto, a visão multidimensional irrompe com a criação da “*Multidimensional Perfectionism Scale*” (MPS-F) de Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990). Os autores definem perfeccionismo como o desejo de alcançar padrões elevados de desempenho, acompanhado por avaliações pessoais críticas, excessivas e severas em relação ao mesmo. A MPS-F é constituída por cinco escalas: “preocupação com erros”, “padrões pessoais”, “expectativas parentais”, “crítica parental”, “dúvidas acerca de ações” e “organização”.

Hewitt e Flett (1991a; 1991b; 1991c; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991), com a criação de uma escala multidimensional de perfeccionismo com designação igual à anterior (MPS-H), consideram que o perfeccionismo subentende tanto componentes de índole pessoal quanto social e que ambas são relevantes para o desajustamento. A sua escala compõe-se de três dimensões: “perfeccionismo auto-orientado” (PAO), semelhante a descrições das anteriores; “perfeccionismo orientado para os outros” (POO), que remete para as crenças e as expectativas acerca das competências dos outros; e “perfeccionismo socialmente prescrito” (PSP), que pressupõe a percepção da necessidade de lograr padrões irrealistas prescritos por outros significativos que avaliam rigorosamente o indivíduo e que exercem pressão para que seja perfeito.

Frost, Heimberg, Holt, Mattia e Neubauer (1993) avaliaram a relação entre as duas MPS e, da análise fatorial, emergiram dois fatores de 1ª ordem: “preocupações não adaptativas” e “motivação positiva”. A primeira inclui itens das subescalas de “preocupação com erros”, “crítica parental”, “expectativas parentais”, “dúvidas acerca de ações” e de PSP. O segundo fator remete para itens das subescalas de “padrões pessoais”, “organização”, POO e PAO. O seu estudo sugere ainda que as escalas mais relacionadas com patologia são “preocupação com erros” e PSP. Também Hewitt e Flett (1991a) informam que, quanto maior é a elevação de PSP, mais severa é a

psicopatologia associada, e que este é mais elevado nas mulheres. Pode, pois, assumir-se que os indivíduos perfeccionistas [disfuncionais] são inundados por intensos sentimentos de escrutínio, dúvida e crítica de si e pela possibilidade de criticismo dos outros (Blatt, 1995). Em consonância, Stoeber e Otto (2006) vêm afirmar que as motivações perfeccionistas autoimpostas são positivas se os perfeccionistas não se encontrarem excessivamente preocupados com a possibilidade de errar e de receber avaliações negativas por parte dos outros.

É de salientar ainda um outro conceito, que evidencia uma componente social de perfeccionismo, que corresponde ao estilo de apresentação perfeccionista e está relacionado com a necessidade de promover a perfeição de si ou o desejo de esconder a imperfeição que envolve a regulação da autoestima no contexto interpessoal (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995; Hewitt, Flett, Sherry et al., 2003).

Apesar de a tendência atual ser a de considerar o perfeccionismo como construto multidimensional, esta conceptualização sofre algumas críticas. Shafran, Cooper e Fairburn (2003) desenvolveram um modelo unidimensional de perfeccionismo clínico, a que associam o aumento do risco de psicopatologia, caracterizado pela tentativa autoimposta de atingir padrões elevados. Estes autores e outros (e.g., Stoeber, Stoeber, & Sheffield, 2009) consideram que o indivíduo pode possuir apenas uma área de avaliação de si mesmo perfeccionista (e.g. aparência). Flett e Hewitt (2002), pelo contrário, assumem que o perfeccionismo não adaptativo é generalizado a todos os aspetos do *self*, mesmo que o perfeccionismo adaptativo possa circunscrever-se a uma ou duas áreas de vida. Tal discussão continua a impulsionar a pesquisa na área.

Em suma, historicamente tem predominado uma visão dimensional do construto, suportada por evidências convergentes entre amostras, medidas e procedimentos (Broman-Fulks, Hill, & Green, 2008), ainda que se constate algum desacordo na caracterização das suas componentes (e.g., Burns, 1980; Stoeber & Otto, 2006; Frost et al., 1990; Purdon, Anthony, & Swinson, 1999; Hewitt & Flett, 1991b; 1991c). À visão dimensional, que implica que os indivíduos variem no grau de perfeccionismo e não no tipo, opõe-se a visão categorial, que possui menos evidências (Broman-Fulks, Hill, & Green, 2008) e que normalmente opõe perfeccionismo normal, adaptativo ou positivo, ao tipo neurótico, não adaptativo, patológico, disfuncional ou negativo (e.g., Hamachek, 1978; Hollender, 1978; Burns, 1980), ou que o assume como doente à partida (e.g., Pacht, 1984; Shafran et al., 2003).

Optou-se pela conceptualização multidimensional do construto por se considerar pertinente a observação das vertentes social e autoimpostas. De seguida analisaremos sucintamente a origem interpessoal do traço perfeccionista nos indivíduos e algumas das suas repercussões na adolescência e juventude.

4. Pais, ambiente, indivíduo e perfeccionismo construído

Flett, Hewitt, Oliver e MacDonald (2002), que elaboraram um modelo preliminar do desenvolvimento do perfeccionismo, teorizam a existência de pelo menos três categorias de fatores que exercem pressões perfeccionistas sobre o indivíduo: fatores parentais, pressões ambientais e fatores originados no *self*, sucintamente apresentados de seguida.

Vários outros autores haviam já ligado as origens do perfeccionismo à natureza das relações pais-filhos (e.g., Rice, Ashby & Preusser, 1996; Pacht, 1984; Burns, 1980), associando-o frequentemente a ambientes familiares em que o amor e aprovação são condicionais ao desempenho. Flett et al. (2002) vêm explicitar, teoricamente, que o perfeccionismo tem mais probabilidade de desenvolver-se quando as crianças são expostas a um estilo parental autoritário, a um ambiente emocional que enfatiza as consequências negativas de cometer erros, quando os pais empregam comportamentos específicos para promover o perfeccionismo e quando expressam objetivos e padrões perfeccionistas. Poder-se-ia acrescentar aos fatores anteriores a falta de coesão familiar (Steiger et al., 1990) e o emaranhamento familiar (Craddock, Church, & Sands, 2009), que se revelaram [empiricamente] pertinentes para o desenvolvimento do perfeccionismo. Deve ainda ser equacionada a possibilidade de transmissão intergeracional do perfeccionismo entre progenitor e indivíduo do mesmo sexo (cf. Vieth & Trull, 2000; Frost et al., 1990).

Relativamente aos fatores ambientais, Flett et al. (2002) afirmam a existência de maior pressão para a perfeição em culturas individualistas e apontam igualmente a importância hipotética de fatores como um ambiente escolar competitivo ou um ambiente laboral exigente para a promoção do perfeccionismo. Salientam, por fim, o papel vital das interações com os pares no desenvolvimento e manutenção do perfeccionismo, nomeadamente, ao nível do cumprimento de expectativas e padrões e da obtenção de aprovação social.

Por último, os autores do modelo preliminar incluem o temperamento amedrontado e o estilo de vinculação inseguro nos fatores da criança. Salientam que o desenvolvimento de perfeccionismo implica que criança traduza ativamente as pressões externas, ambientais e parentais, através ou da internalização de tais exigências em pressões no *self* (i.e., PAO), ou da externalização das exigências sob forma de pressão dos outros (i.e., PSP).

Apesar de terem sido referidos fatores com enfoque mais direto na infância e de esta ser considerada uma fase crucial para o desenvolvimento de perfeccionismo, Blatt (1995) reconhece que a adolescência constitui um período particularmente propenso ao mesmo, uma vez que se verifica um aumento da conscienciosidade e da internalização dos padrões sociais e expectativas de desempenho (Flett, Hewitt, & Heisel, 2002).

O perfeccionismo não parece apresentar diferenças entre sexos dignas de nota (O’Conner, Dixon, & Rasmussen, 2009; Spangler & Burns, 1999; Hewitt & Flett, 1991b; Rice, Leever, Noggle, & Lapsley, 2007) mas repercute-se, nos dois sexos, em diferenças no estilo de vida adotado (Stoltz & Ashby, 2007) e na vulnerabilidade para a psicopatologia (Pacht, 1984; Burns, 1980), como depressão, ansiedade e PA (Frost et al., 1990), tópico que abordaremos em seguida.

5. (Apontamento) acerca da depressão e da ansiedade em rapazes e raparigas adolescentes

Na adolescência, e não na infância, segundo Nolen-Hoeksema Girgus (1994), é tido que as raparigas apresentam mais sintomas depressivos do que os rapazes (Hankin, Roberts, & Gotlib, 1997; Matos, Barret, Dadds, & Shortt, 2003; Botticello, 2009; Derdikman-Eiron, Indredavik, Bratberg et al., 2011; Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa, 2010; Vaughan & Halpern, 2010), bem como ansiosos (Matos et al., 2003; Jose & Ratcliffe, 2004; Ruth et al., 2011), apesar de nem sempre se referirem diferenças em relação à ansiedade (Hankin et al., 1997; Hankin, 2009).

Tais diferenças entre sexos dever-se-ão a fatores afetivos, biológicos e cognitivos (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008). Visto que a ansiedade prediz a depressão mais nas raparigas que nos rapazes (Chaplin, Gillham, & Seligman, 2009) e que a puberdade desperta mais ansiedade nas raparigas do que nos rapazes (Blumenthal et al. 2011), justifica-se que estas apresentem mais sintomas depressivos. Tal deve-se à experiência de mais desafios desenvolvimentais (Petersen, Sarigani, & Kennedy, 1991),

relacionados com a autoestima, a imagem corporal negativa (Algood-Merten, Lewinsohn, & Hops, 1990), a insatisfação com o peso, o desenvolvimento de um corpo maduro e a identificação com o papel feminino (Wichstrom, 1999).

6. Relação do perfeccionismo com a depressão e ansiedade

Da relação entre perfeccionismo e depressão crê-se que este primeiro pode consistir um fator predisponente, precipitante e de manutenção da depressão (e.g., Hewitt & Flett, 1991b, 1991c; Kawamura, Hunt, Frost, & DiBartolo, 2001; Rice, Ashby & Slaney, 1998). O traço tem sido associado à depressão, quer quando conceptualizado como dimensional - nível de perfeccionismo - (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991b; 1991c; 1993; Hewitt et al., 1995; Hamachek, 1978), quer quando concebido categorialmente - perfeccionismo não adaptativo - (Rice et al., 1998; Ashby, Rice & Martin, 2006; Grzegorek, Slaney, Franze, & Rice, 2004; Frost et al., 1993). Todavia, outros estudos não mostraram a existência desta relação, o que pode significar, igualmente, que a relação não seja direta e sim mediada por outras variáveis (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995). Acresce, ainda, que diferentes dimensões de perfeccionismo podem relacionar-se diferentemente com a depressão (Frost et al. 1990; 1993), como PAO e PSP (MPS-H, e.g., Sherry, Hewitt, Flett, & Harvey, 2003; Flett, Hewitt, Blankstein, & Mosher, 1995; Hewitt & Flett, 1991c), sendo que PSP apresentou uma relação mais direta (Hewitt & Flett, 1991b; Hewitt, Flett, & Ediger, 1996; Conner & Conner, 2003) mesmo longitudinalmente (Hewitt et al., 1996). Contrariamente, e apesar de inicialmente o PAO e o PSP predizerem ambos o aumento da depressão, apenas o PAO, em interação com acontecimentos de vida stressantes, se revelou preditor da depressão três meses mais tarde no estudo longitudinal de Flett et al. (1995). Os autores explicam que tal pode dever-se ao facto de os acontecimentos negativos representarem um falhanço na manutenção de controlo sobre resultados negativos, tendo o PAO sido associado a um grande desejo de controlo. Noutra estudo dos mesmos autores o PSP foi também preditor da depressão quando em interação com *stress* interpessoal e *stress* relacionado com o desempenho (Hewitt & Flett, 2003). Tais associações devem ser enquadradas na hipótese do modelo de diátese-stress, segundo o qual os perfeccionistas expostos a acontecimentos de vida stressantes são vulneráveis aos sintomas de depressão (Flett et al., 1995). Apesar de esta nem sempre ser suportada, Flett e Hewitt (2002) afirmam existir já evidências suficientes que comprovam que

dimensões supostamente adaptativas de perfeccionismo, i.e. PAO, podem ligar-se à disforia quando combinadas com acontecimentos de vida negativos (Flett et al., 1995; Hewitt & Flett, 1993; Hewitt et al., 1996; Joiner & Schmidt, 1995).

De igual modo, o perfeccionismo tem sido associado ao aumento de *stress* (DiBartolo et al., 2007), a níveis elevados de ansiedade-estado ou traço (Pacht, 1984) e à ansiedade em amostras de pacientes psiquiátricos (Hewitt & Flett, 1991b; 1991c), bem como as suas dimensões: é o caso da associação entre ansiedade e subescala de “padrões elevados” (APS-R², Rice, Leever, Christopher, & Porter, 2006), ou PAO e PSP (MPS-H) em estudantes e em pacientes psiquiátricos (Hewitt & Flett, 1991b; 1991c).

Minarik e Ahrens (1996) afirmaram que o perfeccionismo se associa mais fortemente à sintomatologia depressiva do que à ansiosa, apesar de estas serem frequentemente encontradas e pesquisadas em conjunto (Flett et al., 2002) também na adolescência (González, Cueto, & Fernández, 2007). Kawamura, Hunt, Frost e DiBartolo (2001) encontraram indícios da existência de um aspeto do perfeccionismo relacionado com a ansiedade que é independente da depressão e um aspeto separado de perfeccionismo relacionado com a depressão independente da ansiedade. do mesmo modo, Hankin et al. (1997) afirmaram que PAO se associa mais à depressão e PSP mais à Ansiedade.

7. As perturbações alimentares na porta de saída: um “somatório” de interdependências

O perfeccionismo é das razões mais comuns apontadas pelas pacientes com anorexia nervosa (AN) para desenvolver a doença, segundo o estudo qualitativo de Nilsson, Abrahamsson, Torbionsson e Hägglöf (2007). O traço de personalidade perfeccionista é, pois, normalmente assumido como fator de risco para o desenvolvimento de PA (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost et al., 2007; Hewitt et al., 1995) como a AN (Kaye, Bulik, Thornton et al., 2004) e a bulimia nervosa (BN) (Bardone-Cone, Maldonado, Crosby et al., 2008; Lilenfeld et al., 2000; Garner et al., 1983), e afirmado que pode predispor, precipitar ou prolongar estas perturbações (Sherry, Hewitt, Besser, et al., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2009; Nilsson, Sundbom &

² *Almost Perfect Scale Revised* (Slaney, Mobley, Trippi, Ashby, & Johnson, 1996).

Hägglöf, 2008; Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1994; Soares, Macedo, Azevedo et al., 2006).

Na investigação de Bastiani et al. (1994) foi demonstrado que as pacientes com AN experienciam o seu perfeccionismo como autoimposto e não como resposta às expectativas dos outros, apesar de normalmente também apresentarem a escala de PSP (MPS-H) elevada (Cockell, Hewitt, Seal, et al., 2002). PAO, neste contexto, surge igualmente relacionado com a insatisfação corporal, a motivação para a magreza, o sentido de ineficácia e a dieta (Ashby, Kottman, & Shoen, 1998; Hewitt et al., 1995).

Estes estudos são normalmente levados a cabo com amostras femininas, mas também nos homens o perfeccionismo tem sido apontado como preditor de comportamentos disfuncionais com intuito de modelar a aparência (Davis, Karvinen & McCreary 2005).

Muitos estudos têm demonstrado consistentemente, em população não clínica, a associação entre perfeccionismo e comportamento alimentar perturbado (Minarik & Ahrens, 1996; Frost et al. 1990; Hewitt et al., 1995). O perfeccionismo parece, então, constituir um fator de risco para o desenvolvimento de PA ao longo de um contínuo, em que apenas num dos extremos temos a AN e a BN (Tyrka et al., 2002, cit. por Macedo et al., 2006), apesar de alguns estudos não encontrarem tal correlação nestas populações (e.g., Gustafsson, Edlund, Kjellin, & Norring, 2009).

Bento, Pereira, Maia et al. (2010), num estudo com adolescentes portugueses, concluem que níveis elevados de perfeccionismo estão associados ao comportamento alimentar perturbado. A pontuação total da CAPS³, PAO e PSP surgiram positiva e significativamente associados à pontuação total do EAT⁴ em ambos os sexos.

Macedo et al. (2006), num estudo longitudinal com amostra de estudantes universitários portugueses, encontraram, em ambos os sexos, associação entre a pontuação total do MPS-H e a do EAT e a todas as dimensões deste. Em raparigas PAO e PSP foram associados à pontuação total do EAT e em rapazes apenas PSP previu a pontuação total do EAT.

No que diz respeito ao papel conhecido das perturbações de internalização nas PA, diversos estudos têm apresentado a existência de comorbilidade entre perturbações da ansiedade e/ou depressão e as PA (e.g., Halmi, Eckert, Marchi, et al., 1991; Steiger et

³ *Child-Adolescent Perfectionism Scale* (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson & Munro, 1992).

⁴ *Eating Attitudes Test* (Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982).

al., 1990) e tal relação é igualmente verificada entre adolescentes (Salbach-Andrae et al., 1995) sem diferenças entre sexos (Eliot & Baker, 2001).

Em estudos com amostras não clínicas, verificam-se relações semelhantes. Canals, Josepa, Carbajo e Gentzane (1996) apontam o nível de ansiedade elevada como um preditor importante da sintomatologia de PA, sobretudo para as raparigas, indicando que as perturbações de ansiedade podem constituir, assim, um fator de risco para o desenvolvimento destas doenças (e.g., Kaye et al. 2004). A depressão é igualmente apontada como fator de risco para o desenvolvimento de PA na adolescência no estudo de Johnson, Cohen, Kotler et al., (2002).

Não deve deixar de ser referido que, para as perturbações de internalização na adolescência, podem igualmente contribuir algumas das outras variáveis descritas. À relação com o perfeccionismo deve acrescentar-se que o IMC é, de igual modo, capaz de prever a depressão (Ferreiro et al., 2011) e que foi associado à ansiedade (Crocker, Sabiston, Forrester, Kowalski, Kowalski, & McDonough, 2003) e a sintomas depressivos e ansiosos nas raparigas (Babio et al., 2009). De forma idêntica, os comportamentos de dieta foram relacionados com níveis elevados de depressão (Ikeda, 2001) e ansiedade (Ikeda, 2001; Pocinho, 2000). É aliás salientado que os adolescentes que realizam dieta devido a depressão ou perceção de excesso de peso se encontram em grande risco de desenvolver PA (Isomaa, Isomaa, Marttunen, et al., 2010).

II - Processo Metodológico

1. Enquadramento metodológico

A presente investigação remete para uma metafísica pós-positivista, paradigma usado como alicerce científico mais adequado à análise do objeto em estudo. O paradigma pós-positivista, de acordo com Guba e Lincoln (1994), inscreve-se na visão ontológica relacionada com o Realismo Crítico de Cook e Campbell (1979, cit. por Guba & Lincoln, 1994). Considera, pois, a existência de uma realidade real que é apenas passível de apreensão de modo imperfeito, quer pela natureza complexa do fenómeno observado, quer devido às falhas inerentes aos mecanismos intelectuais humanos. A investigação assume, por fim, uma posição epistemológica não dualista, mas objetiva, i.e., crê-se que os resultados obtidos são provavelmente verdadeiros, embora reflitam a mera aproximação à realidade.

2. Desenho da investigação

A investigação presente enquadra-se no Estudo do Risco de Desenvolvimento de Perturbações Alimentares em Adolescentes, a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, em parceria internacional com a Faculdade de Psicologia da Universidade Autónoma de Barcelona. Este projeto tem como objetivo geral a compreensão do contributo de fatores individuais, familiares e socioculturais para o desenvolvimento de PA em adolescentes, com o fim último de implementação de programas preventivos de problemas relacionados com o peso e a alimentação, em escolas de Terceiro Ciclo do Ensino Básico e de Ensino Secundário.

2.1. Questão inicial

Considerando que o perfeccionismo tem sido acreditado como fator de risco e de manutenção de comportamentos alimentares perturbados na adolescência (Minarik & Ahrens, 1996; Hewit, Flett & Ediger, 1995; Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002), bem como de depressão e perturbação de ansiedade (Egan, Wade & Shafran, 2011), como foi atrás referido, foram colocadas as seguintes questões:

De que modo se relaciona o perfeccionismo com a sintomatologia de perturbação alimentar na adolescência? Como se associa o perfeccionismo com a sintomatologia depressiva e ansiosa neste período? Que relações podem ser identificadas entre perfeccionismo, sintomatologia depressiva-ansiosa e sintomatologia de perturbação alimentar na adolescência?

2.2. Objetivos gerais

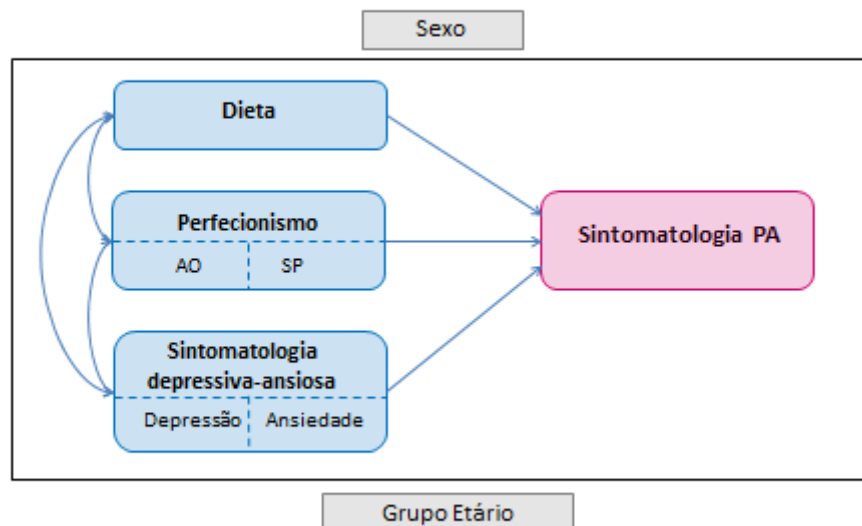
De forma a responder às questões inicialmente colocadas, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- a) Investigar a existência de agrupamentos de itens distintos na subescala de perfeccionismo do EDI2, i.e. de PAO e PSP;
- b) Pesquisar a existência de comportamentos atuais de dieta em adolescentes escolarizados;
- c) Examinar a existência de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa atual nestes jovens;
- d) Pesquisar a existência de sintomatologia de PA atual nestes jovens;

- e) Analisar possíveis diferenças nos dois sexos relativamente às variáveis estudadas;
- f) Observar possíveis diferenças entre as variáveis estudadas entre grupos etários (12-14 e 15-18 anos);
- g) Investigar o efeito preditor do comportamento de dieta, do perfeccionismo (e respectivas valências auto-orientada e socialmente prescrita) e da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa na sintomatologia de PA, em ambos os sexos.

2.3. Mapa conceptual

Figura 1.



2.4. Questões de investigação

- 1) É possível distinguir PAO de PSP na escala de perfeccionismo do EDI2?
- 2) Que diferenças existem entre adolescentes de diferentes sexos e grupos etários relativamente a comportamento de dieta atual, perfeccionismo e suas dimensões auto-orientada e socialmente prescrita, sintomatologia depressiva-ansiosa e sintomatologia de PA atual
- 3) Desempenharão o comportamento de dieta atual, o perfeccionismo e suas dimensões, e a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, uma função preditora da sintomatologia de PA em adolescentes? Que diferenças existem entre adolescentes de diferentes sexos?

2.5. Estratégia metodológica

2.5.1 Seleção da amostra e caracterização

Participaram no estudo 531 adolescentes, estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico e de Ensino Secundário de cinco escolas da zona da Grande Lisboa, sendo 49,2% do sexo masculino e 50,8% do sexo feminino. Os participantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, foram agrupados em duas faixas etárias, 12-14 (43,5%) e 15-18 anos (56,5%). Quanto ao nível socioeconómico das famílias destes jovens, 48,2% usufruem de um nível socioeconómico médio alto, 32,3% de um nível médio e 16,9% de um nível baixo. Relativamente à situação familiar, 69,2% é proveniente de família nuclear intacta, 16,4% de família monoparental, 6,6% de família reconstruída, 5,9% de família transgeracional e 1,9% de outras tipologias familiares.

2.5.2 Instrumentos⁵⁶

Questionário de Dados Pessoais e Sociodemográficos

Este questionário tem como objetivo recolher dados pessoais e sociodemográficos dos participantes, nomeadamente: sexo, idade, nacionalidade, ano de escolaridade, peso, altura, com quem vive, profissão e nível de escolaridade dos pais, idade da menarca (raparigas) ou da mudança de voz (rapazes) e realização de dieta no momento atual.

Subescala de perfeccionismo do *Eating Disorder Inventory 2* (EDI2, Garner, Olmstead, & Polivy, 1984)

O inventário a que pertence a subescala utilizada é constituído por 91 itens agrupados em 11 subescalas – “tendência para emagrecer”; “bulimia”; “insatisfação corporal”; “ineficácia”; “perfeccionismo”; “desconfiança interpessoal”; “consciência interoceptiva”; “medo da maturidade”; “ascetismo”; “regulação dos impulsos”; e “medos sociais”. Pretende avaliar atitudes e/ou comportamentos relacionados com a

⁵ Os instrumentos que aqui se indicam incluíram-se num protocolo constituído, em adição, pelos inventários SCOFF (Morgan, Reid, & Lacey, 1999, versão portuguesa de Francisco, Oliveira, Santos & Novo, 2011), subescala de Impulsividade do EDI-2 (Garner, Olmstead, & Polivy, 1984, versão portuguesa de Pocinho, 2000), CITA (Raich et al., 2000, versão portuguesa de Francisco et al., 2011b), Questionário de Autoestima Global (Rosenberg, 1965, versão portuguesa de Azevedo & Faria, 2004), CDRS (Thompson & Gray, 1995, versão portuguesa de Francisco, Narciso, & Alarcão, in press), SATAQ (Heinberg et al., 1995, versão portuguesa de Francisco et al., 2011c), Questionário Sobre Hábitos e Estilo de Vida (adaptado do Health Behavior in School-Aged Children, OMS, 2010).

⁶ O protocolo completo (parcialmente rasurado) encontra-se no ANEXO A.

alimentação e forma corporal e os traços psicopatológicos fundamentais comuns às PA anorexia e bulimia. Foi usada a subescala de “perfeccionismo” (EDI-P), medida global do traço, da adaptação portuguesa do EDI2 de Pocinho (2000). O valor da consistência interna desta subescala no estudo presente é de .69, superior ao valor da versão portuguesa utilizada ($\alpha = .63$). De acordo com Enns e Cox (2002), o EDI-P pode ser utilizado como medida breve de perfeccionismo no contexto de avaliação das PA, uma vez que raramente foi utilizado fora deste.

A revisão de literatura indica, no entanto, a pertinência da distinção entre as componentes intra e interpessoal do mesmo, pelo que se optou por fazer corresponder os itens 1,2 e 4 a PSP e os restantes a PAO, como aliás já realizado em investigações anteriores (Joiner & Schmidt, 1995; Sherry et al., 2003). A consistência interna de PSP encontrada ($\alpha = .55$) foi inferior à de PAO ($\alpha = .64$). Tal procedimento já foi efetuado anteriormente por Joiner e Schmidt (1995), que notam que os itens da EDI-P são congruentes com as dimensões de PAO e PSP de Hewitt e Flett e que, na verdade, o modelo a dois fatores é mais adequado e estatisticamente superior ao de um fator. Também Sherry et al. (2003) demonstraram, através de um modelo de equações estruturais, que, para ambos os sexos, PSP e PAO do EDI estão independentemente relacionados com sintomatologia de PA. Alegam que não distinguir os dois tipos de perfeccionismo no EDI pode distorcer ou suprimir informação única.

Eating Attitudes Test (EAT-26, Garner, Olmstead, Bohr, & Garfinkel, 1982)

O EAT-26 constitui a versão abreviada do EAT-40, baseando-se na análise fatorial desta última, tendo sido proposto, na primeira versão, como medida objetiva de sintomatologia de anorexia nervosa (Garner & Garfinkel, 1979). O EAT-26 identifica 3 fatores a partir das respostas obtidas de população clínica. Estes formam as subescalas de “dieta” relacionada com o evitamento de comidas gordas e com a preocupação em ser mais magro; a subescala de “bulimia e preocupação com comida”, associada a pensamentos sobre comida e pensamentos indicadores de bulimia; e a subescala de “controlo oral”, ligada ao autocontrolo na alimentação e à perceção da pressão dos outros para aumentar de peso. Habitualmente, apenas o índice global (somatório dos 26 itens) é utilizado (e.g. Steiger et al., & Gotteil, 1992; Dunker & Philippi, 2003), sendo que o mesmo aconteceu neste estudo. Na presente investigação foi utilizada uma versão portuguesa (Francisco, Oliveira, Santos & Novo, 2011d) cujo índice global de sintomatologia de PA revelou um elevado nível de consistência interna ($\alpha = .91$).

Questionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD, González, Cueto, & Fernández, 2007)

Questionário que avalia a existência de perturbações do tipo ansioso-depressivo, integrando cinco dimensões a que correspondem cinco escalas. A escala de “depressão”, desenhada para identificar sintomatologia nas crianças, adolescentes e jovens adultos, relaciona-se com o humor depressivo ou irritável, insónia ou hipersónia, inutilidade, perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, perda de apetite e pensamento suicida. A escala de “ansiedade” apresenta sintomas psicofisiológicos que lhe estão associados como a tensão muscular e problemas inerente a respiração incorreta, medos, preocupações e pensamentos desagradáveis. A estas acrescentam-se as escalas de “inutilidade”, “irritabilidade” e de “problemas de pensamento”, que para efeitos do trabalho presente não são utilizadas, fazendo-se apenas uso das duas primeiras e da pontuação total do teste, “sintomatologia depressiva-ansiosa”. Os índices de consistência interna encontrados foram bastante elevados, sendo que depressão apresentou $\alpha = .93$, ansiedade $\alpha = .90$ e a sintomatologia depressiva-ansiosa $\alpha = .96$, e ultrapassam os da adaptação portuguesa (depressão $\alpha = .90$, ansiedade $\alpha = .85$; sintomatologia depressiva-ansiosa $\alpha = .94$) de Novo, Lozano, Garcia-Cueto et al. (2006).

2.5.3. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada nas escolas entre Fevereiro e Maio após aprovação do Ministério da Educação, da autorização às escolas⁷ e da autorização aos pais⁸ e do consentimento informado dos participantes. Foi assegurado igualmente assegurado o seu anonimato.

O conjunto de instrumentos foi aplicado, num protocolo único, em regime de auto-administração e o tempo de resposta aproximou-se, em média, dos 40 minutos. A aplicação ocorreu em contexto de sala de aula com presença do investigador e do professor. Dúvidas relacionadas com vocabulário e outras foram esclarecidas.

2.5.4. Procedimento de análise de dados

Recorreu-se ao *Software PASW Statistics* (v. 18.0; SPSS Inc., Chicago, IL) para o procedimento de tratamento de dados.

⁷ O pedido de autorização às escolas encontra-se no ANEXO B.

⁸ O pedido de autorização aos pais encontra-se no ANEXO C.

Inicialmente realizou-se a estatística descritiva relativa à caracterização da amostra, considerando os dados recolhidos no questionário sociodemográfico e as variáveis consideradas relevantes, nomeadamente, *idade*, *IMC*, *perfeccionismo global*, *PSP*, *PAO*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA*. Foi assumida a distribuição normal para as variáveis em estudo por se tratar de uma amostra de dimensão razoável, como previsto por Maroco (2010), tendo-se recorrido ao teste de *t*-student para a análise das diferenças de médias em amostras independentes. No decurso da análise das subamostras reduzidas recorreu-se ao teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney.

Foram então examinadas as significâncias das diferenças nos dois sexos e níveis de escolaridade para as variáveis em estudo. A variável *dieta* (dicotómica) foi avaliada com o teste do Qui-quadrado de independência e as restantes com o teste *t*-student para amostras independentes, tendo sido consideradas estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior a 0.05. Os resultados são apresentados em termos de média e erro-padrão de média.

Foi, de seguida, utilizado o coeficiente de correlação de Bravais-Pearson para analisar as associações entre as variáveis consideradas em cada um dos sexos.

Por fim, a Regressão Múltipla Hierárquica com seleção de variáveis *enter* em cada passo foi utilizada para obter um modelo parcimonioso que permitisse prever a *sintomatologia de PA*. Utilizou-se o *VIF* para despistar multicolinearidade e excluíram-se as variáveis *PSP*, *PAO*, *depressão* e *ansiedade* no sexo masculino e *perfeccionismo global*, *PSP*, *sintomatologia depressiva-ansiosa* e *ansiedade*, no sexo feminino. Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0.05.

3. Apresentação dos Resultados

3.1 Estatística descritiva e diferenças entre sexos

No Quadro 1, apresentam-se os resultados estatísticos descritivos relativos às variáveis *idade*, *IMC*, *perfeccionismo global*, *PSP*, *PAO*, *sintomatologia ansiosa-depressiva*, *depressão*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA* e respetivos desvios-padrão para os participantes do sexo masculino e feminino, separadamente, bem como os resultados do teste de diferenças de médias.

Quadro 1

Estatística descritiva das variáveis em estudo e diferenças de médias (N = 531).

Variáveis	Amplitude	<i>Sexo Masculino</i>		<i>Sexo Feminino</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>(n = 261)</i>		<i>(n = 270)</i>			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade		14.79	1.69	14.91	1.76		
IMC		21.38	3.67	20.99	3.13		
Perfeccionismo	0-18	6.87	3.80	6.61	3.91	0.75	.45
PSP	0-9	4.37	2.35	4.34	2.48	0.15	.88
PAO	0-9	2.48	2.23	2.31	2.22	0.86	.39
D-A	50-250	91.64	24.64	108.33	28.67	-6.58***	.000
Depressão	26-130	48.69	13.53	57.51	15.97	-6.47***	.000
Ansiedade	19-95	34.12	9.99	40.08	10.82	-6.30***	.000
PA	0-78	10.88	9.25	14.84	10.99	-4.34***	.000

Nota: *** $p < .001$; D-A = sintomatologia depressiva-ansiosa; PA = sintomatologia de perturbação alimentar; a **bold** encontram-se sinalizadas as diferenças significativas.

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios de *sintomatologia depressiva-ansiosa* de 91.64 ($SEM = 1.66$) significativamente inferiores aos dos indivíduos do sexo feminino ($M = 108.33$, $SEM = 1.91$). Relativamente à *depressão*, os indivíduos do sexo masculino apresentaram uma média de 48.69 ($SEM = 0.88$) significativamente inferior à do sexo feminino de 57.51 ($SEM = 1.04$). Também no que se refere à *ansiedade* os indivíduos do sexo feminino revelaram uma média de 40.08 ($SEM = 0.69$) significativamente superior à masculina, de 34.12 ($SEM = 0.65$). Por fim, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios de

sintomatologia de PA de 10.88 ($SEM = 0.6$) significativamente inferiores aos do sexo feminino ($M = 14.84$, $SEM = 0.69$). As diferenças de médias para *perfeccionismo global*, *PSP* e *PAO* não se mostraram estatisticamente significativas.

Foi reportado um maior número de casos de dieta em indivíduos do sexo feminino ($n = 61$; 22.84%) comparativamente aos do sexo masculino ($n = 28$; 10.77%) e de acordo com o teste do Qui-quadrado, as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($\chi^2(527) = 13.7$, $p < .001$).

Análise de diferenças em função do grupo etário

Os indivíduos do sexo masculino do grupo etário dos 12-14 anos apresentam IMC médio de 20.5 ($SEM = 0.32$), inferior ao daqueles pertencentes ao grupo etário 15-18 anos, com IMC médio de 22.11 ($SEM = .31$). De acordo com o teste *t*-student, as diferenças observadas são estatisticamente significativas [$t(261) = -3.59$; $p < .001$].

Os indivíduos do sexo feminino do grupo etário dos 12-14 anos apresentam IMC médio de 20.49 ($SEM = 0.28$) inferior ao daqueles pertencentes ao grupo etário 15-18 anos, com IMC médio de 21.35 ($SEM = 0.26$). De acordo com o teste *t*-student, as diferenças observadas são estatisticamente significativas [$t(270) = -2.26$; $p < .05$].

As diferenças de médias entre grupos etários nos dois sexos nas outras variáveis não se revelaram estatisticamente significativas.

Análise de diferenças em função do comportamento de dieta

Na amostra em estudo, 22.6 % das raparigas ($n = 61$) e 10.7 % dos rapazes ($n = 28$) relatam estar a fazer dieta atualmente. Dada a dimensão da amostra de rapazes a fazer dieta ($n < 30$), a análise das diferenças de médias em função do comportamento de dieta foi realizada com recurso ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Entre indivíduos do sexo masculino observaram-se diferenças entre aqueles que reportavam encontrar-se a realizar dieta e os que não o reportavam. Aqueles que realizavam dieta apresentaram *IMC* mais elevado do que aqueles que não realizavam ($U = 5,031.000$, $p < .001$) bem como valores médios de *sintomatologia de PA* mais elevados ($U = 3,901.500$, $p < .01$) e estas diferenças são significativas. Relativamente às restantes variáveis em estudo, não foram encontradas diferenças significativas.

Entre indivíduos do sexo feminino também se observaram diferenças entre aqueles que reportavam encontrar-se a realizar dieta e os que não a efetuavam. Aquelas que realizavam dieta apresentavam *IMC* mais elevado que aquelas que não realizavam ($U = 8,818.500, p < .001$), bem como valores mais elevados de *perfeccionismo global* ($U = 7,138.000, p < .05$), *PAO* ($U = 7,707.500, p < .01$) e de *sintomatologia de PA* ($U = 8,911.500, p < .001$). Em relação às restantes variáveis em estudo, não foram encontradas diferenças significativas.

3.2 Análise das correlações

A análise da força das correlações entre as variáveis em estudo nos dois sexos foi efetuada de acordo com Cohen (1992).

Sexo masculino

As correlações no sexo masculino obtidas a partir do coeficiente de correlação de *Pearson* entre a *idade*, *IMC*, *dieta*, *perfeccionismo global*, *PSP*, *PAO*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA* são apresentados no Quadro 2. Entre as variáveis estudadas, a *idade* correlaciona-se apenas positivamente com o *IMC*, apesar de ser uma correlação muito fraca.

O *IMC*, por sua vez, encontra-se positivamente correlacionado com *dieta* e *sintomatologia depressiva-ansiosa*, apesar de estas serem muito fracas, e negativamente correlacionado com *perfeccionismo global* e *PAO*, correlações estas também muito fracas.

A variável *perfeccionismo global* apresenta correlações positivas muito elevadas com *PSP* e *PAO*, positivas muito fracas com *ansiedade* e *sintomatologia de PA*. *PSP* apresenta correlação positiva fraca com *PAO*. *PAO*, por seu lado, apresenta ainda correlações positivas muito fracas com *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA*.

No que respeita à *sintomatologia depressiva-ansiosa*, esta apresenta correlações muito elevadas com *depressão* e *ansiedade* e uma correlação muito fraca com *sintomatologia de PA*. A *depressão* mostra uma correlação muito elevada com a *ansiedade* e muito fraca com *sintomatologia de PA*. A variável *ansiedade* revela também uma correlação muito fraca com *sintomatologia de PA*.

Quadro 2

Correlações entre as variáveis em estudo nos participantes do sexo masculino (n = 261).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Idade	-									
2. IMC	.287**	-								
3. Dieta	-.105	.239**	-							
4. Perfeccionismo global	-.011	-.179**	-.043	-						
5. Perfeccionismo socialmente prescrito	-.067	-.121	-.002	.839**	-					
6. Perfeccionismo auto-orientado	.056	-.177**	-.068	.819**	.375**	-				
7. Sintomatologia depressiva-ansiosa	-.018	.140*	.028	.127	.057	.147*	-			
8. Depressão	-.047	.087	.013	.116	.057	.113	.965**	-		
9. Ansiedade	-.056	.088	.070	.131*	.073	.137*	.939**	.828**	-	
10. Sintomatologia de perturbação alimentar	-.052	.028	.107	.184**	.082	.163*	.208**	.192**	.196**	-

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.; a **bold** encontram-se sinalizadas as correlações significativas.

Em resumo, relativamente à *sintomatologia de PA*, esta apresenta correlações muito fracas no sexo masculino com *perfeccionismo global*, *PAO*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão* e *ansiedade*.

Sexo feminino

As correlações no sexo feminino obtidas a partir do coeficiente de correlação de *Pearson* entre a *idade*, *IMC*, *dieta*, *perfeccionismo global*, *PSP*, *PAO*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA* são apresentados no Quadro 3.

Tal como no sexo masculino, também no sexo feminino a *idade* se correlaciona positivamente apenas com o *IMC*, sendo igualmente uma correlação muito fraca. O *IMC*, por sua vez, encontra-se positivamente correlacionado com *dieta*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão* e *ansiedade*, sendo correlações muito fracas.

Dieta mostra correlações positivas com *perfeccionismo global* e *PAO* e uma correlação moderada com *sintomatologia de PA*.

A variável *perfeccionismo global* apresenta correlações positivas muito elevadas com *PSP* e *PAO*, positivas muito fracas com *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão* e *ansiedade* e correlação fraca com *sintomatologia de PA*. *PSP* apresenta correlação positiva moderada com *PAO* e correlações positivas muito fracas com *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão*, *ansiedade* e *sintomatologia de PA*. *PAO*, por seu lado, apresenta ainda correlações positivas muito fracas com *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão* e *ansiedade* e correlação fraca com *sintomatologia de PA*.

No que respeita à *sintomatologia depressiva-ansiosa*, esta apresenta correlações muito elevadas com *depressão* e *ansiedade* e uma correlação fraca com *sintomatologia de PA*. A *depressão* mostra uma correlação muito elevada com a *ansiedade* e fraca com *sintomatologia de PA*. A variável *ansiedade* revela também uma correlação fraca com *sintomatologia de PA*.

Por fim, relativamente à *sintomatologia de PA*, em resumo, esta apresenta correlações muito fracas no sexo feminino com o *IMC* e *PSP*, correlações fracas com *perfeccionismo global*, *PAO*, *sintomatologia depressiva-ansiosa*, *depressão* e *ansiedade* e uma correlação moderada com o comportamento de *dieta*.

Quadro 3

Correlações entre as variáveis em estudo nos participantes do sexo feminino ($n = 270$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Idade	-									
2. IMC	.166**	-								
3. Dieta	.114	.298**	-							
4. Perfeccionismo global	-.044	.092	.148*	-						
5. Perfeccionismo socialmente prescrito	-.093	.095	.065	.852**	-					
6. Perfeccionismo auto-orientado	.010	.063	.199**	.809**	.381**	-				
7. Sintomatologia depressiva-ansiosa	-.025	.156*	.034	.228**	.196**	.194**	-			
8. Depressão	-.022	.164*	.040	.208**	.177**	.178**	.972**	-		
9. Ansiedade	-.030	.144*	.050	.246**	.199**	.224**	.940**	.839**	-	
10. Sintomatologia de perturbação Alimentar	-.104	.246**	.451**	.307**	.186**	.336**	.356**	.378**	.319**	-

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.; a **bold** encontram-se sinalizadas as correlações significativas.

3.3 Análise de preditores de sintomatologia de perturbação alimentar

Dadas as diferenças importantes encontradas nas variáveis em estudo entre sexos, quer no que se refere aos resultados médios, quer às correlações entre as variáveis, optou-se por analisar os possíveis preditores de sintomatologia de PA separadamente para o sexo feminino e masculino, através da regressão linear múltipla hierárquica. Em ambos os casos, no primeiro passo foram introduzidas as variáveis consideradas de controlo (idade e IMC) e, num segundo passo, a variável dieta, cuja relação com a sintomatologia de PA se encontra bem descrita na literatura enquanto fator de risco mais evidente (e.g., Ikeda, 2001) e é corroborada pela correlação encontrada no estudo presente. A seleção dos preditores introduzidos no terceiro passo teve em conta os valores dos coeficientes de correlação entre a sintomatologia de PA e as três variáveis relacionadas com o perfeccionismo (perfeccionismo global, PSP e PAO), bem como com as três variáveis relacionadas com a sintomatologia depressiva-ansiosa (sintomatologia depressiva-ansiosa, depressão e ansiedade), encontrados para cada um dos sexos, de forma a evitar situações de multicolinearidade. Assim, para o sexo masculino, relativamente ao perfeccionismo selecionou-se o *perfeccionismo global* e, relativamente à sintomatologia depressiva-ansiosa, selecionou-se o indicador geral da mesma, por apresentarem as correlações mais altas, apesar de muito fracas, com a sintomatologia de PA. Para o sexo feminino, relativamente ao perfeccionismo, selecionou-se o PAO, e relativamente à *sintomatologia depressiva-ansiosa* a *depressão*.

Sexo masculino

Os resultados da regressão linear múltipla hierárquica, que se apresentam resumidos no quadro 4, indicam que nem as variáveis de controlo nem *dieta* constituem preditores significativos em qualquer dos modelos estudados. Apenas com a introdução das últimas variáveis no terceiro modelo é possível explicar parte da variância de *sintomatologia de PA* entre os indivíduos do sexo masculino. O modelo final permitiu pois explicar 10% da variância de *sintomatologia de PA* entre rapazes, para a qual contribuem apenas as variáveis *Perfeccionismo* ($\beta = .21, p < .01$) e *sintomatologia depressiva-ansiosa* ($\beta = .19, p < .01$).

Quadro 4

Resumo da análise de regressão múltipla hierárquica para as variáveis predictoras de PA nos participantes do sexo masculino ($n = 261$)

Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Idade	-0.31	0.43	-0.53	-0.24	0.44	-0.04	-0.3	0.42	-0.05
IMC	0.09	0.2	0.03	0.03	0.2	0.01	0.04	0.2	0.02
Dieta				3.59	2.49	0.11	3.83	2.39	0.11
Perfeccionismo global							0.54	0.18	0.21**
D-A							0.08	0.03	0.19**
R^2		0.00			0.01			0.10	
<i>F</i> for change in R^2		0.57			1.09			4.24**	

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.; D-A = sintomatologia depressiva-ansiosa; **bold** encontram-se sinalizados os resultados significativos.

Sexo feminino

Os resultados que se apresentam no quadro 5 indicam que a *idade* e o *IMC* são preditores significativos de *sintomatologia de PA*, mesmo com a introdução do preditor de *dieta* no Modelo 2. No entanto, ao serem introduzidos o *PAO* e a *depressão* (Modelo 3), o *IMC* perde a sua capacidade preditiva, sendo estes em conjunto com *dieta* que explicam maior quantidade de variância na variável dependente.

Assim, o modelo final permitiu explicar 42% da variância de *sintomatologia de PA* entre as raparigas, para a qual contribuem sobretudo as variáveis *idade* ($\beta = -.17, p < .01$) *dieta* ($\beta = .38, p < .001$), *PAO* ($\beta = .23, p < .001$) e *depressão* ($\beta = .33, p < .001$).

É interessante notar que, se se tivesse optado por introduzir o *perfeccionismo global* ao invés de *PAO*, explicar-se-ia semelhantemente a variância de *sintomatologia de PA*, i.e. 42%. Para o modelo final, neste caso, contribuiriam *idade* ($\beta = -.15, p < .01$) *dieta* ($\beta = .39, p < .001$), *perfeccionismo global* ($\beta = .21, p < .001$) e *depressão* ($\beta = .32, p < .001$).

Quadro 5

Resumo da análise de regressão múltipla hierárquica para as variáveis preditoras de PA nos participantes do sexo feminino (n = 270)

Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>B</i>	<i>SE</i>	β
		<i>B</i>		<i>B</i>			<i>B</i>		
Idade	-1.06	0.42	-0.17*	-1.21	0.38	-0.2**	-1.07	0.34	-0.17**
IMC	01.08	0.23	0.31***	0.6	0.22	0.17**	0.33	0.2	0.09
Dieta				11.14	1.64	0.42***	10.09	1.49	0.38***
PAO							1.13	0.27	0.23***
Depressão							0.22	0.04	0.33***
R^2		0.10			0.26			0.42	
<i>F</i> for change in R^2		12.62***			25.5***			31.5***	

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.; a **bold** encontram-se sinalizados os resultados significativos.

4. Discussão dos resultados

Neste estudo procurou observar-se, entre outros aspetos, as diferenças entre sexos em estudantes adolescentes para algumas das variáveis descritas na literatura como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Analysaram-se adolescentes de ambos os sexos de idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos relativamente ao IMC, comportamento de dieta, perfeccionismo global, perfeccionismo socialmente prescrito, perfeccionismo auto-orientado, sintomatologia depressiva-ansiosa, depressão, ansiedade e sintomatologia de perturbação alimentar.

Entre os inquiridos verificou-se que o comportamento de dieta era comum, como apontado na literatura (e.g., Patton, 1988). No entanto, este foi mais vezes reportado pelas raparigas (22.94% da subamostra) do que pelos rapazes (10.77%), acompanhando

o sentido dos dados de outros estudos (e.g., Vaughan & Halpern, 2010). Tal pode explicar-se, e.g., por maior insatisfação com o corpo (Rolls et al., 1991), maior tendência para a percepção de excesso de peso (Vaughan & Halpern, 2010) ou pela tentativa de atingir o ideal corporal de magreza (Davis et al., 2005) que se encontram mais presentes nas raparigas por comparação com os rapazes. Estes, por oposição, tendem a procurar atingir um ideal corporal de musculosidade (Davis et al., 2005), o que pode motivá-los ao exercício físico excessivo (Lewinsohn et al., 2002), aqui não analisado, mais do que aos comportamentos de dieta, justificando, pelo menos parcialmente, as diferenças encontradas.

Observou-se igualmente que as raparigas apresentam pontuações mais elevadas do que os rapazes nas escalas de sintomatologia depressiva-ansiosa, depressão e ansiedade, reforçando as evidências já acumuladas acerca da maior elevação dos níveis de depressão (e.g., Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Matos et al.; Essau et al., 2010) e de ansiedade (Matos et al., 2003; Jose & Ratcliffe, 2004; Ruth et al., 2011) nas raparigas adolescentes por comparação aos rapazes da mesma idade. Não coincide, no entanto, com os dados de Hankin (1997; 2009), que não encontra diferenças entre sexos no que toca à ansiedade na adolescência. Os resultados elevados nas raparigas podem dever-se a fatores afetivos, biológicos e cognitivos (Hyde et al., 2008), cuja discussão não poderá aqui ter lugar. Importa referir, contudo, que as raparigas experienciam a puberdade como mais ansiogénica que os rapazes (Brumenthal et al. 2011) e que sentem mais desafios no desenvolvimento (Petersen et al., 1991) relacionados com a autoestima imagem corporal negativa (Algood-Merten et al., 1990), identificação com o papel feminino e com a insatisfação com o peso (Wichstrom, 1999). Considerando, em ainda, que a ansiedade constitui um preditor da depressão sobretudo nas raparigas (Chaplin et al., 2009), podemos explicar em parte os resultados encontrados, uma vez que estas demonstraram igualmente níveis de ansiedade mais elevados.

De modo semelhante aos dados encontrados relativamente aos comportamentos de dieta, as raparigas exibiram resultados mais elevados que os rapazes no que toca à sintomatologia de PA, como aliás é relatado diversamente na literatura (e.g., Rolls et al., 1991; Hautala et al., 2007). Tal não é encarado com surpresa, uma vez que as raparigas apresentaram, da mesma forma, comportamentos de dieta mais frequentes e níveis mais elevados de sinais de depressão e ansiedade, fatores de risco para o desenvolvimento de PA. Além disso, o facto de a depressão feminina na adolescência poder dever-se, em particular, a questões concernentes ao peso e imagem corporal (Wichstrom, 1999),

questões presentes também nas PA, pode deter algum poder explicativo. Se considerarmos que as PA e a depressão possuem uma raiz etiológica comum em alguns aspetos, podemos pensar, em parte, um processo de evolução possível da primeira: uma adolescente que deprime devido a questões relacionadas com o corpo, que vê na dieta e/ou comportamento alimentar perturbado a mudança necessária para atingir a imagem desejada (o que constitui um movimento de retroação positivo), continua deprimida, talvez devido ao facto de se encontrar a realizar dieta, ou que, por outro lado, se sente mais satisfeita com a sua nova imagem “magra”, poderá manter a dieta e o comportamento alimentar perturbado (um movimento de retroação negativo), e evoluir para uma PA. Tal raciocínio, apesar de descritivo, é ainda bastante limitativo e não permite conhecer quem são estas pessoas que passam a alimentar-se de retroações negativas num processo complexo e multideterminado.

Em relação às medidas de perfeccionismo não foram encontradas diferenças entre os dois sexos, coincidindo com alguns dados da literatura (O’Conner et al., 2009; Spangler & Burns, 1999; Hewitt & Flett, 1991b), apesar de neste surgirem referências à elevação dos níveis de PSP das mulheres face aos homens (Hewitt & Flett, 1991a). Tal pode implicar que estamos na presença de um traço de personalidade tão recorrente nos homens como nas mulheres, podendo, portanto, constituir um fator de vulnerabilidade geral às PA, i.e., que não é específico apenas nas raparigas. Nesse sentido, importa ser estudado, sobretudo, para expandir o conhecimento no domínio das PA nos rapazes.

Ao compararmos participantes do mesmo sexo, uns que faziam dieta e outros não, verificámos que, quer raparigas quer rapazes da primeira condição, apresentavam IMC mais elevado, o que se liga, provavelmente, com a maior necessidade de perder peso por parte destes jovens. Entre os mesmos apuraram-se, de igual modo, valores médios de sintomatologia de PA mais altos, o que se prenderá com a relação de risco entre o comportamento de dieta e o desenvolvimento de PA, já descrita em alguns estudos (e.g., Ikeda, 2001). Não foram, porém, encontradas diferenças relativamente a perfeccionismo entre rapazes que efetuavam dieta e os que não o faziam, contrariando Ashby et al. (1998) e Hewitt et al. (1995) que encontram associação entre dieta e PAO. Esta relação foi, todavia, verificada nas raparigas. Tal pode implicar que, apesar de raparigas e rapazes possuírem níveis semelhantes de perfeccionismo-traço, que este apenas parece ter relevância para o comportamento alimentar perturbado nas raparigas. Talvez tal decorra do facto de as raparigas possuírem um domínio de avaliação perfeccionista orientado para o corpo que não é observado nos rapazes ou, pelo menos,

não tão frequentemente. Tal domínio derivará, possivelmente, da importância da dimensão do corpo na avaliação que as mulheres fazem de si nas culturas ocidentais (Stice et al., 2000).

Relativamente à sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, nem os rapazes nem as raparigas que se encontravam em regime de dieta apresentaram diferenças neste aspeto face àqueles que não se encontravam em dieta, contradizendo a literatura que informa desta relação (Ikeda, 2001). Ou seja, apesar de existir uma percentagem de jovens que ficam deprimidos por realizar dieta ou que o fazem por se encontrarem deprimidos (não pôde ser averiguado), estes não representam uma proporção diferente da encontrada na amostra global. Tal pode implicar que a subamostra a realizar dieta é tão heterogénea como a amostra global no que se refere à possível etiologia da depressão, i.e., que remete para causas múltiplas. Importa, no entanto, conhecer que razões levam cada jovem a efetuar dieta: saúde, atividade desportiva, perceção de excesso de peso, depressão, uma vez que, de acordo com Rasmus et al. (2010), pelo menos as duas últimas implicam maior risco de desenvolver PA.

Quando examinadas as diferenças existentes entre grupos etários, verifica-se apenas que estes diferem no que toca ao IMC, não sendo observadas diferenças para as restantes variáveis, o que pode ser considerado incomum, uma vez que alguns dados indicam que os níveis de depressão são mais elevados a partir da adolescência média e tardia (e.g., Fonseca-Pedrero et al., 2009; Hankin et al, 1998) e que a prevalência de PA é mais elevada no grupo etário dos 15-18 anos do que no dos 12-14 anos (Goñi & Rodríguez, 2007). Apenas para o perfeccionismo, segundo a literatura, não são esperadas alterações ao longo do tempo (Hewitt & Flett, 1991b). Atrevemo-nos a apontar que parece, a olho nú, verificar-se um fenómeno crescente de hipermaturidade entre os adolescentes mais jovens, o que poderia explicar tais resultados. Se os adolescentes mais jovens procuram e se preocupam precocemente com uma aparência e estilo de vida mais maduros, não estranhamos a ausência de diferenças. Talvez seja necessário alargar a investigação a grupos etários mais jovens pois podemos estar a negligenciar um grupo qualitativamente diferente e com igual necessidade de ação preventiva.

Foi igualmente um dos objetivos deste estudo analisar as correlações entre as variáveis estudadas, tendo sido comprovado que, no geral, entre as raparigas são apresentadas mais e mais fortes correlações que entre os rapazes.

Em rapazes e raparigas o IMC mostrou correlações com a idade, dieta e sintomatologia depressiva-ansiosa. A correlação com dieta parece também intuitiva,

considerando a relação descrita entre IMC elevado e comportamento alimentar perturbado (e.g., Babio et al., 2009); e as ligações à sintomatologia depressiva (cf. Ferreira et al., 2011) e ansiosa (Crocker et al., 2003) já descritas. Nas raparigas surge igualmente associado à depressão e ansiedade, fortalecendo os dados empíricos conhecidos. Nestas não se verificou correlação entre o IMC e as medidas de perfeccionismo. Nos rapazes surgiu, no entanto, negativamente correlacionado com perfeccionismo global e PAO. Podemos pensar que nestes rapazes em que o IMC mais alto se associa a um nível de perfeccionismo mais baixo, estamos na presença de um fator protetor das PA em xeque (associadas à diminuição de peso e não com o excesso de peso). É igualmente interessante atentar que, embora se verifique uma correlação entre IMC e dieta, esta não ocorre com a sintomatologia de PA nos rapazes, relação bem descrita na literatura (e.g., Babio et al., 2009), apesar de tal se verificar para as raparigas. Os resultados dos rapazes podem explicar-se se pensarmos que estes não procuram atingir um ideal de magreza e sim de musculosidade e que este pode acarretar, inclusivamente, o aumento do IMC e não o contrário.

Enquanto nos rapazes o comportamento de dieta não apresentou correlações além das descritas, nas raparigas surgiram correlações com perfeccionismo global e PAO, consonante com Ashby et al. (1998) e Hewitt et al. (1995), que relacionam PAO com dieta. Tal pode indicar que um tipo de perfeccionismo mais autoimposto pode associar-se ao regime de dieta, mais do que um tipo socialmente prescrito. O comportamento de dieta apresentou, no grupo das raparigas, uma correlação moderada com PA, indo de encontro a Pocinho (2000), que relata que as raparigas que fazem dieta têm valores significativamente superiores em PA, comparativamente às que não o fazem.

Foi igualmente observado que o perfeccionismo global se relaciona fortemente com os indicadores mais específicos de perfeccionismo, como esperado, apesar de estes apresentarem uma correlação fraca entre si, o que pode indicar que estamos na presença de construtos diferentes medidos como se do mesmo se tratasse.

Nas raparigas, o perfeccionismo global apresentou correlações com quase todas as variáveis, à exceção da idade e IMC, enquanto nos rapazes apenas se correlacionou com ansiedade e sintomatologia de PA. A relação entre perfeccionismo e depressão foi descrita (Hewitt & Flett, 1991b; 1991c; Kawamura et al., 2001; Rice et al., 1998), bem como a de perfeccionismo e ansiedade (Hewitt & Flett, 1991b; 1991c; DiBartolo et al., 2001; Pacht, 1984), tendo sido afirmado que a primeira é mais forte do que a segunda

(Minarik & Ahrens), o que não corresponde ao que foi observado neste estudo, em que, quer em raparigas, quer em rapazes, a relação com a ansiedade foi mais forte. Não nos atrevemos a defender acerrimamente tais diferenças pois os estudos citados utilizam normalmente medidas diferentes. Limitamo-nos a lembrar que a comorbilidade da ansiedade e depressão é apoiada por estudos diversos (e.g., González, Cuéto & Fernández, 2007), o que pode e deve ser considerado.

A relação entre perfeccionismo e psicopatologia foi relatada na literatura (e.g., Bento et al., 2010; Bardone-Cone et al., 2008; Hewitt & Flett, 1991b; DiBartolo et al., 2007). Neste estudo PAO mostrou, nos dois sexos, no geral, correlações mais elevadas e significativas com as variáveis de sintomatologia de PA e depressiva e/ou ansiosa comparativamente a PSP, que nos rapazes nem sequer surge significativamente correlacionado com nenhuma das variáveis. Ambas as dimensões são, contudo, associadas empiricamente à depressão (Frost et al., 1990;1993; Hewitt et al., 2003; Flett et al., 1995; Hewitt & Flett, 199c), ansiedade (e.g., Hewitt & Flett, 1991b; 1991c) e PA (e.g., Bastiani, 1994; Cockel et al., 2002; Ashby et al., 1998). A correlação encontrada entre PAO e PA opõe-se, todavia, aos estudos que não encontram esta relação (Bulik et al., 2003; Minarik & Ahrens, 1996; Gustafsson et al., 2009) e aos estudos que encontraram uma relação mais forte entre PSP e PA do que PAO (Bento, 2010; Macedo et al., 2006). Tal vai de encontro ao defendido por Shafran et al. (2003), que na sua conceção unidimensional de perfeccionismo dão primazia à componente autoimposta, a que associam o aumento do risco para a psicopatologia. Tal contraria, no entanto, o postulado por Frost et al. (1993), e Bento et al. (2010) que mostraram que PSP se encontra mais fortemente associado à psicopatologia e PAO a uma componente mais adaptativa do perfeccionismo. Discutiremos à frente como se pode tornar PAO não adaptativo e a sua importância para as PA.

Em ambos os sexos apurou-se que a sintomatologia depressiva-ansiosa, bem como a depressão e ansiedade, se correlacionavam com sintomatologia de PA. Tal vai de encontro ao revisto, que postula a relação de depressão e PA (Halmi et al., 1991) em população adolescente (Salbach-Andrae et al., 1995; Herzog, 1992) e a relação de PA com a ansiedade (Godart et al., 2002; Walters & Kendler, 1995; Kendler et al., 1995; Halmi et al., 1991) em adolescentes (Salbach-Andrae et al., 1995).

Ainda se pretendeu, neste estudo, avaliar se as variáveis de dieta, de perfeccionismo e de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa possuíam a capacidade de prever sintomatologia de PA em rapazes e raparigas.

Apenas o perfeccionismo global e a sintomatologia depressiva-ansiosa permitiram explicar 10% da variância de sintomatologia de PA nos rapazes, e não idade, IMC ou dieta. Semelhantemente, no estudo de Vohs et al. (2001), a EDI-P apenas se revelou preditora de PA em conjunto com outras variáveis, apesar de não ter sido estudado em conjunto com sintomatologia depressiva-ansiosa. Apesar de ser explicada pouca da variância de sintomatologia de PA neste sexo, esta pode aparentar um resultado algo divergente dos apresentados em revisão. No estudo de Macedo et al. (2006), e.g., foi PSP que obteve maior capacidade preditiva, e não o resultado global. Tal dever-se-á provavelmente ao facto de serem utilizadas escalas diferentes, construídas com intuítos diferentes. Seria talvez importante compreender como funcionaria o modelo apenas nos rapazes que efetuam dieta. Tal não foi possível devido à amostra reduzida ($n = 28$).

Nas raparigas são a idade, dieta, PAO e depressão que permitem explicar 42% da variância de sintomatologia de PA e não o IMC, que perde a significância quando introduzidos PAO e depressão. É, todavia, interessante notar que se se optasse por introduzir o perfeccionismo global ao, invés de PAO, explicar-se-ia semelhantemente a variância. Possivelmente tal pode significar que, ao medirmos PAO, estamos, na verdade, a medir perfeccionismo e que PSP representa um construto à parte. No estudo de Macedo et al (2006), quer PAO, quer PSP se associaram à sintomatologia de PA. Numa amostra de raparigas com AN, também EDI-PAO revelou níveis mais elevados que EDI-PSP (Nilsson, et al., 2008). PAO já foi indicado como preditor de AN anteriormente (Bardone-Cone, 2007). Noutros estudos anteriores PAO não se tinha revelado preditor do comportamento alimentar perturbado (Bento et al., 2010) ou apenas o era quando moderado por outras variáveis, como PSP (Sherry et al., 2003).

O que parece ressaltar dos resultados anteriores é que estes apresentam dados interessantes, específicos e explicativos para as raparigas, mas que tal não ocorre para os rapazes. É caso para afirmar que *“the little boy is not a little girl”* apesar de tentarmos avidamente encaixá-lo na categoria. É na adolescência que são maximizadas as discrepâncias entre sexos e é possível que estas se encontrem igualmente exacerbadas no desenvolvimento das PA. O princípio da equifinalidade diz-nos que o mesmo fim não tem, necessariamente, as mesmas causas. Desta forma, se os fatores de risco apontados para o desenvolvimento de PA forem, de facto, fatores específicos das raparigas, vão consistir, não surpreendentemente, melhores preditores para estas do que para os rapazes.

É neste sentido que salientamos a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do traço perfeccionista, que pode consistir um fator de vulnerabilidade comum aos dois sexos, uma vez que é encontrado semelhantemente na amostra. O seu papel exato, como sabemos da revisão literatura, ainda não se encontra plenamente definido. Tal dever-se-á, entre outros aspetos, à diversidade de escalas e de objetivos de medição, que originam dados confusos e contraproducentes. É necessário, inclusivamente, ter em mente que a ausência de concordância na definição do construto interestudados implica que são medidos objetos diferentes. É desejável, no entanto, que se interpretem os resultados encontrados e que se mantenha acesa a discussão neste âmbito.

Do estudo em questão concluímos que o perfeccionismo, e em especial PAO nas raparigas, constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento de PA, contrariando a literatura, que consagra PSP como a dimensão mais psicopatológica. A partir dos dados obtidos, poderíamos levantar a questão de que o perfeccionismo-traço talvez possa ser mensurável apenas na sua componente autoimposta, que surge sempre mais fortemente associada às medidas de sintomatologia e que podemos antever como mais estável ao longo do tempo. Talvez PSP não possa constituir o traço, apesar de ser inegável, pelo revisto na literatura, que o traço se construa de modo interpessoal, pois é provável que não se mantenha estável ao longo do tempo ou mesmo entre contextos (e.g., casa, escola, grupo de pares). No entanto, e uma vez que a escala do EDI2 não distingue as componentes de “padrões pessoais”, apontada como vertente positiva, da de “preocupações com erros”, vertente não adaptativa, talvez possa explicar-se porque PAO se associa mais à psicopatologia (cf. Stoeber & Otto, 2006). Outra justificação possível decorre do enquadramento dos resultados da hipótese de diátese-stress do perfeccionismo (Flett et al., 1995), que abordaremos à frente.

Podemos igualmente refletir acerca do significado da falta de estabilidade do perfeccionismo entre diferentes contextos. Mesmo se considerarmos que a dimensão de perfeccionismo mais pertinente para o desenvolvimento de PA é PAO é necessário conhecermos o seu grau de especificidade. Foi discutido que talvez as raparigas possuam um domínio de perfeccionismo orientado para o corpo que não é observado nos rapazes ou, pelo menos, não tão frequentemente. É provável que existam diversos domínios sobre os quais possa revelar-se o perfeccionismo. É apontado por alguns autores que os perfeccionistas disfuncionais podem tê-lo apenas numa área de vida (e.g., Stoeber et al., 2009), contra a visão de outros de que o perfeccionismo não adaptativo é sobregeneralizado a todos os domínios e que apenas a componente adaptativa pode

circunscrever-se a uma ou duas áreas (Flett & Hewitt, 2002). Não tomando parte na discussão, no campo da prevenção das PA, importa saber se estão presentes dimensões e/ou domínios, como talvez o do corpo ou aparência, que possam constituir fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Ousamos mencionar que a construção da sociedade ocidental contemporânea da “Síndrome da Mulher Perfeita” mais do que, ou além de, impulsionar o desenvolvimento pessoal nas múltiplas áreas em que é pressionada à perfeição, parece desempenhar um papel na psicopatologia. Nas palavras de Pacht (1984, p. 388): “*true perfection exists only in obituaries and eulogies*”. Lamentavelmente, nem as mulheres nem a sociedade em geral parecem partilhar a mesma opinião. Sendo mais pressionadas para a perfeição seria de esperar que as mulheres apresentassem níveis mais elevados de perfeccionismo. Ora, tal não se verifica. Mas se lhes é exigido mais e se não possuem mais perfeccionismo para atingir o que é exigido, é possível, e aliás provável, que se confrontem mais frequentemente com o falhanço no cumprimento de objetivos. A constatação, frequente, do erro pode estar na origem, também, da elevação dos níveis de depressão, levando-nos novamente à discussão dos resultados. O modelo de diátese-stress do perfeccionismo informa-nos que PAO pode ligar-se à sintomatologia depressiva quando combinadas com acontecimentos de vida negativos (e.g., Flett et al., 1995). Se considerarmos que o falhanço em lograr expetativas, auto ou socialmente impostas, em dado momento pode consistir num acontecimento de vida negativo, que pode ser responsável pela sintomatologia depressiva, conseguimos explicar a elevação de PAO, alegadamente positivo, e a sua associação preferencial com o comportamento alimentar perturbado observada no presente estudo.

Assim, parecem existir diferentes caminhos para o desenvolvimento de PA mas um deles, nas raparigas, parece incluir a depressão e o perfeccionismo. Se retomarmos o raciocínio já iniciado, podemos compreender um destes caminhos: uma adolescente perfeccionista, cujo domínio perfeccionista incide no corpo; que se encontra deprimida ou especificamente deprimida devido à perceção de excesso de peso ou a imagem corporal negativa; que vê na dieta e/ou comportamento alimentar perturbado a mudança necessária para atingir a imagem desejada e inicia a sua prática (movimento de retroação positivo); que continua deprimida ou por se encontrar a realizar dieta, ou por se sentir mais satisfeita com a sua nova imagem “emagrecida”; que mantém a dieta e o comportamento alimentar perturbado com base na sua capacidade e necessidade de autocontrolo de relação com o perfeccionismo auto-orientado (movimento de retroação

negativo); e evolue para uma PA. Este caminho, saliente, não só não será o único como, mesmo para aquelas que o percorrem, é certamente influenciado por outros fatores determinantes, aqui não analisados.

Às mulheres perfeccionistas da sociedade contemporânea urge então transmitir, como notado por uma paciente mulher de Pacht (1984): “*the word imperfect can be visualized as I. M. PERFECT, which, of course, reads, I am perfect*” (p. 388).

4.1. Contributos para a investigação, limitações e direções futuras

Esta não consiste numa investigação alargada dos diversos níveis explicativos (e interligados) das PA na adolescência, não descurando, contudo, uma visão complexa e ecossistémica. Os achados remetem para o núcleo central-individual e fortalecem o conhecimento acerca de fatores de risco inscritos neste âmbito, como o comportamento de dieta, perfeccionismo e as perturbações de internalização.

Para o estudo dessas variáveis foram utilizados instrumentos previamente adaptados. Procedeu-se, no entanto, à partição da escala de perfeccionismo do EDI2 em subescalas de PSP e PAO, um procedimento nunca antes realizado para amostras portuguesas que proporcionou a recolha de informação única que, de outra forma, não teria sido examinada.

Podem ser apontadas limitações gerais ao processo de recolha e análise dos dados do estudo. A opção por medidas de autorrelato para a obtenção de informação junto dos participantes está associada, nomeadamente, ao possível enviesamento dos dados reportados (*faking good/bad*, resposta ao acaso, etc.). Pode ter ocorrido, também, devido à modalidade de administração, em contexto de grupo, menor investimento por parte de alguns jovens ou mesmo a falhas de compreensão que, na ausência de pedido de esclarecimento de dúvidas, não foram colmatadas. Em acréscimo pode referir-se a natureza transversal do estudo, uma vez que não facilita a identificação de relações causais entre as variáveis.

A opção de aplicar, isoladamente, uma parte da escala do EDI2, designadamente a subescala de perfeccionismo, comporta riscos e tem consequências ao nível dos resultados obtidos. Neste estudo, além destes riscos, assumimos ainda os de considerar novos agrupamentos de itens, PAO e PSP, um método que não foi equacionado pelos autores Garner et al. (1983). Tal procedimento, além de se afastar dos objetivos iniciais para que foi construída a escala, assenta em duas subescalas pouco robustas, com 3 itens

cada (apesar de, aparentemente, manterem uma precisão razoável, como noutros estudos, Sherry et al., 2004; Nilsson et al., 2008). Tem pois, necessariamente, de ser questionada a validade de construto, uma vez que a amostra utilizada não é suficiente para a validação das subescalas criadas. Permanece a questão de saber se há legitimidade para a medir PSP e PAO ou se estamos na presença de artefactos.

Pelo que foi referido, as conclusões relativas a estas dimensões do perfeccionismo devem ser tomadas como meros indicadores que carecem de exploração em futuros estudos

Devem ser ainda asseveradas algumas sugestões para as próximas investigações que se debrucem sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de PA na adolescência.

As mais gerais apontam para a necessidade de acumular dados sobre ambos os sexos provenientes de estudos longitudinais e de medidas menos atreitas aos problemas metodológicos ligadas aos autorrelatos, como entrevistas – sendo que a única conhecida corresponde à *Interview for Perfectionistic Behaviour* de Cockel et al. (2002).

Pode igualmente ser sugerido uso de medidas de perceção de excesso de peso ou de insatisfação corporal como variáveis de controlo na análise de preditores, talvez com maior potencial explicativo.

Salienta-se, em acréscimo, a importância de utilizar um instrumento robusto que meça as dimensões auto e socialmente impostas do traço de perfeccionismo, pois estas parecem associar-se diferentemente ao comportamento alimentar perturbado. Se possível, deveriam, ainda, ser pesquisados os domínios ou áreas de vida em que se reflete o perfeccionismo, pois pode verificar-se que os perfeccionistas possam sê-lo apenas num domínio. Sugere-se a realização de uma recolha qualitativa das áreas de vida em que os indivíduos se percecionam como perfeccionistas, numa primeira fase, e a inclusão das diferentes categorias em instrumento quantitativo posteriormente. Assim sendo, mesmo que seja utilizado um instrumento breve como o EDI-P para medir o perfeccionismo, poderia conhecer-se para que áreas de vida possui este significado. Todavia, considerando que no contexto da prevenção e/ou intervenção nas PA em meio escolar devem ser avaliados fatores de risco com uma boa relação entre custo e efetividade, pode sugerir-se a inclusão de uma escala de perfeccionismo especificamente direcionada para o corpo, mas não existem ainda dados acerca da pertinência de tal opção. Deve ainda considerar-se o estilo de apresentação perfeccionista, uma vez que se relaciona com a necessidade de promover a perfeição de si ou o desejo de esconder a

imperfeição no contexto interpessoal (cf., Hewitt et al., 1995), que pode interferir com avaliação do traço e que normalmente não é indicado nas escalas de perfeccionismo.

Além disso, seguindo a mesma linha, talvez seja relevante não contemplar apenas a presença de sintomatologia depressiva ou ansiosa. Poderia pesquisar-se se a sintomatologia de depressão averiguada se foca em questões interpessoais de dependência, perda e abandono, ou em questões intrapessoais relacionadas com o valor próprio e autocrítica, que correspondem, respetivamente, aos dois tipos de depressão apontados por Blatt e Homann (1992), depressão anaclítica ou dependente e depressão introjetiva ou autocrítica. Do julgamento clínico parece-nos que a segunda poderá encontrar-se mais frequentemente associada às questões relacionadas com o corpo, a possíveis dismorfofobias, obsessões, baixas de autoestima e que poderá, em interação com o PAO, resultar numa PA, nomeadamente. Talvez a depressão dependente possa encontrar-se mais fortemente associada a PSP. Da mesma forma, talvez seja necessário avaliar se a ansiedade encontrada é espoletada por eventos internos e/ou externos, pois estes vão certamente relacionar-se diferentemente com PSP e PAO. Um modelo com estes contornos talvez associasse PAO à depressão introjetiva e à ansiedade interna e PSP à depressão anaclítica e à ansiedade externa. Talvez tal constitua um passo também para a compreensão das PA.

Parece, ainda, pertinente sugerir a análise dos efeitos de mediação que a depressão ou a ansiedade podem exercer, possivelmente, sobre a relação do perfeccionismo e suas dimensões com a sintomatologia de PA.

4.2. Conclusões

Os participantes do sexo feminino, quando comparados com os do sexo masculino, apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia de perturbação alimentar. Enquanto nas raparigas as variáveis idade, dieta, perfeccionismo auto-orientado e depressão (fatores de risco) explicaram consideravelmente a sintomatologia de perturbação alimentar, tal não ocorreu nos rapazes, cuja variância da sintomatologia de perturbação alimentar é explicada muito incompletamente pelas variáveis em aqui em estudo.

A análise dos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares estudados deixa adivinhar que o fenómeno nos rapazes é ainda pouco conhecido, aludindo diretamente ao princípio do equifinalidade. Os fatores de risco

normalmente apontados às perturbações alimentares podem ser mais específicos nas raparigas do que nos rapazes. Os resultados deixam claro que o mesmo fim, no caso a sintomatologia de perturbações alimentares, pode ser alcançado através de diferentes caminhos e que estes parecem distanciar-se entre raparigas e rapazes. É necessário conhecer o papel específico do traço perfeccionista para as perturbações alimentares porque, apesar de não se encontrarem diferenças significativas entre os dois sexos, este parece oferecer um contributo diferente para as perturbações alimentares consoante o sexo. De igual modo, talvez o papel específico de perfeccionismo auto-orientado nas perturbações alimentares deva ser revisto, pois os dados deste estudo indicam que este constitui uma vertente mais psicopatológica do que perfeccionismo socialmente prescrito, contrariando investigações diversas, fazendo-o sobressair como preditor de perturbação alimentar. O perfeccionismo auto-orientado, em conjunto com a depressão e dieta, parecem ser bons preditores da sintomatologia de perturbação alimentar nas raparigas, mas não nos rapazes, evidenciando que a sintomatologia de perturbação alimentar é maior que a soma dos fatores que risco para o seu desenvolvimento.

Referências Bibliográficas

- Algood-Merten, B., Lewinsohn, P. & Hops, H. (1990). Sex differences in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(1), 55-63.
- Ashby, J., Rice, K. & Martin (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development, 84*, 148-156.
- Ashby, J. S.; Kottman, T. & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, 20* (3), 261-271.
- Azevedo, Â., & Faria, L. (2004). A auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Actas da X conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. X, pp. 415-421). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S. & Arija, V. (2009). A two-phase population study: Relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria, 24*(4), 485-491.
- Barbarich, Kaye & Jimerson (2003). Neurotransmitter and imaging studies in anorexia nervosa: New targets for treatment. *Current Drug Targets – CNS & Neurological Disorders, 2*, 61-72.
- Bardone-Cone, A., Maldonado, C., Crosby, R., Mitchell, J., Wonderlich, S., Joiner, T., Crow, S., Peterson, C., Klein, M. & Grange, D. (2008). Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality and maltreatment. *International Journal of Eating Disorders, 41* (8), 697-704.
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W. (1994). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*(2), 147-152.
- Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 323-336.
- Bento, C., Pereira, A., Maia, B., Marques, M., Soares, M., Bos, S., Valente, J., Gomes, Azevedo, M. & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review, 18*, 328-337.
- Bento, C., Saraiva, J., Pereira, A., Azevedo, M. & Santos, A. (2011). *Pediatria (São Paulo), 33*(1), 21-29.

- Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist*, *50*, 1003-1020.
- Blatt, S., Quinlan, D., Pilkonis, P. & Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63* (1), 125-132.
- Botticello, A. (2009). A multilevel analysis of gender differences in psychological distress over time. *Journal of Research on Adolescence*, *19*(2), 217-247.
- Bouça, D. & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *4* (2), 121-133.
- Broman-Fulks, J., Hyill, R. & Green, B. (2008). Is perfectionism categorical or dimensional? A taxometric analysis. *Journal of Personality Assessment*, *90* (5), 481-490.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. United States Of America: Harvard University Press.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E., Babson, K., Gahr, J., Trainor, C. & Frala, J. (2011) elevated social anxiety among early maturing girls. *Developmental Psychology*, *47*(4), 1133-1140.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, 34-51.
- Canals, Josepa, Carbajo & Gentzane (1996). Biopsychopathology risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, *31* (122).
- Canpolat, B., Orsel, S., Akdmir, A., & Ozbay, M. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in turkish adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 150-155.
- Chaplin, T., Gillham, J. & Seligman, M. (2009). Gender, anxiety and depressive symptoms: A longitudinal study of early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *29*(2), 307-327.
- Clark, D., Beck, A. & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, *99* (2), 148-155.
- Cockel, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G. & Remick, R (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *26* (6), 745-758.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Connor, R. & Connor, D. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, *50* (3), 362-372.
- Craddock, A., Church, W. & Sands, A. (2009). Family of origin characteristics as predictors of perfectionism. *Australian Journal of Psychology*, *61* (3), 136-144.
- Crocker, P., Sabiston, C., Forrester, S., Kowalski, N., Kowalski, K. & McDonough, M. (2003). Predicting change in physical activity, dietary restraint, and physique anxiety in adolescent girls. *Canadian Journal of Public Health*, *94* (5), 332-337.
- Dae, A., Robinson, P., Lawson, M., Turpin, J., Gregory, B. & Tobias, J. (2002). Psychologic effects of dieting in adolescents. *Southern Medical Journal*, *95*(9), 1032-1041.
- Davis, C., Karvinen, K. & McCreary, D. (2005). Personality correlates of a drive for muscularity in young men. *Personality & Individual Differences*, *39*(2), 349-359.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M., Bratberg, G., Taraldsen, G., Bakken, I. & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study (2011). *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(3), 261,267.
- DiBartolo, P., Li, C., Averett, S., Skotheim, S., Smith, L., Raney, C. & McMillen, C. (2007). The relationship of perfectionism to judgmental bias and psychopathology. *Cognitive Therapy Research*, *31*, 573-587.
- Dunker, K. & Philippi, S. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, *16* (1), 51-60
- Egan, S., Wade, T. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203-212.
- Eliot, A. & Baker, C. (2001). Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, *36* (143), 535-544.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Wiley.
- Enns, M. & Cox, B. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. In Gordon Flett and Paul Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory*

- research, and treatment* (pp 33-62). Washington DC: American Psychological Association.
- Essau, C., Lewinsohn, P., Seeley, J. & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 185-190.
- Ferreiro, F., Seone, G. & Senra, C. (2011). A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(3), 500-505.
- Flett, G. & Hewitt, P. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In Gordon Flett and Paul Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). Washington DC: American Psychological Association.
- Flett, G. Hewitt, P. Blankstein, K. & Mosher, S. (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of diathesis-stress model. *Current Psychology, 14* (2), 112-137.
- Flett, G., Hewitt, P., Boucher, D., Davidson, L. & Munro, Y. (1992). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment (Report No. 203). North York, Ontario, Canada: York University Psychology Department.
- Flett, G., Hewitt, P., Oliver, J. & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A development analysis. In In Gordon Flett and Paul Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132). Washington DC: American Psychological Association.
- Franco-Paredes, K., Mancílla-Díaz, J., Vázquez-Arévalo, López-Aguilar, X. & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review, 13*, 61-70.
- Francisco, R. (2010). *Perturbações alimentares na adolescência: Coreografias protectoras e de risco em bailarinos e ginastas*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (in press). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.

- Francisco, R., Oliveira, L., Santos, R. & Novo, R. (2011). Versão portuguesa do SCOFF (versão para investigação). Universidade de Lisboa.
- Francisco, R., Oliveira, L., Santos, R. & Novo, R. (2011b). Versão portuguesa do CITA (versão para investigação). Universidade de Lisboa.
- Francisco, R., Oliveira, L., Santos, R. & Novo, R. (2011c). Versão portuguesa do SATAQ (versão para investigação). Universidade de Lisboa.
- Francisco, R., Oliveira, L., Santos, R. & Novo, R. (2011d). Versão portuguesa do EAT-26 (versão para investigação). Universidade de Lisboa.
- Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J. & Neubauer (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (5), 449-468.
- Garner, D., Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int'l Journal of Eating Disorders*, 2 (2), 15-34.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1984). The EDI. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y. & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Goñi, A. & Rodríguez, A. (2007). Variables associated with risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30 (4), 16-23.
- González, L., Cueto, E. & Fernández, L. (2007). *CECAD: Cuestionario educativo-clínico: Ansiedad y depresión*. España: Tea Ediciones.
- Grzegorek, J., Slaney, R., Franze, S., & Rice, K. (2004). Self-criticism, dependency, self-esteem, and grade point average satisfaction among clusters of perfectionists and nonperfectionists. *Journal of Counseling Psychopathology*, 51 (2), 192-200.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (...). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds), *Handbook Of Qualitative Research* (pp 105-117). London: Sage Publications: London.

- Gustafsson, S., Edlund, B., Kjellin, L. & Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls – Aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*, 17, 380-389.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. & Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, Vol 15 (1), 27-33.
- Hankin, B. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *Journal of Child and Adolescence Psychology*, 38 (3), 460-472.
- Hankin, B., Roberts, J., & Gotlib, I. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (6), 663-679.
- Hautala, L., Junnila, J., Hlenies, H., Väänänen, A., Liuksila, P., Räihä, H., Välimäki, M. & Saarijärvi (2007). Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1803-1813.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 18 (1), 31-47.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991a). The multidimensional perfectionism scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 464-468.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (3), 456-470.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991c). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 98-101.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 58-65.

- Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W., Mikail, S. (1991). The multidimensional perfectionism scale: Psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment, 3* (3), 464-468.
- Hewitt, P., Flett, G. & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits, perfectionistic self-representation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18* (4), 317-326.
- Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., Habke, M., Parkin, M., Lam, R., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P. & Stein, M. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-representation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 84* (6), 1303-1325.
- Hollender, M. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6* (2), 94-103.
- Hyde, J., Mezulis, A. & Abramson, L. (2008). The ABC's of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender differences in depression. *Psychological Review, 115*(2), 291-313.
- Ikeda, J. (2001). Dieting among children and adolescents. *Health Weight Journal, 59*-64.
- Isomaa, K., Isomaa, A., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R. & Björkquist, K. (2010). Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review, 18*, 296-303.
- Joiner, T. & Schmidt (1995). Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but not specific vulnerability among male undergraduates. *Journal Of Social and Clinical Psychology, 14* (3), 165-183.
- Jose, P. & Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology, 33*(3), 145-154.
- Kawamura, K., Hunt, S., Frost, R. & DiBartolo, P. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research, 25* (3), 291-301.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. & Price Foundation (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2215-2221.
- Killen, J., Hayward, C., Wilson, D., Taylor, C., Hammer, L., Litt, I. Simmonds, B. & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorders symptoms in a

- community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 357-367.
- Lewinsohn, P. Seeley, J., Moerck, K. & Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 426-440.
- Lilenfeld, L., Stein, D., Bulik, C., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Merikangas, K., Nagy, L. & Kaye, W. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control woman. *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.
- Macedo, A., Soares, M., Azevedo, M., Gomes, A., Pereira, A., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15, 296-304.
- Matos, M., Barret, P., Dadds, M. & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from portuguese national health behavior in school aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-14.
- Minarik, M. & Ahrens, A. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate woman. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (2), 155-169.
- Morin, E. (1998). *Introdução ao pensamento complexo (4^a ed.)*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Neumeister, K., Williams, K. & Cross, T. (2008). Gifted high-school students' perspectives on the development of perfectionism. *Roeper Review*, 31, 198-206.
- Nilsson, K., Sundbom, E., & Hägglöf, B (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16, 386-394.
- Nilsson, K., Abrahamsson, E., Torbiornsson, A. & Hägglöf, B. (2007). Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. *Eating Disorders*, 15, 125-133.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.
- Novo, R. F., Lozano, L., Garcia-Cueto, E., Lozano, L. M., Mourão, B., Melo, A. R., Neto, P., Pires, A., & Faria, M. (2006). *A avaliação da Ansiedade e Depressão em contexto escolar: Estudo exploratório da versão portuguesa do CECAD*.

- Poster apresentado na XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Braga, Portugal.
- Nunes, M., Olinto, M., Barros, F. & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 21-28.
- O’Conner, R. Dixon, D. & Rasmussen, S. (2009). The structure and temporal stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychological Assessment*, 21(3), 437-443.
- Pacht, A. (1984). Reflections of perfection. *American Psychologist*, 39 (4), 386-390.
- Patton, G. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 579-584.
- Petersen, A., Sarigani, P. & Kennedy, R. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal Of Youth and Adolescence*, 20 (2), 247-271.
- Pocinho, M. (2000). Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: Um contributo para o estudo das suas relações (Dissertação de Mestrado em Toxicodpendência e Patologias Psicossociais). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Purdon, C. Anthony, M. & Swinson, R. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1271–1286.
- Rice, K., Leever, B., Christopher, J. & Porter, J. (2006). Perfectionism, stress, and social (dis)connection: A short-term study of hopelessness, depression and academic adjustment among honors students. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (4), 524-534.
- Rice, K., Leever, B., Noggle, C. & Lapley, D. (2007). Perfectionism and depressive symptoms in early adolescence. *Psychology in the Schools*, 44(2), 139-156.
- Rice, K., Ashby, J. & Slaney, R. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (3), 304-314.
- Rice, K., Ashby, J. & Preusser, K. (1996). Perfectionism, relationships with parents and self-esteem. *Individual Psychology*, 52 (3), 246-260.
- Rolls, B., Fedoroff, I., & Guthrie, J. (1991). Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*, 10(2), 133-142.

- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2003). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (7), 773-791.
- Sherry, S., Hewitt, P., Flett, G. & Harvey, M. (2003). Perfectionism dimensions, perfectionistic attitudes, dependent attitudes, and depression in psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (3), 373-386.
- Sherry, S., Hewitt, P., Besser, A., McGee, B. & Flett, G. (2004). Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the eating disorder inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 69-79.
- Soares, M., Macedo, A., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Pereira, A., Gomes, A., Valente, J., Pato, M. & Azevedo, M. (2009). Perfectionism and eating disorders in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17, 390-398.
- Spangler, D. & Burns, D. (1999). Is it true that men are from Mars and women are from Venus? A test of gender differences in dependency and perfectionism. *Journal of cognitive and Psychotherapy*, 13(4), 339-357.
- Steiger, H., Leung, F., Puentes-Neuman, G, Gottheil, N. (1990). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (2), 121-131.
- Stice, E., Hayhard, C., Cameron, R., Killen, J. & Taylor, C. (2000). Body image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444.
- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Stoltz, K., Ashby, J. (2007). Perfectionism and lifestyle: Personality differences among adaptative perfectionists, maladaptative perfectionists, and nonperfectionists. *The Journal of Individual Psychology*, 63, (4), 414-423.
- Troop, Allan, Treasure & Katzman (2003). Social comparison and submissiveness behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 237-249.
- Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J. & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.

- Vaughan, C. & Halpern, C. (2010). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: The contributions of weight-related concerns and behaviors. *Journal of Research on Adolescence, 20*(2), 389-419.
- Vieth, A., & Trull, T. (2000). Family patterns of perfectionism: An examination of college students and their parents. *Journal of Personality Assessment, 72* (1), 49-67.
- Vilaça, S. (2005). *Dimensões do perfeccionismo e perturbações do comportamento alimentar: Estudo da sua relação e do suporte social como possíveis variáveis moderadoras*. Tese de mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Vince & Walker (2008). A set of meta-analytic studies on the factors associated with disordered eating. *Internet Journal Of Mental Health, 5* (1), 15312941.
- Wade, T. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 39-45.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender differences in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology, 35*(1), 232-245.
- Wonderlich, S., Lilienfeld, L., Riso, L., Engel, S. & Mitchell, J. (2005). Personality in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 568-571.

ANEXO A

Protocolo Feminino



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Protocolo Raparigas

Dados Pessoais:

Data de hoje: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Se não for de nacionalidade portuguesa, há quanto tempo vive em Portugal? _____

Ano de escolaridade: _____

Questionário nº				
Peso: _____ Kg				
Altura: _____ cm				
IMC : _____ Kg/m ²				

Obrigado por colaborar nesta investigação.

De seguida apresentamos alguns questionários que pretendem conhecer a sua opinião em relação a diferentes aspectos. Não há respostas “certas” ou “erradas”. Deve apenas seleccionar a resposta que está mais de acordo consigo em cada situação. É muito importante que responda a todas as perguntas.

SCOFF

Responda marcando com um “X” a resposta que para si é a mais correcta.

	Sim	Não
1. Provoca o vómito porque se sente muito cheio?		

EDI-2 (P)

Para cada uma das afirmações, escolha a resposta que melhor se aplica a si e coloque um “X” na coluna correspondente.

A	B	C	D	E	F
Nunca	Raramente	Às vezes	Regularmente	Normalmente	Sempre

1. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família.	A	B	C	D	E	F
2. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.	A	B	C	D	E	F

EDI-2 (I)

Para cada uma das afirmações, escolha a resposta que melhor se aplica a si e coloque um “X” na coluna correspondente.

A	B	C	D	E	F
Nunca	Raramente	Às vezes	Regularmente	Normalmente	Sempre

1. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar.	A	B	C	D	E	F
2. As pessoas dizem que sou emocionalmente instável.	A	B	C	D	E	F
3. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito.	A	B	C	D	E	F

EAT-26

Responda marcando com um “X” a resposta com a qual se sente mais identificada. Não existem respostas certas ou erradas.

A	B	C	D	E	F
Sempre	Frequentemente	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca

1. Tenho muito medo de ter excesso de peso.	A	B	C	D	E	F
2. Evito comer quando estou com fome.	A	B	C	D	E	F
3. Dou por mim preocupada com a comida.	A	B	C	D	E	F
4. Já me aconteceu comer descontroladamente e sentir que não era capaz de parar.	A	B	C	D	E	F
5. Corto a minha comida em pedaços pequenos.	A	B	C	D	E	F
6. Sei bem as calorias da comida que como.	A	B	C	D	E	F

CITA

Por favor, responda marcando com um "X" a resposta com a qual se sente mais identificada.

A	B	C	D	E
Totalmente de acordo	Moderadamente de acordo	Nem concordo nem discordo	Moderadamente em desacordo	Totalmente em desacordo

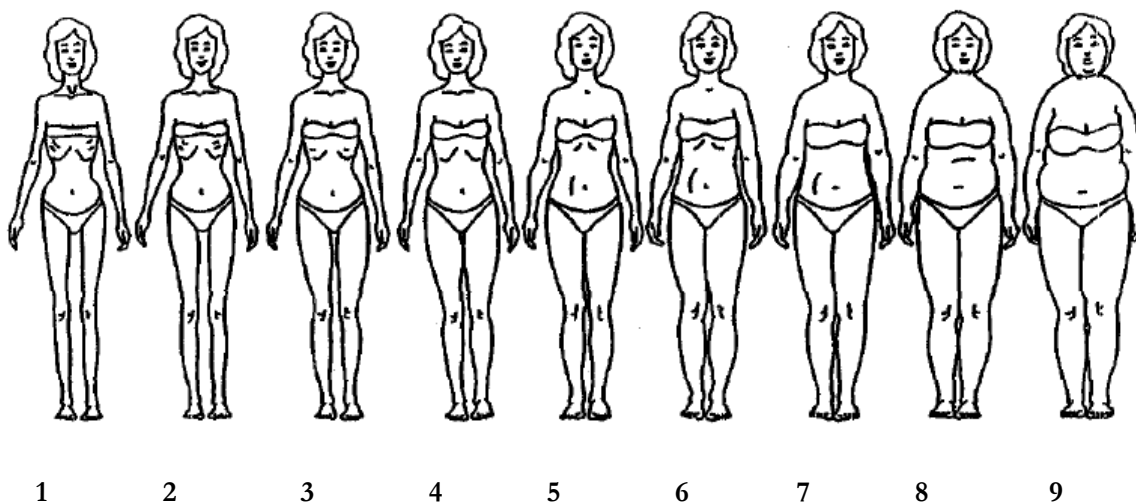
1. Se as pessoas comentarem o meu aumento de peso, não vou ser capaz de permanecer perto delas.	A	B	C	D	E
2. Se não estabelecer uma rotina diária na minha alimentação, vou perder o controle e aumentar de peso.	A	B	C	D	E
3. Quando peso mais do que devia, não me sinto bem com a minha aparência. Ganhar peso implica deixar de estar bem comigo mesma.	A	B	C	D	E
4. Independentemente do peso que tenha, as gorduras, os doces e o pão são alimentos proibidos para mim, já que se transformam sempre em gordura.	A	B	C	D	E
5. Se não puder estabelecer uma rotina diária, vai tudo tornar-se caótico e não conseguirei nada.	A	B	C	D	E
6. Se alguém faz um comentário sobre a minha aparência é porque se sente incomodado com o meu aspecto físico.	A	B	C	D	E
7. Quando como sobremesa, engordo, por isso, nunca devo comê-la.	A	B	C	D	E
8. A minha capacidade para me privar de comida mostra que sou melhor que as outras pessoas.	A	B	C	D	E
9. Quando as pessoas murmuram e riem e eu não consigo ouvir o que dizem, é muito					

Questionário de Auto-Estima Global

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio. À frente de cada uma delas assinale com um "X", na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

A	B	C	D
Concordo Totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente

1. Globalmente estou satisfeito comigo própria.	A	B	C	D
2. Por vezes penso que nada valho.	A	B	C	D
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	A	B	C	D



1. A figura que mais se identifica com a minha aparência actual tem o número ____.
2. A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número ____.

SATAQ

Responda, assinalando com um “X”, a alternativa de resposta que mais se adequa a si.

A	B	C	D	E
Totalmente em desacordo	Moderadamente em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	Moderadamente de acordo	Totalmente de acordo

1. Gostava que o meu corpo se parecesse com o das mulheres que aparecem nos filmes e programas de televisão.	A	B	C	D	E
2. Acho que a roupa fica melhor às mulheres que têm uma boa forma física.	A	B	C	D	E
3. Os videoclips que mostram mulheres com uma boa forma física fazem-me desejar estar em melhor forma.	A	B	C	D	E
4. Não desejo ser parecida com os modelos femininos que aparecem nas revistas.	A	B	C	D	E
5. Tenho tendência para comparar o meu corpo com o das estrelas que aparecem na televisão e nos filmes.	A	B	C	D	E

Questionário sobre Hábitos e Estilo de Vida

Vamos conhecer alguns HÁBITOS da sua VIDA

1. Alguma vez fumou tabaco? (pelo menos um cigarro, charuto ou cachimbo)

1 Sim

2 Não (*PASSE À PERGUNTA 3*)

2. Com que frequência fuma tabaco actualmente?

1 Todos os dias

2 Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias

3 Menos de uma vez por semana (cada quinze dias ou mais)

4 Não fumo

3. Alguma vez experimentou alguma bebida alcoólica? (mais que um gole)

1 Não (*PASSE À PERGUNTA 5*)

2 Sim. Qual(quais)? _____

11. Aproximadamente quantas horas passa, normalmente, por dia no computador em chats, nas redes sociais, a navegar na internet, a mandar e-mails, a fazer os trabalhos de casa, etc. durante o seu tempo livre?

Dia de semana

0 horas <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 horas <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Dia de fim-de-semana

0 horas <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 horas <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

CECA-D 2

Este Inventário pretende identificar a frequência de comportamentos que sinalizam mal-estar e/ou sofrimento. Apresentamos uma lista de frases relativas a sentimentos e pensamentos ou a situações que ocorrem às pessoas. Apesar de se referirem a aspectos muito pessoais, pedimos-lhe que responda com **seriedade** e **sinceridade** a todas as frases. **As suas respostas são absolutamente confidenciais**. Para além dos psicólogos/investigadores envolvidos neste estudo, ninguém mais as vai conhecer. Leia cuidadosamente cada frase e ponha uma cruz sobre uma das alternativas de resposta seguintes: *Nunca*, *Quase Nunca*, *Algumas Vezes*, *Quase Sempre* ou *Sempre*. Escolha aquela que melhor descreve o que pensa, sente ou lhe acontece.

Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
-------	------------------------	---------------	--------------	--------

1. Estou nervosa.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
2. Durmo pior que antes.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
3. Sinto-me mal quando estou com pessoas.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
4. Penso em fazer mal a mim mesma.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
5. Tão depressa estou de bom como de mau humor.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre

45. Ainda que as coisas tenham uma parte boa e positiva, eu presto atenção à parte má ou negativa.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
46. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
47. Sinto-me triste.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
48. Sinto dores em diferentes partes do corpo.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
49. Sinto-me vazia.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
50. Penso que não valho nada.	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO B

Pedido de Autorização às Escolas



Exmo. Sr. Director da Escola

A Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa vem por este meio solicitar a colaboração da Escola _____ na recolha de dados para efeitos de elaboração de um estudo internacional (em colaboração com a Universidade Autónoma de Barcelona) sobre o risco de desenvolvimento de perturbações alimentares na adolescência. Com este trabalho, pretende-se compreender melhor o contributo de diferentes factores para a protecção ou risco de desenvolvimento de perturbações alimentares em adolescentes (estudantes do 3º ciclo e ensino secundário), bem como comparar os resultados dos adolescentes portugueses e espanhóis, de forma a conceber e implementar um programa de prevenção de perturbações alimentares em adolescentes, específico para o contexto português.

Para a realização do projecto descrito, solicitamos a colaboração da Escola para a mobilização de 6 turmas (1 turma por ano de escolaridade), às quais seja possível aplicar o protocolo de investigação (em anexo), o qual deverá ser aplicado em grupo, sendo para tal necessário cerca de 40 minutos. Em anexo segue, igualmente, a respectiva autorização da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação.

As escolas participantes poderão ter acesso aos resultados desta investigação quando estes forem publicados.

Desde já nos disponibilizamos para prestar qualquer esclarecimento e agradecemos a Vossa colaboração.

A investigadora responsável,

(Doutora Rita Francisco)

Lisboa, 22 de Fevereiro de 2011

ANEXO C

Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Exmo. Sr. Encarregado de Educação,

A Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa está a realizar um estudo (em colaboração com a Faculdade de Psicologia da Universidade Autónoma de Barcelona) que visa aprofundar os conhecimentos acerca de condições favoráveis e protectoras do desenvolvimento de perturbações alimentares na adolescência, de forma a conceber e implementar um programa de prevenção deste tipo de perturbações, específico para o contexto português.

A participação em actividades de investigação na área da Psicologia ajuda-nos a conhecer melhor as populações para as podermos ajudar quando surgem dificuldades ou quando as queremos prevenir. Apesar da participação do seu educando neste estudo poder não ter benefícios directos para ele, a sua participação poderá ser muito útil para outras pessoas, no futuro.

Este projecto foi já devidamente avaliado e autorizado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) – Ministério da Educação, e consiste no preenchimento de um questionário pelos alunos, anónimo e confidencial. Os resultados obtidos serão devolvidos à escola, de modo a que estas informações possam ser utilizadas em favor dos alunos.

Caso o Encarregado de Educação não concorde com a participação do seu educando, solicitamos que devolva esta carta assinada declarando a não-autorização, no prazo máximo de 1 semana. Caso concorde com a participação não necessita de a devolver.

Declaro que **não autorizo** o meu educando _____ a responder ao questionário.

Muito obrigada pela colaboração.

Pela equipa de investigação,

(Doutora Rita Francisco)

Para qualquer esclarecimento, contactar ritamfrancisco@gmail.com

