



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A Importância das Representações Sociais do Corpo Feminino nas Desordens Alimentares**

Carla Lisa Cachapela da Silva (e-mail: [lisa\\_brb8@hotmail.com](mailto:lisa_brb8@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica subárea de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

## **A Importância das Representações Sociais do Corpo Feminino nas Desordens Alimentares**

### **Resumo**

Uma amostra de adolescentes do género feminino entre os 12 e os 18 anos (N=298), sem diagnóstico de perturbações alimentares, foram estudadas tendo como objetivo principal perceber a importância da preocupação com o peso, na construção que fazem da sua aparência, e níveis de ansiedade e autocrítica que apresentam. Neste contexto, avaliam-se as diferenças estatísticas intergrupais, de acordo com o IMC (IMC normal; acima do peso), idade (12-15; 16-18) e nível socioeconómico (baixo; médio/alto), com recurso a testes não paramétricos. As dimensões relacionadas com o peso são avaliadas pela versão portuguesa do Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self (MBSRQ) de Rocha (2012); para medir a ansiedade e o evitamento sociais, utiliza-se a EAESSA de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2002). Dimensões de dependência e autocrítica relativas à depressão, são avaliadas pela versão portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) (Morgado & Campos, 2011). Para estudar as Crenças Socioculturais sobre a Beleza foi elaborada uma escala identificada como Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a Beleza. Os dados psicométricos obtidos com esta escala (análise de componentes principais, consistência interna e estabilidade temporal) evidenciam resultados satisfatórios.

Em relação ao principal objetivo deste trabalho verificou-se que: as raparigas acima do peso (IMC), avaliam pior a aparência e preocupam-se mais com o excesso de peso. Também surgem como mais autocríticas e ansiosas (e.g.: interação com o sexo oposto). É possível concluir que as representações sociais são relevantes e contribuem para estes resultados, considerando que as raparigas acima do peso pontuam mais alto na legitimação do ideal de beleza (magreza), na influência social sobre a sua aparência e na rigidez associada à imagem.

A influência das representações sociais parece fazer-se sentir desde tenra idade, com as raparigas mais jovens, no ensino básico, a mostrarem-se mais insatisfeitas com a sua imagem e mais preocupadas com o excesso de peso. Este grupo possui ainda níveis superiores de ansiedade e autocrítica.

Palavras-chave: imagem corporal; índice de massa corporal; alimentação e crenças socioculturais; ansiedade e autocrítica; Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a Beleza.

## **The Importance of Female Body Social Representations on Eating Disorders**

### **Abstract**

A female adolescent sample between ages 12 to 18 (N=298) without eating disorder diagnosis was studied with the aim to understand the weight concern importance on their appearance construction and their anxiety and selfcriticism levels. In this context, we evaluate between groups statistical differences according to BMI (normal BMI; overweight), age (12-15; 16-18) and socioeconomical status (low; middle/high), using non parametric tests. The weight related dimensions are evaluated by the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire portuguese version (Rocha, 2012); to measure social anxiety and avoidance, we use “Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes” (EAESSA) (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2002). Dependency and selfcriticism dimensions related to depression are evaluated by the “Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes” (QED-A) portuguese version (Morgado & Campos, 2011). To study the sociocultural beliefs about beauty a scale was developed, identified as “Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a Beleza”. The psychometric data obtain through this scale (principal components analysis, validity and reliability) show satisfactory results.

In relation to the main purpose of this work we verified that the overweight girls (BMI) evaluate their appearance worst and are more concern with being overweight. They also appear as more selfcritic and anxious (e.g.: interaction with the opposite sex). It is possible to conclude that social representations are relevant in this results, considering that overweight girls score higher in beauty ideal legitimation (thinness), in social influence upon appearance and in image associated rigidity.

The social representation influence seems to be felt since early ages, with younger girls showing greater dissatisfaction with their image and being more concerned with being overweight. This group also shows higher anxiety and selfcriticism levels.

**Key Words:** body image; body image index; feeding and sociocultural beliefs; anxiety and selfcriticism; Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a Beleza.

## Agradecimentos

Ao professor Doutor Rui Paixão, pelo exemplo de profissionalismo, orientação e conhecimentos transmitidos.

À minha mãe, pelos desafios, pela educação e pelo amor. Pelo caminho que nos levou a aceitar-nos e a ser tão diferentes quanto o somos iguais.

Ao meu pai, pelos valores, sonhos, espírito crítico e pelo amor. Pelos talentos passados que a genética não justifica.

Aos meus avós, que ainda hoje me acompanham. Ao meu avô, que vive dentro de mim.

À Tita, minha irmã, que me deixa confiar-lhe o que não confio a mim mesma. Ao JT, meu irmão, e a todos os outros que após tantos anos lá continuam.

À Nádía, que não menos foi que o meu berço à chegada.

Aos meus amigos de Coimbra, por tão bem me legendarem e darem cor à escala de cinzentos da minha personalidade.

À Bá e à Sofia que me proporcionaram uma realidade tão nossa e tão única que deliciosamente ultrapassa os silogismos absolutos da existência.

À Renata por tão cúmplice partilhar comigo os silêncios.

Ao Rui por dividir comigo a eterna paixão pela magia desta cidade.

À Samantha, pela integridade revestida de saudável loucura.

À Cris, por se ter tornado um acolhedor porto de abrigo.

À Mafalda, pelas portas sempre abertas quer de casa, quer do coração.

À Rita, que tantas vezes me deu a conhecer o inaudito.

Ao Miguel, por cada molécula de oxigénio gasta com vontade viver.

À Catarina, por cada sorriso desde que nos/te encontraste/mos.

À Sarinha, pela felicidade tão pura dos momentos divididos.

À Leonor, por partilhar a vontade de “mudar o Mundo pela palavra”.

À Fran, por ter feito de nós uma segunda família.

À Marta, por me mostrar que tropeçar em boas pessoas ainda é possível.

A esta cidade que me libertou de amarras e que me permitiu descobrir-me. Tudo isto é apenas um começo, e hoje é simplesmente mais um dia.

*“If the doors of perception were cleansed every thing would appear to man as it is, Infinite. (...)”*. (William Blake)

## Índice

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura) .....	1
1. Imagem corporal .....	1
2. Perspetiva Sociocultural .....	2
2.1 Historicidade do Corpo Feminino Ideal .....	3
2.2 Crenças Sociais na Atualidade e <i>media</i> .....	4
2.3 Teoria das Mentalidades Sociais .....	5
3. Perspetiva Psicodinâmica .....	5
3.1 Distúrbios Alimentares .....	6
3.2 Distúrbios Alimentares e Adolescência .....	7
3.3 Anorexia Nervosa e Adolescência .....	8
3.4 Bulimia Nervosa e Adolescência .....	9
II – Objectivos .....	11
III - Metodologia .....	12
1. Amostra e Recolha de dados .....	12
2. Instrumentos .....	12
2.1 Questionário de caracterização (sociodemográfica e clínica) .....	12
2.2 Questionário de autorresposta, construído a partir da versão portuguesa da Entrevista Clínica Estruturada (SCID-I) (Del-Ben et al., 2001) .....	13
2.3 EAESSA de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2002) .....	14
2.4 Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) – versão portuguesa (Morgado & Campos, 2011) .....	14
2.5 Validação do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza .....	15
2.6 Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self (MBSRQ) – versão portuguesa (Rocha, 2012) .....	16
3. Procedimentos .....	17
IV - Resultados .....	18
Estudo 1: Validação do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza (alfa de Cronbach, teste-reteste e análise de componentes principais) .....	18
1.1 Teste Reteste .....	26
Estudo 2 .....	27
2.1 Estudo da relação existente entre a satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso e as dimensões de ansiedade e depressividade, e representações sociais do corpo feminino .....	27
2.2 Estudo das diferenças intergrupais (idade e nível socioeconómico), face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino .....	30
2.3 Estudo das diferenças intergrupais entre adolescentes com IMC normal e acima do peso, face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino .....	33
V - Discussão .....	36
VI - Conclusões .....	40
Bibliografia .....	41
Anexos .....	50

## I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

### 1. Imagem corporal

O estudo neurológico da imagem corporal remonta ao início do século XX (Cardosi, 2006; Pruzinsky & Cash, 2001), sobretudo entre os anos 1900 e 1905 com o aparecimento do termo “esquema corporal” introduzido por Head na terminologia técnica da fisiologia cerebral (Gaspar, 1999), e com o termo “*self refletido*” de Colley em 1902 (Cardosi, 2006), numa referência à cristalização das opiniões externas no *self* sob a forma de autoconceito social.

Os primeiros estudos na área psicanalítica surgem com os trabalhos de Schilder, desenvolvidos a partir dos anos 20, em particular entre 1935 e 1950 (Gaspar, 1999; Grogan, 2008; Pruzinsky & Cash, 2002), onde a imagem corporal ganha um carácter multidimensional, não circunscrito à medicina (Cardosi, 2006; Gaspar, 1999; Pruzinsky & Cash, 2002).

A ideia de imagem corporal, enquanto fronteira entre o *self* e o ambiente, surge nos anos 50 e 60 com a Teoria dos Limites da Imagem Corporal de Fischer, um dos marcos da literatura psicanalítica sobre o tema (Pruzinsky & Cash, 2002). No paradigma psicodinâmico moderno dos anos 90, destaca-se Krueger e os trabalhos sobre a vinculação interpessoal como elemento explicativo da formação de alguns aspetos da imagem corporal (Pruzinsky & Cash, 2002).

A associação entre imagem corporal e distúrbios alimentares é desenvolvida nos anos 60 do século XX (Thompson, 1996), uma década marcada pela orientação cognitivista (Cardosi, 2006; Pruzinsky & Cash, 2002), e cujo corpo teórico cresce consideravelmente nos anos 90, através dos estudos com pacientes diagnosticados com anorexia e bulimia (Buddeber-Fischer, Klaghofer, & Reed, 1999). Rosen, Reiter e Orosan (1995), sugerem que tais distúrbios não se cingem apenas à componente comportamental, comportando uma insatisfação para com a imagem corporal e a aparência física. Em 1997 Rosen afirma a crença de que tal insatisfação poderá ser uma das principais causas para o desenvolvimento destas patologias.

No final da década de 80 a imagem corporal era vista como a imagem mental da dimensão física do sujeito (Thomas, 1989); durante a década seguinte o conceito tornou-se mais próximo da Psicologia e da cultura, enquanto “representação mental do *self*” (Garner, 1997). Hsu e Sobkiewicz (1991) sugeriram, neste contexto, incluir no conceito os aspetos relativos aos sentimentos e às atitudes face ao corpo.

O paradigma psicossocial no estudo da imagem corporal ganha especial forma na transição para o séc. XXI. Jackson (2002) dedica um capítulo à atratividade física no âmbito sociocultural, enaltecendo a influência que os factores socioculturais exercem no comportamento e pensamento individuais; Grogan (2008), concetualiza a imagem corporal

como um fenómeno de natureza psicológica condicionado não só pelas experiências individuais, como também pelo meio cultural de atuação do sujeito. O crescimento exponencial da literatura sobre o tema é marcado pelo carácter multidisciplinar e multidimensional atribuído pela grande maioria dos autores à imagem corporal (Pruzinsky & Cash, 2002; Szymanski & Cash, 1995; Usmiani & Daniluk, 1997).

## 2. Perspetiva Sociocultural

Numa perspetiva sociocultural os valores sociais e culturais influenciam a forma como os indivíduos pensam, agem, se auto-percebem e interagem com os outros, pactuando com as crenças individuais na construção do *self* ao longo do desenvolvimento (Jackson, 2002). Esta interação irá ser determinante para a construção da imagem corporal do sujeito, nas suas perceções e comportamentos face ao próprio corpo (Cardosi, 2006; Cash & Fleming, 2002; Grogan, 2008; Monteath & McCabe, 1997; Sault, 1994). Estudos desenvolvidos por Silberstein, Striegel-Moore, Timko e Rodin (1988) e Stormer e Thompson (1996), vieram demonstrar uma correlação entre a insatisfação para com a imagem corporal e a internalização de ideais sociais.

De acordo com a literatura, o género feminino vivencia uma maior preocupação com a imagem corporal (Cardosi, 2006; Grogan, 2008; Striegel-Moore & Franko, 2002). Este facto é proeminente no Ocidente, numa sociedade patriarcal em que as mulheres são valorizadas pela beleza em detrimento da inteligência; sendo o ideal societal de beleza atual marcado pela magreza, esta torna-se sinónimo de felicidade, sucesso, liberdade e juventude (Dakanalis & Riva, 2013; Grogan, 2008; Hesse-Biber, Leavy, Quinn, & Zoino, 2006; Maine, 2000; Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1985; Tiggemann, 2002), o que justifica a procura do controlo e do poder, por exemplo, no mundo do trabalho. Corroborando esta ideia, os resultados do estudo de Monteath e McCabe (1997) mostraram que as imagens corporais são consideravelmente mais saudáveis para as mulheres que se enquadram no ideal societal. Por outro lado, estar acima do peso marca o estereótipo de preguiça, falta de controlo e autodisciplina (Dakanalis & Riva, 2003), associando-se a pessoas menos populares e inteligentes (Stephens & Hanson, 1994).

As distorções na imagem corporal estão associadas a ideais de beleza transmitidos pela sociedade e por interações sociais mais diretas (Wertheim, Paxton, & Blaney, 2004), evidenciando a integração das crenças socioculturais na etiologia dos comportamentos alimentares patológicos (Miller & Pumariega, 2001; Monteath & McCabe, 1997; Morais, 2002; Petrie et al, 1996; Stice & Shaw, 1994). De acordo com Monteath e McCabe (1997), as distorções percetivas face ao tamanho e forma corporais podem sinalizar distúrbios da imagem corporal, presentes, de acordo com alguns autores, nos quadros de perturbações alimentares (Cash & Deagle, 1997; Probst & Vancampfort, 2008). Uma meta-análise desenvolvida por Cash e Deagle (1997), envolvendo um grupo clínico de anoréticas e bulímicas e um grupo não clínico, evidenciou que as pacientes diagnosticadas apresentavam

maior distorção perceptiva e insatisfação cognitiva face ao corpo; Stice e Shaw (1994) concluíram, no mesmo sentido, que existe uma relação entre perturbações alimentares e insatisfação corporal.

Contudo, esta ideia não é consensual; tal como apontam Maximiano, Miranda, Tomé, Luís e Maia (2005), tais distúrbios na imagem corporal têm vindo a ser apontados por estudos recentes como estando também presentes na população geral. Vários autores afirmam a existência de uma tendência entre as mulheres ocidentais para a insatisfação corporal, face ao corpo societal idealizado (Miller & Pumariega, 2001; Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1985; Wolszon, 1998), mediante a exposição às mensagens dos *media* (Boyce, Kuijer, & Gleaves, 2013). Hsu (1990) refere que os distúrbios alimentares são commumente encontrados num grupo particular, nomeadamente mulheres caucasianas jovens, de nível socioeconómico elevado e que se encontram num contexto competitivo e promotor da magreza.

## 2.1 Historicidade do Corpo Feminino Ideal

Durante o Renascimento (sécs. XIV a XVII), o corpo feminino desejável era corpulento (Morais, 2002); particularmente na época colonial (séc. XVII), em que a mulher devia trabalhar para a subsistência familiar, valorizava-se a imagem fértil e fisicamente forte (Derenne & Beresin, 2006). O reforço da sociedade patriarcal fez-se sentir no séc. XIX, com a objetivação da mulher: a figura seria em ampulheta, de ancas e busto largos e cintura fina, tornando a mulher apelativa a ser escolhida para casar (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006).

O paradigma de objetificação do género feminino alterou-se profundamente na transição para as primeiras décadas do séc. XX; durante a popular “Era Burlesca”, as mulheres investiram mais na vida profissional e no divertimento, em detrimento do casamento (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006). A figura preferencial tornou-se masculinizada e angular, peito e ancas reduzidos e pernas longas; as mulheres que não conseguiam atingir esta figura, começaram dietas rigorosas para corresponder ao novo ideal (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006).

A 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial (1939-45) trouxe de volta um ideal corporal semelhante ao vitoriano; com os maridos na guerra, as mulheres teriam que fazer parte da força de trabalho (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006). Porém, o valor dos papéis de género voltou a ganhar força no pós-guerra entre os anos 40 e 60; o retorno dos homens aos lares a par de um período de expansão económica marcou esta era com os “*Baby Boomers*” (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006). O ícone corporal da época, com a sua figura curvilínea e volumptuosa, foi Marilyn Monroe (Brumberg, 1997; Morais, 2002). A par da influência acrescida pela televisão enquanto passatempo familiar da época (Cardosi, 2006), surge em 1959 nos E.U.A. a boneca *Barbie*; mesmo com medidas anatómicas impossíveis de alcançar, tornou-se o ideal de beleza entre as raparigas jovens (Maine, 2000).

O retorno à luta pela igualdade faz-se na década de 60; recuperando os ideais dos anos 20, as mulheres voltaram a idealizar corpos mais



masculinizados. O ícone da época revê-se na supermodelo britânica *Twiggy* (Cardosi, 2006; Derenne & Beresin, 2006; Grogan, 2008). “Vendida” pelos *media* como um modelo de beleza e juventude, a figura de *Twiggy* com 1,70m e 41kg trouxe a magreza à ribalta no mundo moda (Grogan, 2008; Maine, 2000). A obtenção e manutenção de um corpo assim não eram fáceis para a maioria das mulheres, surgindo uma cultura de dietas extremas difundida até ao final dos anos 80 (Cardosi, 2006).

## 2.2 Crenças Sociais na Atualidade e *media*

O corpo ideal tem estado em emagrecimento desde os anos 90, numa era de glorificação do *fitness* (Jackson, 2002; Stice & Shaw, 1994; Wertheim, Paxton, & Blaney, 2004). Acompanhando as expectativas irrealistas em torno da prossecução da meta de magreza, está a baixa autoestima e os estados depressivos; a literatura enaltece que as mulheres surgem nos *media* como “anormalmente magras” (Campagna & Souza, 2006; Cardosi, 2006; Carter & Steiner, 2004; Rodin, Silverstein, & Striegel-Moore, 1985; Wolszon, 1998). De acordo com Derenne e Beresin (2006), a modelo média dos anos 50 era 8% mais magra que a mulher “mediana”; uma percentagem que aumentou para os atuais 23%.

Uma revisão dos trabalhos feitos na área por Rodin, Silverstein e Striegel-Moore em 1985 comprovou que à data, a maioria dos estudos aponta para uma maior suscetibilidade feminina face aos estereótipos sociais; uma ideia corroborada por Sault (1994) e Jun (2010) que comumente se associa ao avanço tecnológico dos anos 80 e 90, na chegada das mensagens publicitárias a uma franja cada vez mais alargada de população (Derenne & Beresin, 2006; Gaspar, 1999; Pessoa, 2010; Silverstein, Perdue, Peterson, & Kelly, 1986). São disso exemplo os editoriais de celebridades e modelos magras (Maltby, Giles, Barber, & McCutcheon, 2005).

Atualmente é dito às mulheres que podem “ter tudo”: família e casa perfeitas, carreira de sucesso e um corpo de sonho (Derenne & Beresin, 2006). As mulheres, em particular as mais jovens, tendem a construir um vasto conjunto de crenças com base nas representações do corpo feminino transmitidas pelos *media*. No que toca à atratividade, um estudo desenvolvido por O’Grady (1989), mostrou que mulheres menos atrativas possuem uma menor autoestima social; a magreza significa para elas poder e controlo sobre o corpo e a vida (Sault, 1994), sucesso (Pessoa, 2010; Wertheim, Paxton, & Blaney, 2004), desejabilidade para o sexo oposto (Grossbard, Neighbors, & Larimer, 2011; Pessoa, 2010) e aceitabilidade social (Pessoa, 2010).

A literatura tem vindo a apontar a disparidade considerável entre a autoperceção da imagem corporal e o corpo idealizado pelos *media*; num estudo desenvolvido por Durkin e Paxton (2002), comprovou-se que as adolescentes sujeitas a imagens idealizadas experienciavam *a posteriori* menor bem-estar e maior insatisfação corporal. Tal como indicam Maltby, Giles, Barber e McCutcheon (2005) e Petrie et al. (1996), inúmeros estudos apontam para uma ligação direta entre o conteúdo publicitário, a insatisfação

corporal, estados afetivos negativos e sintomatologia ligada a perturbações alimentares.

### 2.3 Teoria das Mentalidades Sociais

A Teoria das Mentalidades Sociais surge a partir da perspetiva evolucionária de Gilbert (2005); de acordo com o autor, as mentalidades sociais são unidades de atividade neuropsicológica padronizada que agregam emoções, motivações, comportamentos e processamento de informação. Assim sendo, as mentalidades sociais permitem a co-criação de papéis sociais num esquema tripartido entre sinais externos (dos outros face ao *self*), motivações internas e o processamento individual do significado de ambos (Gilbert, 2005).

Sinais internos negativos como a autocrítica e o relacionamento externo com os outros afetam a forma como nos autoavaliamos (Gilbert, 2005); aplicando esta premissa à imagem corporal, o autocrítico poderá resultar parcialmente da introjeção de críticas exteriores ao longo do desenvolvimento.

De acordo com Gilbert e Irons (2005), o autocrítico é uma relação eu-eu em que uma das partes do *self* se sente defeituosa e inferior, acusando-se e odiando-se, o que está intrinsecamente relacionado com baixa autoestima.

O autocrítico está frequentemente ligado à psicopatologia, particularmente à sintomatologia depressiva e aos sentimentos de desvalorização (Amaral, Castilho, & Gouveia, 2010); encontra-se ainda associado à ansiedade social (McClintock & Evans, 2001; Walter, Bulick, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004) e às perturbações do comportamento alimentar (Steiger, Goldstein, Mongrain, & Van der Feen, 1990). Particularmente no que respeita à ansiedade social, tem-se verificado a sua co-ocorrência com os distúrbios alimentares, caracterizados pelo medo da avaliação dos outros, face à performance social (Buckner, Silgado, & Lewinsohn, 2010), ou seja, se o *feedback* social face ao sujeito for indicador de insucesso, é natural que se desenvolva um afeto negativo. Tal como indica Gilbert (2005), tais sentimentos estão associados à rejeição, desvalorização e abandono e são comuns entre mulheres jovens, surgindo particularmente em mulheres diagnosticadas com perturbações alimentares.

### 3. Perspetiva Psicodinâmica

De acordo com Carneiro (2008), o surgimento de distúrbios alimentares não se pode circunscrever ao papel dos padrões de beleza divulgados pelos *media*, pelo que a abordagem psicodinâmica permite um conhecimento mais aprofundado sobre o tema.

Nas teorias clássicas, é comum a referência aos conflitos edipianos e ao confronto com a sexualidade adulta (Goodsitt, 1985), particularmente na obra de Melanie Klein (n/d, cit. in Segal, 1975). No complexo de Édipo kleiniano, o bebé projeta na díade parental os seus próprios desejos de teor

agressivo e libidinal (Segal, 1975). Marcelli e Braconnier (1988) apontam a direcionalidade destas energias (libidinal e agressiva) e o confronto com a sexualidade adulta como estando na origem deste tipo de distúrbios. Ao perscrutar as teorias clássicas, nota-se uma associação entre as perturbações alimentares e a regressão de estados fálicos ou edipianos a estados orais (Sugarman & Kurasch, 1982).

Os estudos na esfera psicanalítica realizados na era moderna têm vindo a focar-se em distúrbios nas relações objetais (Goodsitt, 1985; Kullman, 2007; Steiger & Houle, 1991; Tirelli, 2004) e no processo de separação/individuação da criança face à mãe (Kullman, 2007; Sugarman & Kurash, 1982). Steiger e Houle (1991) referem que lacunas a nível parental estão na origem de *deficits* desenvolvimentais de cariz relacional: a criança não constrói corretamente o “*self*” nem a imagem dos “outros” dentro de si (Goodsitt, 1985; Steiger & Houle, 1991); ao falhar, o relacionamento interpessoal culmina numa fixação narcísica para com o próprio corpo e no desenvolvimento de mecanismos de defesa mal-adaptativos: o corpo torna-se o único meio conhecido para a regulação emocional.

Nas últimas décadas tem crescido um paralelismo entre a perspetiva psicodinâmica e a sociocultural; tal como indica Kullman (2007), uma leitura multidimensional das perturbações alimentares implica uma etiologia mais diversificada que engloba estímulos culturais externos, dinâmicas familiares direcionadas para o perfeccionismo e o *stress* que advém da privação e/ou negação da comida e da própria vida.

### 3.1 Distúrbios Alimentares

Os distúrbios alimentares são considerados a par da depressão, abuso de substâncias, *stress* e “perturbações de pânico” como as patologias do século XXI, mesmo quando o seu estudo remonta a quadros clínicos conhecidos há várias décadas (Fuks & Pollo, 2010). De acordo com Hoeken, Seidell e Hoek (2005), os índices de anorexia nervosa têm vindo a crescer nos últimos 50 anos com uma prevalência clara entre mulheres jovens dos 10 aos 24 anos; o mesmo se verifica para a bulimia nervosa, nos cinco anos após a sua inclusão no DSM-III.

Chassler (1998) indica que a anorexia e a bulimia nervosas assentam num pressuposto básico comum: ambas se caracterizam por um medo mórbido em relação ao peso corporal. Segundo a literatura, os sujeitos afetados apresentam mecanismos de defesa mal-adaptativos: existe a necessidade de domínio/controlo rígido sobre o corpo e uma tendência para a regressividade (Paixão, 2002). Um estudo comparativo desenvolvido por Steiger, Van der Feen, Goldstein e Leichner (1988), comprovou que os sujeitos diagnosticados apresentam não só defesas mais primitivas que o grupo de controlo, como também maiores dificuldades na representação objetual.

De acordo com uma revisão da literatura de Steiger, Goldstein, Mongrain e Van der Feen (1990), baseada na teoria das relações objetais de Blatt e Schichman (1983), emergem duas linhas principais para a compreensão destas patologias. A via anaclítica, associada à anorexia

nervosa, surge ligada a mecanismos mais primitivos e infantis devido a falhas nas primeiras relações: acredita-se que estes sujeitos experienciam baixa autoregulação emocional, depressão anaclítica e dificuldades na construção da autonomia e identidade. Na esfera da bulimia nervosa tem-se a via introjetiva: neste caso, os sujeitos procuram alcançar poder e controlo sobre si mesmos através da construção de uma autoimagem positiva. Contudo, não a conseguem construir devido a sentimentos internos de insignificância e culpa; a depressão introjetiva é marcada por hostilidade introjetada direcionada ao *self*.

### 3.2 Distúrbios Alimentares e Adolescência

O corpo tem vindo a ganhar cada vez mais espaço na vida dos adolescentes como forma de afirmação e construção de identidade; a relação com o grupo de pares é influenciada de forma evidente por este aspeto, uma vez que ao jovem interessa “ser bem visto e aceite aos olhos de outrem”. Tal como evidenciam Macedo, Gobbi e Waschburger (2004), o corpo é, de fato, a via que o adolescente encontra para exprimir o seu psiquismo. De acordo com pesquisas realizadas por Hsu (1990), os adolescentes que iniciam dietas para perder peso tendem a ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares, particularmente se experienciarem baixa autoestima e se tiverem dificuldades na construção da identidade. Hsu (1990) refere ainda, a presença de perturbações comórbidas como ansiedade social e depressão, como factores precipitantes ao desenvolvimento dessas perturbações entre adolescentes em dieta.

Durante a puberdade, o adolescente experiencia alterações físicas consideráveis. Num primeiro momento, a perceção do próprio corpo é em si dificultada pelo paradoxo criança/adulto; o adolescente depara-se com um “novo eu” perante o espelho (Paixão, 2002); um corpo maduro que pode não ser reconhecido e aceite (Tirelli, 2004).

As transformações decorrentes da puberdade vêm afetar a formação da personalidade do adolescente ao acarretarem consequências psicossociais (Macedo, Azevedo, & Castan, 2004). Nas raparigas, tem-se como exemplo a primeira menstruação enquanto momento de despersonalização e angústia decorrente do não controlo sobre o próprio corpo (Macedo, Azevedo, & Castan, 2004); confrontam-se com um corpo não infantil que as aproxima do corpo materno e sexual (Sugarman & Kurash, 1982). Existe, assim, uma dualidade de investimento no próprio corpo que pode oscilar entre objeto de amor ou agressão: o corpo do Eu (que o *self* reconhece como seu) e o corpo do não Eu (desconhecido face às mudanças pubertárias); o corpo tido como estranho ao próprio *self*, representa a cristalização das representações parentais: tal como indica Paixão (2002), torna-se o “(...) lugar de projecção destes fantasmas (...)”.

A par da já referida atribuição das perturbações alimentares a problemas existentes nas primeiras relações de infância, encontra-se então uma fixação corporal de cariz narcísico; o adolescente retorna a um investimento excitatório à zona oral (autoerotismo) como forma de aliviar as angústias inerentes às pulsões genitais (Paixão, 2002).

### 3.3 Anorexia Nervosa e Adolescência

A anorexia nervosa surge como uma perturbação de carácter psicológico associada maioritariamente a jovens do sexo feminino (Paixão, 2002), de incidência particularmente elevada entre os 15 e os 19 anos (Hoeken, Seidell, & Hoek, 2005). Segundo Casper et al. (1992, cit. *in* Paixão, 2002), esta patologia tende a surgir precocemente por volta dos 12 anos, com pico entre os 14 e os 15. A definição comum de anorexia nervosa ou mental relaciona-se à não ingestão de alimentos; como indica Paixão (2002), constitui-se como uma “(...) aversão mórbida ao comer sem qualquer outra justificação”. A perda radical de peso é talvez a característica mais evidente do quadro, podendo chegar a cerca de 50% do peso inicial (Harrison, 1997; Paixão, 2002). Nas jovens, a amenorreia é comum por um período superior a três meses (Harrison, 1997; Morais, 2002; Paixão, 2002). Em 1977, Casper e Davis concetualizavam já a perturbação como decorrente em três fases: a primeira, iniciada meses a anos antes da sua manifestação clínica, envolve um conjunto de eventos precipitantes que provocam o decréscimo da autoestima e a intensificação da autoconsciência física; a segunda é marcada pelos comportamentos associados ao medo exarcebado de comer e ao orgulho na perda de peso; finalmente, a terceira prende-se à negação da perturbação pela submissão à privação alimentar e corresponde ao estabelecimento do quadro clínico.

Uma das primeiras considerações acerca da anorexia nervosa surge com Freud (1893; 1969; cit. *in* Cunha & Vorcaro, 2013): considera-a uma neurose paralela à melancolia, pelo não desenvolvimento da sexualidade. Definindo a melancolia enquanto um estado em que o próprio Ego se sente desvalorizado e incapaz, merecedor de abandono e punição, Freud (1915; 1917; cit. *in* Strachey, 1957) refere que esta “desilusão de inferioridade” se vê ultimada pela recusa do alimento, essencial à manutenção da vida.

Na mesma época histórica, Abraham (n/d, cit. *in* Cunha & Vorcaro, 2013; n/d, cit. *in* Paixão, 2002) estabelece a ligação entre a melancolia e a regressão temporal à fase oral do desenvolvimento, um conceito que será basilar para grande parte da literatura sobre o tema nos anos seguintes.

No séc. XIX a anorexia torna-se uma unidade clínica independente; surge o termo “anorexia histérica” associado à obstinação, com Lasègue (1873, cit. *in* Fortes, 2011). No séc. XX, Bruch (1978) associa a anorexia à autonomia face ao objeto, explicando que a negação extrema do alimento é a única forma que o *self* fragilizado encontra para ganhar poder e conquistar a sua individualidade; a rejeição da comida constitui-se na luta pela autonomização face ao domínio ameaçador do objeto materno (Fortes, 2011). A quebra dessa dependência conduz a um desejo megalómano de controlo sobre o corpo, uma conceção que remonta à definição freudiana de “ascetismo da puberdade” (Cunha & Vorcaro, 2013). O ascetismo corresponde à anulação da vida e da satisfação pulsional, impedindo o investimento na zona genital e a intrusão do desejo do outro (Morais, 2002); é a manifestação da procura do adolescente pela recuperação do corpo infantil (Paixão, 2002).

O paralelismo entre a anorexia nervosa e a adolescência é evidente se considerarmos a perturbação como uma forma de responder à dificuldade em elaborar a posição depressiva, uma problemática tida como comum nesta fase do desenvolvimento pela necessidade de abandonar a infância e construir uma nova identidade (Carneiro, 2008; Paixão, 2002). Existe portanto uma clivagem entre o bom e o mau objeto, o corpo infantil (não sexuado) e o corpo pubertário: uma dialética que se relaciona com a posição esquizo-paranóide de Klein (Paixão, 2002).

Do ponto de vista defensivo, Carneiro (2008) caracteriza os sujeitos diagnosticados como possuindo uma estrutura defensiva forte, marcada por características perversas. Aquando da passagem para a puberdade, em que a criança deverá perceber a mãe como objeto total e autónomo, pode haver resistência a essa mudança; como tal, a criança regride (Abraham, n/d, cit. in Paixão 2002) e fortifica as suas defesas de carácter maníaco (Carneiro, 2008). Lidando com isto de forma perversa, os sujeitos poderão desenvolver uma fantasia na qual se introduzem no corpo materno, obtendo os benefícios adultos da feminilidade e sexualidade e controlando-o por completo, no que Meltzer (1992) denomina de extremo da *folie à deux*: performance pessoal deficitária e autocriticismo exacerbado.

Em termos de comorbilidade, é possível encontrar um conjunto de psicopatologias associadas à anorexia e particularmente a distorções face à imagem corporal, não diretamente relacionadas com o desejo de não ter apetite, nomeadamente no campo histérico, fóbico (medo exagerado de engordar), depressivo e obsessivo (Paixão, 2002). Uma revisão literária de O'Brien e Vincent (2003) demonstra uma particular associação entre anorexia nervosa e distúrbios obsessivo-compulsivos. Deste modo, é compreensível o carácter heterogéneo desta patologia considerando a sua variabilidade caso-a-caso, e as diferentes análises que lhe são atribuídas na literatura psicodinâmica (Paixão, 2002).

### 3.4 Bulimia Nervosa e Adolescência

A bulimia nervosa aparenta índices menores que a anorexia nervosa entre as raparigas que estão a entrar na adolescência; contudo, e apesar de serem poucos os casos que surgem abaixo dos 14 anos, muitas mulheres em tratamento confessam que, de fato, a patologia se terá iniciado nesse período (Bryant-Waugh & Lask, 2013). Assim sendo, apesar de poder surgir em qualquer idade, é mais comum o aparecimento de bulimia no período da adolescência ou a partir dos vinte anos (Chassler, 1998).

O diagnóstico de bulimia nervosa enquanto perturbação alimentar diferenciada de outras ocorreu apenas em 1979 com Russell; no ano seguinte, surge oficialmente no DSM-III (Hoeken, Seidell, & Hoek, 2005). A definição proposta por Russell engloba três características primordiais, nomeadamente uma pulsão para a ingestão excessiva de alimentos, o recurso a métodos de purga para evitar o aumento de peso e um medo desmesurado face a esse aumento (Williamson, 1990).

As características mais conhecidas da perturbação prendem-se com a ingestão de grande quantidades de comida num curto espaço de tempo,

seguidas de episódios de vômito autoinduzido e outro tipo de métodos para perda de peso, como o recurso a diuréticos (Chassler, 1998; Paixão, 2002).

Segundo Chassler (1988), a comida representa nestes casos uma forma de conforto, isto é, permite preencher um buraco emocional oferecendo uma saída a sentimentos de frustração, rejeição, medo e dor emocional. O sujeito tende a ver-se a si mesmo como defeituoso, não merecedor de afeto ou estima; o *self* encontra-se dominado por uma elevada tensão intrapsíquica (Reich & Cierpka, 1998).

Em termos psicodinâmicos clássicos, Freud (1899, cit. in Chassler, 1998) falava já da síndrome de bulimia nervosa como uma regressão dos desejos genitais. Porém, e tal como acontece acerca das considerações sobre a anorexia nervosa, é comum na literatura o surgimento de teorias mais direcionadas para perturbações nas relações de objeto primárias. Sugarman e Kurash (1982) situam a problemática na delimitação do ego primário durante a fase de separação/individuação face ao objeto materno; o sujeito falha em separar-se cognitivamente e fisicamente do objeto materno, utilizando o seu próprio corpo como objecto transitivo. O recurso a objectos transitivos externos conduzirá então a uma fixação narcísica para com o próprio corpo (Sugarman & Kurash, 1982). Tal como indica Chassler (1998), a bulimia representa a coexistência de desejos contraditórios de fusão e autonomia, manifestos por ação corporal concreta: a fusão com o objeto materno pela ingestão voraz de alimentos e a subsequente rejeição do objeto ameaçador através do vômito. Em última instância, na visão de Reich e Cierpka (1998), a bulimia nervosa é em si mesma um conflito entre partes contraditórias do *self*, uma delas relativa ao autocontrolo e independência e outra em que predomina a fraqueza, a culpa e a falta de autocontrolo.

No caso de um paciente bulímico adolescente, é compreensível que se intensifiquem particularmente algumas problemáticas de cariz infantil, nomeadamente a falta de direcionalidade da libido e distúrbios nas representações objetivas e na construção do *self* corporal (Chassler, 1998). Uma vez que existem falhas por parte destes sujeitos ao nível da utilização de objetos transitivos, o próprio corpo é o único recurso que se encontra disponível para a experiência concreta do fenómeno de individuação/separação; ao contrário do que seria de esperar, o corpo não é vivenciado como análogo ao corpo materno, mas sim como o corpo materno em si mesmo, ou seja, fundido (Chassler, 1998). O ciclo de ingestão e purga torna-se então a única forma que o indivíduo encontra para sustentar a linha difusa e frágil que separa o *self* do outro, ingerindo-o e expulsando-o pelo seu carácter ameaçador (Chassler, 1998).

No que respeita a comorbilidade, Dansky, Brewerton e Kilpatrick (2000), evidenciam uma prevalência elevada de abuso de álcool entre mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa quando comparadas a um grupo controlo; existem ainda evidências de comorbilidade elevada entre bulimia nervosa e perturbações de personalidade (Carroll, Touyz, & Beumont, 1996), particularmente no caso de personalidade *borderline* (O'Brien & Vincent, 2003). Finalmente, num estudo desenvolvido por Zborowski (1998), foi possível verificar que as mulheres diagnosticadas apresentam não só níveis superiores de depressão e dependência

interpessoal, como um maior número de defesas mal-adaptativas e de traços de ansiedade.

## II – Objectivos

O presente trabalho desenvolve-se em dois estudos. O primeiro objetiva-se na validação psicométrica do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a Beleza, criado para o efeito desta investigação. Ainda neste estudo, pretende-se obter um conjunto de indicadores relativos à fidelidade e validade deste Teste, particularmente a validade de construto, estudada com base na relação entre os dois índices gerais oferecidos pelo teste (*crenças sociais e crenças individuais*) e as duas subescalas da EAESSA (*autocriticismo e ansiedade social*).

O segundo estudo visa em primeiro lugar verificar se as jovens que se preocupam mais com o peso, são as que avaliam pior a sua aparência, sendo também as que demonstram maiores níveis de ansiedade e depressividade. Este objetivo será alcançado cruzando os indicadores obtidos através das seguintes subescalas: *ansiedade/evitamento social* (EAESSA de Situações Sociais para Adolescentes), às *experiências depressivas* (Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes) e às *crenças socioculturais sobre a beleza* (Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza) e *avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo; orientação da aparência; preocupação com o excesso de peso e auto-classificação do peso* (Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self).

O estudo das correlações, ao se verificarem negativas, constitui-se como um indicador que as jovens que apresentam uma maior satisfação com a sua aparência (MBSRQ), são as que apresentam menor ansiedade social e autocriticismo/suscetibilidade à depressividade. Será ainda possível compreender se as mesmas jovens legitimam mais o ideal de beleza (magreza), bem como se constroem a sua imagem corporal de forma mais rígida e sob uma maior influência das representações sociais.

Procura-se, ainda, identificar possíveis diferenças intergrupais entre adolescentes com *IMC normal e acima do peso* para as quatro escalas e efetuar um cruzamento entre esses dados e variáveis de cariz sociodemográfico. Os dados permitirão identificar que jovens avaliam melhor a sua aparência, e quais delas manifestam níveis superiores de ansiedade social e autocriticismo; uma diferenciação face ao tipo de crenças sobre o ideal de beleza, permitirá retirar conclusões sobre a influência destes factores nos resultados obtidos anteriormente.

As hipóteses de seguida apresentadas, operacionalizaram-se pela divisão da amostra em grupos de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) (cf. procedimentos).

H1: Os grupos *IMC normal e acima do peso* evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *ansiedade e evitamento* de situações sociais (EAESSA);



H2: Os grupos *IMC normal* e *acima do peso* evidenciam diferenças estatisticamente significativas ao nível das experiências depressivas – *autocriticismo* (depressividade introjetiva) e *dependência* (depressividade anaclítica) (QED-A);

H3: A susceptibilidade às crenças socioculturais evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *IMC normal* e *acima do peso* (Teste das Histórias)

H4: Os grupos *IMC normal* e *acima do peso* evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos níveis da *avaliação da aparência/satisfação com as áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso* (MBSRQ)

### III - Metodologia

#### 1. Amostra e Recolha de dados

A amostra foi recolhida através de um formulário *online* disponível na plataforma *Google\_Docs*. Foram estudados 298 sujeitos exclusivamente do sexo feminino com idades entre os 12 e os 18 anos (M=15.84; DP=1.54); com uma altura média em metros de 1.62 (DP=0.06) e um peso médio em quilogramas de 55.44 (DP=8.70). Geograficamente, 22,8% das respondentes residem na região norte de Portugal; 33.6% na região centro, 38.9% na zona sul e 4.7% pertencem aos arquipélagos da Madeira e Açores. Quanto ao nível socioeconómico, 47.3% assinalaram rendimentos baixos, entre 485€ e 1000€; 50% identificam um nível médio entre 1001€ e 3000€ e apenas 2.7% indicaram rendimentos elevados, superiores a 3001€. A escolaridade varia entre 6 e 13 anos (M=9.96; DP=1.49) (*cf. anexo2*).

Antes da realização desta análise e recorrendo a SCID-I sob a forma de questionário de autorresposta (*online*), foi possível excluir quatro sujeitos por apresentarem diagnóstico de perturbação alimentar atual ou anterior.

De acordo com o cálculo do Índice de Massa Corporal ( $\text{kg/m}^2$ ) proposto pela Organização Mundial de Saúde (2007) (*cf. anexo 3*), Verificaram-se apenas cinco casos extremos (n=3 para *magreza* e n=2 para *obesidade*), tendo decidido-se excluí-los das análises estatísticas subsequentes, dada a sua irrelevância estatística, deixando a amostra com um total de 298 sujeitos.

#### 2. Instrumentos

##### 2.1 Questionário de caracterização (sociodemográfica e clínica)

O questionário de caracterização consta de três componentes: I – dados pessoais; II – dados familiares; III – história clínica. Na primeira componente é pedido ao respondente que se identifique por intermédio de iniciais, indicando de seguida a idade, sexo, residência (cidade), escolaridade, altura (em metros) e peso (em kg).

Os dados familiares a preencher incluem idade, escolaridade e

profissão dos pais e dos irmãos, caso existam; é requerido ainda a indicação de outros elementos do agregado familiar e o nível socioeconómico. No que respeita a este último, e tendo em conta o salário mínimo português, considerou-se como nível socioeconómico baixo o intervalo de 485€ a 1000€, médio de 1001€ a 3000€ e alto como superior a 3001€.

Na terceira parte, correspondente à história clínica, é perguntado ao sujeito se o próprio ou alguém na sua família foi ou é acompanhado por um psicólogo/psiquiatra; caso a resposta seja afirmativa, averigua-se ainda a data e duração do acompanhamento e o diagnóstico mesmo que provável (*cf. anexo I*).

## **2.2 Questionário de autorresposta, construído a partir da versão portuguesa da Entrevista Clínica Estruturada (SCID-I) (Del-Ben et al., 2001)**

O questionário de autorresposta foi construído considerando a recolha da amostra em formato *online*; consta de três perguntas introdutórias, nomeadamente: “*você já foi ou é acompanhado por um psicólogo/psiquiatra? (se sim, desde quando/por quanto tempo/qual o diagnóstico mesmo que provável)*”; “*considera-se uma pessoa sociável?*” e “*considera-se uma pessoa ativa e ocupada?*”.

As duas questões seguintes encontram-se no manual de Del-Ben et al. (2001), no capítulo F – Transtornos de Ansiedade e Outros Transtornos – e são específicas aos transtornos alimentares: “*já houve uma época em que as outras pessoas achavam que você pesava muito menos do que deveria?*” [F75]; “*você muitas vezes teve episódios em que a sua maneira de comer estava fora de controlo? Fale-me sobre esses episódios.*”<sup>1</sup> [F76] (Del-Ben et al., 2001). De acordo com as respostas, é possível considerar um possível diagnóstico [presente (+), ausente ou sub-liminar (-) ou informação inadequada (?)] para anorexia nervosa [F75] ou bulimia nervosa [F76] (Del-Ben et al., 2001).

A entrevista clínica de referência a este questionário foi criada nos anos 80 para o DSM-III (Del-Ben et al., 2001). Em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria publicou uma nova versão do manual (DSM-IV), obrigando a SCID a adaptar-se às alterações dos critérios (Del-Ben et al., 2001). É então publicada por First, Spitzer, Gibbon e Williams (1997) em duas versões: uma voltada para a pesquisa e outra para a prática clínica (SCID-CV ou SCID-I Versão Clínica); a última tem o objetivo primordial de facilitar o diagnóstico clínico feito por profissionais – estabelecendo uma possibilidade de diagnóstico inicial – ao mesmo tempo que permite melhorar as técnicas de entrevista ao paciente (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997).

---

<sup>1</sup>Para a adaptação a um questionário de autorresposta *online*, em vez da expressão “Fale-me sobre esses episódios”, utilizou-se “Descreva esses episódios”.

### **2.3 EAESSA de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2002)**

A EAESSA foi construída por Cunha, Gouveia e Salvador (2002) tendo por população alvo a faixa etária entre os 12 e os 18 anos. Consta de 34 itens de autorresposta e de acordo com os autores possibilita a avaliação do desconforto e evitamento dos adolescentes face a um conjunto de situações sociais, oferecendo em última estância uma percepção acerca do nível de ansiedade social experienciado pelos sujeitos através de duas escalas: *desconforto/ansiedade* e *evitamento*, com *scores* totais a variar entre 34 e 170. A escala, do tipo Likert, oscila entre 1 (nenhum) e 5 pontos (muitíssimo) relativamente ao *desconforto* sentido e à resposta de *evitamento* (1=nunca, até 5=quase sempre) (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2007).

Um estudo realizado por Cunha, Gouveia e Salvador (2007), permitiu verificar através da análise da variância de uma via (ANOVA), diferenças significativas para as duas subescalas – *ansiedade* – entre dois grupos (controlos normais e adolescentes com outras perturbações ansiosas) e um grupo de fóbicos sociais.

Tal como indicam aos autores acima mencionados, o instrumento será uma boa medida da ansiedade social graças às fortes qualidades de cariz psicométrico no que toca à sua validade e precisão; as duas subescalas apresentam elevada consistência interna e estabilidade temporal (Cunha, Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004). Estudos realizados com duas amostras proporcionaram valores de alfa de Cronbach tendencialmente elevados:  $\alpha=.91$  e  $\alpha=.92$  para a subescala *ansiedade*,  $\alpha=.87$  e  $\alpha=.88$  para a subescala *evitamento* e  $\alpha=.94$  e  $\alpha=.95$  para a escala na sua totalidade (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2004).

Através desta escala será possível comparar o nível de ansiedade das jovens com IMC's acima do normal com as que possuem um IMC's dentro do esperado. Será possível, ainda, realizar uma comparação com *scores* obtidos através do teste de Histórias.

### **2.4 Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) – versão portuguesa (Morgado & Campos, 2011)**

A primeira aferição realizada do Questionário de Experiências Depressivas (QED) data de 1976, por Blatt, D'Afflitti e Quinlan. Da aplicação de 66 itens a 500 raparigas e 160 rapazes estudantes universitários, surgiram três factores principais: *dependência*, *autocriticismo* e *eficácia*. A tradução do QED para a língua portuguesa foi realizada por Campos (2000).

O Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) surge, tal como o seu precedente, com 66 itens que possibilitam a avaliação dos três factores acima mencionados respondidos numa escala de Likert de 7 pontos (1=Discordo Totalmente; 7=Concordo Totalmente); o cálculo das escalas ocorreu mediante um programa de cotação desenvolvido por Besser e Babchoock (2000), disponibilizado por Campos aquando da requisição da escala.

A versão portuguesa do QED-A surge em 2013 com Campos, Besser, Morgado e Blatt, numa aferição que contou com 346 estudantes portugueses do ensino secundário entre os 12 e os 18 anos. Os valores de alfa de Cronbach apurados para as subescalas foram de .85 e .68 para *dependência* e *autocriticismo* respetivamente.

Considerando que a *dependência* se associa à depressão anaclítica e o *autocriticismo* à depressão introjetiva (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976; Campos, 2000), o Questionário de Experiências Depressivas irá permitir uma comparação entre os valores obtidos neste grupo não clínico e os encontrados nos estudos com grupos clínicos. De acordo com Campos, Besser, Morgado e Blatt (2013), os factores *dependência* e *autocriticismo* refletem uma predisposição dos sujeitos para a depressão e a psicopatologia, pelo que o seu estudo é particularmente pertinente em populações não clínicas.

Será possível comparar entre os três grupos, que sujeitos têm maior receio de serem abandonados/não amados (*dependência*) e quais se sentem mais ameaçados pela culpa/falha em corresponder a um ideal estabelecido por eles ou pelos outros (*autocriticismo*) (Campos, Besser, Morgado, & Blatt, 2013). O fator eficácia não será considerado no estudo por não constituir um fator de risco para a psicopatologia e para a depressão em particular (Campos, Besser, Morgado, & Blatt, 2013).

## **2.5 Validação do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza**

O Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de beleza, consta de quatro histórias; cada uma delas inclui 16 itens em que a respondente poderá responder mediante uma escala de Likert de 4 pontos, entre 1=Discordo Totalmente e 4=Concordo Totalmente (total de 64 itens). Procurou-se manter o conteúdo dos itens para as quatro histórias, sofrendo apenas pequenas adaptações face às personagens/conteúdo (*cf. anexo 4*).

Criadas para o efeito deste estudo, as histórias são referentes a temáticas associadas ao comportamento alimentar e à preocupação para com o corpo. Todas elas foram construídas de modo a que a respondente se identificasse com o seu conteúdo, colocando-se no papel da personagem principal; as idades que constam nas histórias bem como a linguagem utilizada foram escolhidas considerando esse fim. Entre as quatro histórias são abordados temas como a perda vertiginosa de peso, o recurso a dietas e a exercício físico exagerado, relações complexas com familiares e grupos de pares, a pressão social para a perda de peso e o início da vida sexual.

Para a validação do teste, foram estudados indicadores relativos à consistência interna (alfa de Cronbach), à estabilidade temporal (coeficiente teste-reteste) e à estrutura fatorial (análise de componentes principais) (*cf. resultados*).

Obtiveram-se na totalidade 3 factores por história, cuja nomenclatura foi definida considerando o conteúdo dos itens e das próprias histórias. Os factores 2 e 3 possuem a mesma designação ao longo das quatro histórias:

*Influência social na avaliação da aparência interna e Rigidez e autocontrole* respetivamente. O fator 1 adquire diferentes denominações, nomeadamente *Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à anorexia* (História 1), *Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado a metas futuras* (História 2), *Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à bulimia* (História 3) e, finalmente, *Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado às relações interpessoais* (História 4)

Os indicadores psicométricos obtidos para cada história serão apresentados no 1º estudo deste trabalho (*cf. resultados*).

Verificou-se que nem sempre os itens se mantiveram nos mesmos factores em diferentes histórias, o que poderá ser explicado pelo conteúdo de cada uma delas. Como tal, e apesar dos factores 2 e 3 serem constantes ao longo do teste, há que ter em consideração que estes se adaptam a cada uma das situações nele descritas (*cf. anexo 4*). No geral, o fator 2 propõe-se a avaliar em que medida os sujeitos vêm a representação mental da sua autoimagem influenciada pelas representações sociais. O fator 3, por sua vez, procura compreender quão inflexível é essa autoimagem, aspirando oferecer uma medida que represente a rigidificação íntinseca das crenças sociais.

O fator 1 visa proporcionar uma perceção acerca da legitimação do ideal de beleza social (magreza), em diferentes dimensões (anorexia, metas futuras, bulimia e relações interpessoais) que são, em si, complementares. Neste caso, seria uma medida de cariz individual, permitindo transparecer as crenças pessoais de cada sujeito (e.g.: uma adolescente que legitime mais os comportamentos anorecticos que os bulimicos para a obtenção do corpo magro).

## **2.6 Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self (MBSRQ) – versão portuguesa (Rocha, 2012)**

A primeira versão do MBSRQ surgiu em 1983 com a denominação de *Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ); estudos realizados posteriormente permitiram afunilar a escala, reduzindo-a dos seus 294 itens iniciais para 69 (Cash, 2000). Através de dez subescalas, o teste propõe-se a avaliar as disposições do *self* face ao próprio corpo, sendo aconselhável em idades iguais ou superiores aos 15 anos (Cash, 2000); neste estudo, porém, propomo-nos estudar a sua utilização logo a partir dos 12.

Um estudo realizado com a versão portuguesa do MBSRQ foi conduzido por Rocha em 2012, contando com 98 indivíduos do sexo masculino e 117 do sexo feminino (n=215). Através de um reajustamento, esta versão portuguesa conta com oito subsescalas ao invés das dez originais; procura avaliar duas dimensões (*avaliação e orientação*) em três factores (*aparência, fitness e doença*). Neste estudo foi possível verificar quais as subescalas com maior consistência interna, nomeadamente o Fator 1 (F1) *orientação de fitness* ( $\alpha=.91$ ), o Fator 2 (F2) *avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo* (ESAC) ( $\alpha=.87$ ) e o Fator 3 (F3) a *orientação da aparência* ( $\alpha=.80$ ); as restantes subescalas apresentaram

valores de alfa de Cronbach a oscilar entre o aceitável [*avaliação fitness* ( $\alpha=.73$ )] e o questionável [*orientação da saúde* ( $\alpha=.69$ ), *preocupação com o excesso de peso e auto-classificação do peso* ( $\alpha=.69$ ), *orientação da doença* ( $\alpha=.69$ ) e *avaliação da saúde* ( $\alpha=.66$ )] (Rocha, 2012).

A classificação realiza-se mediante uma escala de Likert de 5 pontos, sendo entre 1=Discordo Completamente e 5=Concordo Completamente para os itens de 1 a 57; no item 58 (“*Já tentei perder peso através de jejuns ou dietas rápidas*”) a escala varia entre 1=Nunca e 5=Muitas vezes. Ainda nos itens 59 (“*Penso que sou:*”) e 60 (“*Ao olharem para mim, a maioria das pessoas pensariam que eu sou:*”), o respondente poderá optar de 1=Muito magro(a) a 5=Muito gordo(a). Finalmente, nos itens 61 a 69 referentes às áreas/aspectos do corpo, o grau de satisfação é definido entre 1=Muito Insatisfeito e 5=Muito Satisfeito (Rocha, 2012).

Valores de alfa calculados para os fatores utilizados na presente investigação, mostraram-se satisfatórios (Pallant, 2005), nomeadamente:  $\alpha=.91$  (*avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo*),  $\alpha=.78$  (*orientação da aparência*) e  $\alpha=.73$  (*preocupação com o excesso de peso e auto-classificação do peso*).

### 3. Procedimentos

Numa primeira fase a totalidade dos sujeitos da amostra foi classificada em função do IMC considerando os quatro grupos: *magreza*, *IMC normal*, *acima do peso* e *obesidade* (cf. anexo 3). A divisão por estes quatro grupos fez-se através de um macro-programa disponibilizado pela OMS, que permite o acesso aos *z-cores* IMC/por idade e sexo (zBMI) (Onis et al., 2007); os valores assim obtidos variam entre dois extremos que sinalizam medidas biologicamente inaceitáveis (<-5 e >5). De modo a confirmar a inexistência de erros de classificação através do macro-programa, recorreu-se, ainda, a uma tabela disponibilizada pela OMS (WHO, 2007) (cf. anexo 3).

Uma vez que se verificou uma elevada disparidade entre a dimensão dos grupos [ $n(\text{IMC normal})=250$ ;  $n(\text{acima do peso})=48$ ;  $n(\text{magreza})=3$ ;  $n(\text{obesidade})=2$ ], e não sendo plausível explorar as diferenças estatísticas entre os quatro, optou-se por eliminar os cinco casos extremos, ficando apenas com os dois grupos *IMC normal* e *acima do peso*. Os resultados subsequentes consideram, portanto, uma amostra total de 298 sujeitos.

O primeiro estudo aqui apresentado, e como já antes referido (objetivos), visa a obtenção de alguns indicadores de validade do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais sobre a ideia de Beleza, nomeadamente os indicadores relativos à consistência interna (alfa de Cronbach), à estabilidade temporal (coeficiente teste-reteste) e à estrutura fatorial (análise de componentes principais).

O segundo estudo, foi realizado com o intuito de encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *IMC normal* e *acima do peso* para as dimensões avaliadas pelas escalas, através do teste U Mann-Whitney, devido à violação do pressuposto de normalidade da amostra (Pallant, 2005);

o mesmo procedimento foi aplicado para variáveis de cariz sociodemográfico. Recorreu-se ainda ao coeficiente de correlação de Spearman (*rho*) como forma de explorar as relações entre as dimensões de cada teste. Estes estudos estatísticos foram realizados com recurso ao programa SPSS 20.

#### IV - Resultados

##### **Estudo 1: Validação do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza (alfa de Cronbach, teste-reteste e análise de componentes principais)**

O Teste das Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza, foi aplicado num pré-teste a 10 estudantes universitárias entre os 21 e os 23 anos, em Dezembro de 2013, com os momentos de aplicação a ocorrer no início e final do mês. Este processo teve como finalidade avaliar a correção do itens e a existência de eventuais ambiguidades. As análises foram conduzidas individualmente considerando cada uma das histórias e os respetivos 16 itens daí decorrentes. Foi pedido a estes sujeitos que pensassem e respondessem ao inquérito em voz alta e que no fim comentassem todo o procedimento.

Os resultados obtidos através do teste não paramétrico de Spearman (*rho*) são apresentados após a realização de uma primeira análise, que visa a obtenção de uma estrutura factorial para cada história.

Depois de exploradas várias soluções de análise de componentes principais (com raízes maiores que 1 e forçadas a 4 e 3 factores) decidiu-se seguir a que melhor se adequava aos dados, isto é, a solução forçada a três factores com rotação ortogonal varimax. Os itens com valores dos *loadings* superiores a .32 que saturam em mais que uma dimensão, mas com uma diferença entre esses *loadings* igual ou superior a foram mantidos (Tabachnick & Fidell, 2007). Quanto aos valores das comunalidades ( $h^2$ ) – foram mantidos os itens com valores acima de .30 (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tal como indicam Tabachnick e Fidell (2007), as soluções fatoriais obtidas através de relações ortogonais (e.g.: Varimax) e oblíquas tendem a ser semelhantes; como tal, optou-se pelo método de Rotação Ortogonal Varimax, a qual não assume *a priori*, a existência de relações entre os factores. Considerando que não existem referências teóricas e empíricas de comparação para o teste – que é original – a assumpção de que existem relações entre os factores não seria a mais indicada, justificando a opção pela Rotação Ortogonal Varimax. Resultados referentes a estatísticas descritivas para os factores de cada história, encontram-se em anexo (*cf. anexo 4*).

Para que uma amostragem seja adequada, o valor de *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) terá que ser idealmente superior a .6; valores de esfericidade de Bartlett superiores a .05 para a significância não são aceitáveis (Tabachnick & Fidell, 2007).

Na História 1, um valor de .87 para o KMO, veio comprovar a adequação da amostragem e o teste de esferecidade de Bartlett mostrou-se significativo ( $\chi^2_{(120)}=1558.65$ ;  $p<.001$ ). Uma análise à matriz de correlação anti-imagem, mostrou a existência de valores superiores a .5, considerado um ponto de corte para adequação da amostra (Field, 2009); os valores oscilaram entre um mínimo de .66 e um máximo de .93.

Foi conduzida uma Rotação Ortogonal Varimax, forçada a três factores (*tabela 1*); na sua totalidade, explicam 53.48% da variância total.

**Tabela 1.** *Resumo de saturações fatoriais para a Rotação Ortogonal Varimax de uma solução com três factores para a História 1 do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza*

Item [História 1]	Fator			$h^2$
	1	2	3	
11. Basta que a Maria continue a emagrecer para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar	<b>.801</b>	.122	.123	.672
8. Ao emagrecer, a Maria vai arranjar um namorado	<b>.755</b>	.250	.053	.635
7. A Fátima tem razão na forma como se relaciona com a Maria: está a ajudá-la; ela vai ficar melhor assim	<b>.686</b>	-.120	.293	.571
10. Se voltar a engordar, a Maria não terá (muito provavelmente), muitos amigos	<b>.680</b>	.244	.022	.523
9. Uma silhueta perfeita vai trazer-lhe sucesso e felicidade	<b>.640</b>	.367	.189	.580
3. Neste caso, o acompanhamento psicológico não é necessário	<b>.627</b>	-.191	.068	.434
4. Consultar um nutricionista irá impedir o alcance dos objetivos propostos	<b>.602</b>	-.219	-.041	.411
14. Não ser o mais perfeita possível, a nível corporal, irá prejudicar o início da vida sexual da Maria	<b>.549</b>	.313	.062	.403
6. Neste caso, a silhueta fina é fundamental para ela poder competir com as outras raparigas	<b>.534</b>	.403	.162	.474
5. Ao ser magra, a Maria não terá vergonha de si.	<b>.476</b>	.405	.209	.434
15. Se voltar a engordar, os outros vão gozá-la	.216	<b>.676</b>	-.048	.507
13. Com a idade que tem, é normal que a Maria se preocupe com a sua imagem e figura	-.177	<b>.674</b>	.115	.499
16. É normal que a Maria se sinta frequentemente fracassada e abandonada	-.044	<b>.646</b>	.107	.431
12. A Fátima tem razão ao afirmar que as raparigas com uma imagem diferente têm mais sucesso entre os homens	.333	<b>.633</b>	-.023	.512
1. Para manter o controlo do seu corpo, deve manter uma dieta extremamente rigorosa	.165	-.019	<b>.844</b>	.741
2. Manter a dieta, é sinónimo de ter controlo sobre a sua vida	.115	.204	<b>.822</b>	.730
Eigenvalues	4.353	2.567	1.636	
% da variância	27.209	16.044	10.225	
% da variância total		53.478		

Obtiveram-se, três factores com a seguinte estrutura: fator 1 (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 14), fator 2 (12, 13, 15, 16) e fator 3 (1, 2). Apesar de não discriminativo, manteve-se para o fator 1, o item 5 (*Ao ser magra, a Maria não terá vergonha de si*), considerando que a sua extracção não altera o valor de consistência interna do fator.

Tal como afirma DeVellis (2003) a propósito da construção de escalas, é possível considerar um alfa de .60 como sendo aceitável em certos contextos no âmbito das Ciências Sociais; o autor alerta para a perigosidade da questão, aconselhando à interpretação cuidadosa dos dados.



Da análise realizada, dois dos factores apresentaram consistência interna inferior a .70: fator 2 ( $\alpha=.64$ ) e fator 3 ( $\alpha=.67$ ). Neste último caso, no entanto, o baixo número de itens pode afetar negativamente este resultado: O fator 1 surge com um valor mais satisfatório ( $\alpha=.86$ ). As estatísticas referentes às relações estabelecidas entre os itens e os factores totais, encontram-se abaixo (*tabela 2*). É possível verificar que, à exclusão de qualquer um dos itens mantidos, o valor de consistência interna dos factores desce.

**Tabela 2.** Estatísticas de item-total referentes à estrutura fatorial (F1, F2 e F3) da História 1

Fator	Item	M se o item for excluído	DP se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ se o item for excluído
F1	3	15.66	29.200	.438	.283	.855
	4	15.51	29.052	.413	.233	.857
	5	14.83	26.899	.527	.331	.850
	6	15.08	26.768	.562	.361	.846
	7	15.61	27.760	.579	.367	.844
	8	15.36	26.581	.710	.574	.833
	9	15.17	26.484	.648	.508	.838
	10	15.42	27.571	.605	.456	.842
	11	15.64	27.469	.716	.615	.835
	14	15.08	27.498	.515	.272	.850
F2	12	8.95	3.903	.412	.205	.583
	13	7.83	4.679	.389	.164	.599
	15	8.65	3.966	.490	.253	.526
	16	8.21	3.882	.413	.189	.582
F3	1	2.63	1.009	.498	.248	-
	2	2.25	1.017	.498	.248	-

De acordo com o conteúdo da História 1 (*cf. anexo 4*), definiu-se a seguinte nomenclatura para os factores: F1 (*Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à anorexia*); F2 (*Influência social na avaliação da aparência interna*); F3 (*Rigidez e autocontrolo*). A História 1 pretende compreender se as respondentes consideram legítimo recorrer a comportamentos típicos da anorexia (e.g.: deixar de comer, recorrer a programas de dieta e exercício excessivos e rigorosos) para alcançar uma figura corporal considera ideal aos olhos da sociedade: a magreza (F1). A obtenção de valores elevados no F2, irá sugerir ainda o grau de suscetibilidade às representações sociais, no que respeita à construção mental da imagem corporal. Por sua vez, F3 procura compreender quão rígida é essa construção da imagem corporal, de acordo com as diretrizes sociais (e.g.: o controlo do corpo e da imagem é em si paralelo ao controlo sobre a sua própria vida).

Com um valor significativo para o teste de esfericidade de Barlett ( $\chi^2_{(78)}=1237.34$ ;  $p<.001$ ), a amostragem mostra-se também adequada, na História 2, com um KMO de .86 e com valores acima de .5 obtidos através da matriz de correlação anti-imagem (entre .69 e .91).

O estudo dos componentes principais foi realizado através de uma Rotação Ortogonal Varimax (*tabela 3*), forçada a três factores. A solução assim obtida explica 58.01% da variância total.

**Tabela 3.** Resumo de saturações fatoriais para a Rotação Ortogonal Varimax de uma solução com três para a História 2 do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza

Item [História 2]	Fator			$h^2$
	1	2	3	
6. Neste caso, a silhueta fina é fundamental para ela poder competir com as outras raparigas	<b>.755</b>	-.102	.195	.619
9. Uma silhueta perfeita vai trazer-lhe sucesso e felicidade	<b>.726</b>	.287	.216	.656
5. Ao ser magra, a Catarina não terá vergonha de si	<b>.639</b>	.042	.280	.488
12. As raparigas com a imagem ideal do <i>casting</i> têm mais sucesso entre os homens	<b>.633</b>	.258	-.145	.489
11. Basta que a Catarina cumpra os requisitos do casting para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar.	<b>.604</b>	.280	.274	.518
8. Ao emagrecer e aumentar o peito, a Catarina vai arranjar um namorado	<b>.583</b>	.497	-.004	.587
15. Se não emagrecer e aumentar o peito, os outros vão gozá-la	.067	<b>.817</b>	.019	.673
10. Se não estiver na moda, a Catarina não terá (muito provavelmente), muitos amigos	.353	<b>.706</b>	.022	.623
14. Não ser o mais perfeita possível, a nível corporal, irá prejudicar o início da vida sexual da Catarina	.329	<b>.700</b>	-.040	.600
16. É normal que a Catarina se sinta frequentemente fracassada e abandonada	-.179	<b>.655</b>	.265	.532
7. A Susana tem razão na forma como se relaciona com a Catarina: está a ajudá-la; ela vai ficar melhor assim	.298	<b>.526</b>	.266	.436
2. Manter a dieta, é sinónimo de ter controlo sobre a sua vida	.163	-.021	<b>.809</b>	.682
1. Para manter o controlo do seu corpo, deve manter uma dieta extremamente rigorosa	.186	.226	<b>.743</b>	.638
Eigenvalues	3.030	2.901	1.610	
% da variância	23.309	22.318	12.382	
% da variância total		58.009		

O item 13 (*Com a idade que tem, é normal que a Catarina se preocupe com a sua imagem e figura*) foi excluído da análise por apresentar uma comunalidade abaixo de .30. O item 8 (*Ao emagrecer e aumentar o peito, a Catarina vai arranjar um namorado*), mesmo não se revelando discriminativo, foi mantido no fator 2 considerando que o valor de alfa diminuiria se fosse extraído.

Obteve-se a seguinte estrutura: fator 1 (5, 6, 8, 9, 11, 12), fator 2 (7, 10, 14, 15, 16) e fator 3 (1, 2). Considerando a estrutura da história anterior, o fator 3 manteve-se com o mesmo número de itens; os restantes factores possuem algumas semelhanças, alterando-se os itens 7, 10 e 12 na distribuição pelos factores.

Valores satisfatórios de consistência interna foram alcançados para os dois primeiros factores, com  $\alpha=.80$  e  $\alpha=.76$  respetivamente. A estrutura inicial do fator 3 incluía quatro itens; contudo, ao verificar-se um valor de alfa inaceitável ( $\alpha=.58$ ), optou-se pela retirada dos itens 3 e 4. Uma nova análise à consistência interna evidenciou um alfa superior ( $\alpha=.62$ )

Os restantes itens foram mantidos, e as estatísticas estabelecidas entre eles e os factores totais são apresentadas na *tabela 4*.

**Tabela 4.** Estatísticas de item-total referentes à estrutura fatorial (F1, F2 e F3) da História 2

Fator	Item	M se o item for excluído	DP se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ se o item for excluído
F1	5	11.20	12.862	.524	.314	.780
	6	10.98	12.441	.557	.351	.773
	8	11.85	13.536	.550	.333	.774
	9	11.50	12.157	.689	.502	.741
	11	11.77	12.891	.570	.376	.769
	12	11.20	13.503	.473	.251	.790
F2	7	6.98	6.592	.456	.214	.748
	10	7.00	6.242	.597	.409	.699
	14	6.89	6.099	.589	.387	.700
	15	7.12	6.373	.626	.401	.693
	16	6.63	6.409	.427	.212	.763
F3	1	2.45	1.022	.448	.201	-
	2	2.14	.988	.448	.201	-

Partindo do conteúdo definido para a História 2 (*cf. anexo 4*), chegou-se a uma possível concetualização factorial: F1 (*Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado a metas futuras*); F2 (*Influência social na avaliação da aparência interna*); F3 (*Rigidez e autocontrolo*).

A História 2 pretende compreender em primeiro lugar, se as respondentes legitimam a obtenção do corpo magro mediante o recurso a dietas extremas, exercício físico e cirurgias plásticas, como meio para a obtenção de sucesso e felicidade, enquanto construtos sociais (F1). Tal como acontece na história anterior, o F2 visa avaliar o grau de influência das representações sociais na autoimagem interna, e o F3 a rigidez dessa mesma construção.

Pela análise de componentes principais da História 3, verifica-se um valor de KMO de aproximadamente .89, o que comprova claramente a adequação da amostra. Este pressuposto é ainda corroborado pela matriz de correlação anti-imagem, onde se observam valores a oscilar entre .71 e .94. Obtem-se ainda um valor significativo para o teste de esfericidade de Barlett ( $\chi^2_{(91)}=1770.27$ ;  $p<.001$ ).

Tal como nas análises anteriores, procede-se à realização de uma Rotação Ortogonal Varimax forçada a três factores (*tabela 5*), através da qual se obtiveram três factores com *eigenvalues* superiores a 1, os quais explicam 60.79% da variância total.

**Tabela 5.** Resumo de saturações fatoriais para a Rotação Ortogonal Varimax de uma solução com três factores para a História 3 do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza

Item [História 3]	Fator			h <sup>2</sup>
	1	2	3	
8. Ao emagrecer, a Inês vai arranjar um namorado	<b>.764</b>	.308	.142	.698
9. Uma silhueta perfeita vai trazer-lhe sucesso e felicidade	<b>.736</b>	.262	.208	.654
6. Neste caso, a silhueta fina é fundamental para ela poder competir com as outras raparigas	<b>.722</b>	.059	.192	.561
14. Não ser o mais perfeita possível, a nível corporal, irá prejudicar o início da vida sexual da Inês	<b>.712</b>	.250	.067	.574
12. A Inês tem razão ao pensar que se tivesse uma imagem diferente teria mais sucesso junto do Miguel	<b>.693</b>	.282	.090	.568
5. Ao ser magra, a Inês não terá vergonha de si	<b>.679</b>	-.049	.216	.510
15. Se não emagrecer, os outros vão gozá-la	<b>.629</b>	.256	-.006	.462
10. Se não emagrecer, a Inês não terá (muito provavelmente) muitos amigos	<b>.625</b>	.519	-.055	.663
3. Neste caso, o acompanhamento psicológico não é necessário	-.008	<b>.722</b>	.130	.539
4. Consultar um nutricionista irá impedir o alcance dos objetivos propostos	.216	<b>.685</b>	.176	.546
7. O pai da Inês tem razão na forma como se relaciona com ela: está a ajudá-la; ela vai ficar melhor assim	.298	<b>.678</b>	.077	.554
11. Basta que a Inês continue a expelir as refeições para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar	.459	<b>.654</b>	-.003	.638
2. Manter a dieta, é sinónimo de ter controlo sobre a sua vida	.135	.129	<b>.868</b>	.789
1. Para manter o controlo do seu corpo, deve manter uma dieta extremamente rigorosa	.199	.137	<b>.835</b>	.756
Eigenvalues	4.285	2.559	1.667	
% da variância	30.604	18.279	11.910	
% da variância total		60.793		

Excluiu-se o item 16 "*É normal que a Inês se sinta frequentemente fracassada e abandonada*", uma vez que apresentava um valor abaixo de .30 para a comunalidade. Para além disto, uma análise à consistência interna revelou, para o factor 1- onde o item saturava – uma subida do valor de alfa.

O item 11 (*Basta que a Inês continue a expelir as refeições para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar*) foi mantido para o fator 2, onde o seu *loading* é superior; verificou-se ainda que a sua remoção iria levar a uma redução do alfa. Da mesma forma, ponderou-se a manutenção do item 13 (*Com a idade que tem, é normal que a Inês se preocupe com a sua imagem e figura*); contudo, após analisar a consistência interna do fator 3 – onde se inseria – observou-se uma subida considerável do valor de alfa, o que levou à sua exclusão.

O fator 1 inclui os itens 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15; a sua consistência interna revelou-se boa ( $\alpha=.88$ ). O fator 2 engloba os itens 3, 4, 7 e 11 ( $\alpha=.72$ ) e o fator 3 os itens 1 e 2 ( $\alpha=.75$ ). A análise referente às estatísticas entre os itens mantidos e os factores totais encontra-se na *tabela 6*.

**Tabela 6.** Estatísticas de item-total referentes à estrutura fatorial (F1, F2 e F3) da História 3

Fator	Item	M se o item for excluído	DP se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ se o item for excluído
F1	5	12.46	21.185	.540	.365	.881
	6	12.78	20.737	.629	.430	.871
	8	13.03	20.389	.758	.641	.858
	9	12.91	20.153	.724	.584	.861
	10	13.24	21.443	.663	.539	.868
	12	13.12	21.173	.660	.469	.868
	14	13.02	20.797	.669	.467	.867
	15	13.00	21.579	.579	.397	.875
F2	3	4.50	3.813	.441	.199	.718
	4	4.53	3.792	.549	.305	.638
	7	4.81	4.258	.534	.329	.652
	11	4.77	4.379	.564	.353	.642
F3	1	2.26	1.000	.596	.356	-
	2	2.02	.939	.596	.356	-

Face às histórias anteriores, manteve-se a estrutura do fator 3. Nota-se uma estabilidade dos itens 5, 6, 8 e 9, que tendem a surgir sempre no fator 1; o mesmo acontece com o item 15, para o fator 2. Os restantes itens oscilam de factores face à História 2, obtendo-se para a História 3 uma estrutura mais semelhante à primeira.

Considerando o conteúdo da História 3, estes factores foram definidos como: F1 *Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à bulimia*; F2 *Influência social na avaliação da aparência interna*; e F3 *Rigidez e autocontrolo* (cf. anexo 4).

Deste modo, o primeiro fator procura avaliar o quanto as respondentes legitimam o recurso a comportamentos de cariz bulímico (e.g.: comer em excesso comida de plástico e depois expeli-la; autodesvalorização e culpa) como meio de obtenção/manutenção do ideal de beleza (magreza). Os factores subsequentes (F2 e F3), assumem as mesmas aspirações que nas histórias anteriores.

No seguimento da estrutura obtida para as restantes histórias, realizou-se uma Rotação Ortogonal Varimax forçada a 3 factores para a História 4 (tabela 7).

O valor de .91 do KMO e o teste de esfericidade de Barlett significativo ( $\chi^2_{(91)}=1806.89$ ;  $p<.001$ ) evidenciam a adequação do modelo, a par dos valores obtidos, entre .81 e .94, na matriz de correlação anti-imagem.

**Tabela 7.** *Resumo de saturações fatoriais para a Rotação Ortogonal Varimax de uma solução com três factores para a História 4 do Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza*

Item [História 4]	Fator			$h^2$
	1	2	3	
6. Neste caso, a silhueta fina é fundamental para ela poder competir com as outras raparigas	<b>.778</b>	.207	.128	.665
5. Ao ser magra, a Eva não terá vergonha de si	<b>.771</b>	.014	.226	.646
9. Uma silhueta perfeita vai trazer-lhe sucesso e felicidade	<b>.739</b>	.195	.283	.663
14. Não ser o mais perfeita possível, a nível corporal, irá prejudicar o início da vida sexual da Eva	<b>.661</b>	.316	.110	.549
12. A Eva tem razão ao pensar que se tivesse uma imagem diferente conseguiria manter mais facilmente a relação com o Gabriel	<b>.620</b>	.395	.099	.550
8. Ao corrigir as suas falhas, a Eva vai manter o namorado	<b>.606</b>	.317	.195	.506
16. É normal que a Eva se sinta frequentemente fracassada e abandonada	<b>.466</b>	.221	-.114	.279
10. Se não corrigir as suas falhas, a Eva não terá (muito provavelmente) muitos amigos	.310	<b>.758</b>	.222	.720
7. Os pais da Eva têm razão na forma como se relacionam com ela: estão a ajudá-la; ela vai ficar melhor assim	.201	<b>.734</b>	-.031	.580
15. Se não corrigir as suas falhas, os outros vão gozá-las	.499	<b>.651</b>	.134	.690
4. Consultar um nutricionista irá impedir o alcance dos objetivos propostos	.094	<b>.636</b>	.206	.456
11. Basta que a Eva tente corrigir as suas falhas para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar	.501	<b>.539</b>	.267	.613
2. Manter a dieta, é sinónimo de ter controlo sobre a sua vida	.170	.134	<b>.853</b>	.774
1. Para manter o controlo do seu corpo, deve manter uma dieta extremamente rigorosa	.158	.184	<b>.814</b>	.722
Eigenvalues	3.850	2.769	1.793	
% da variância	27.499	19.782	12.805	
% da variância total		60.086		

Uma análise aos valores das comunalidades conduziu à remoção do item 3 (*Neste caso, o acompanhamento psicológico não é necessário*). O item 13 (*Com a idade que tem, é normal que a Eva se preocupe com a sua imagem e figura*), que se revelou pouco discriminativo, foi retirado do fator 1 no qual saturava, o que aumentou a inconsistência interna do fator. Finalmente, o item 11 (*Basta que a Eva tente corrigir as suas falhas para ficar parecida a uma modelo e ter tudo o que uma pessoa pode desejar*) foi mantido no fator 2, considerando o valor do *loading* e a sua contribuição para o alfa de Cronbach, que se veria reduzido se o item fosse removido.

A solução fatorial final consta de três factores: fator 1 (5, 6, 8, 9, 12, 14, 16), fator 2 (4, 7, 10, 11, 15) e fator 3 (1, 2); na sua totalidade, explicam 60.09% da variância total. Valores de consistência interna satisfatórios foram obtidos para os três factores, com  $\alpha=.85$ ,  $\alpha=.81$  e  $\alpha=.72$  respetivamente. O estudo da relação entre os itens e os factores totais, é apresentado na *tabela 8*.

**Tabela 8.** Estatísticas de item-total referentes à estrutura fatorial (F1, F2 e F3) da História 4

Fator	Item	M se o item for excluído	DP se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ se o item for excluído
F1	5	11.70	15.631	.644	.447	.816
	6	12.03	15.693	.696	.526	.809
	8	11.99	16.283	.599	.391	.823
	9	12.05	15.725	.682	.490	.811
	12	12.13	16.287	.630	.425	.819
	14	12.07	16.278	.623	.456	.820
F2	16	11.79	17.575	.361	.140	.860
	4	6.21	6.287	.450	.205	.825
	7	6.37	6.192	.545	.301	.792
	10	6.40	5.971	.721	.569	.742
	11	6.27	6.057	.638	.449	.764
F3	15	6.28	5.904	.686	.539	.750
	1	2.14	.957	.557	.310	-
	2	1.83	.899	.557	.310	-

Nota-se mais uma vez, que se mantém a estrutura do fator 1. A estrutura dos restantes factores aproxima-se da obtida para as Histórias 1 e 3.

Da análise ao conteúdo da História 4 (*cf. anexo 4*), surge uma possível concetualização dos factores: F1 (*Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado às relações interpessoais*); F2 (*Influência social na avaliação da aparência interna*); F3 (*Rigidez e autocontrolo*).

No caso de F1, o fator procura compreender em que medida as respondentes legitimam o ideal de beleza (magreza), enquanto uma forma de manter relações interpessoais ideais: um corpo perfeito que permitirá construir ou melhorar a qualidade do relacionamento com a família, os pares e o sexo oposto. Tal como acontece nas restantes, F2 visa avaliar a influência das crenças sociais na representação mental da imagem corporal, e F3 a rigidez dessa mesma construção.

### 1.1 Teste Reteste

Aquando do teste-reteste, encontraram-se correlações positivas estabelecidas entre os dois tempos de aplicação do teste, para os três factores da História 1. Para o fator 1, o valor da correlação entre T1 e T2 é elevado ( $r=.83$ ); o mesmo acontece para o fator 3 ( $r=.54$ ) (Cohen, 1988). No que respeita ao fator 2, a correlação obtida possui uma magnitude média ( $r=.45$ ) (Cohen, 1988).

Estabeleceram-se correlações positivas para os três factores da História 2, face aos dois tempos de aplicação do teste. Considerando T1 e T2, valores elevados de magnitude correlacional (Cohen, 1988) foram obtidos para o fator 1 ( $r=.83$ ), para o fator 2 ( $r=.54$ ) e para o fator 3 ( $r=.50$ ).

A análise teste-reteste realizada à História 3, revelou a presença de correlações positivas elevadas (Cohen, 1988) entre os dois tempos de aplicação, para os factores 1 ( $r=.95$ ) e 2 ( $r=.67$ ). No que respeita ao fator 3, a correlação estabelecida entre T1 e T2 apresenta uma magnitude considerada baixa ( $r=.25$ ) (Cohen, 1988).

Atentando aos valores obtidos para as correlações estabelecidas entre os dois tempos de aplicação da, História 4 é possível verificar que todas as

correlações são positivas e elevadas (Cohen, 1988), tanto no fator 1 ( $r=.8$ ), como no fator 2 ( $r=.63$ ) e no fator 3 ( $r=.71$ ).

Verifica-se uma estrutura fatorial comum às quatro histórias (organização tridimensional), surgindo a História 2 como a mais díspar das restantes na distribuição dos itens. O fator 1 de cada história, associado à legitimação do ideal de beleza (magreza), procura compreender as diferentes dimensões intrínsecas a cada história: anorexia, metas futuras, bulimia e relações. Apesar de diferentes, as dimensões são complementares por estarem associadas ao ideal de beleza, o fenómeno que o fator se propõe a medir. Por outro lado, os factores 2 e 3 são constantes ao longo do teste nos contrutos que visam avaliar. Contudo, estão adaptados às diferentes situações descritas nas histórias (*cf. anexo 4*).

## Estudo 2

### 2.1. Estudo da relação existente entre a satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso e as dimensões de ansiedade e depressividade, e representações sociais do corpo feminino

De modo a compreender a magnitude relacional entre variáveis associadas à psicopatologia (e.g.: *ansiedade* e *autocriticismo*), a satisfação corporal/preocupação com o excesso de peso e as representações sociais em torno dessa satisfação, recorreu-se ao teste de correlação não paramétrico de Spearman (*rho*).

Na *tabela 9*, encontram-se os resultados referentes à correlação entre ansiedade e evitamento sociais e a Escala das relações corpo/*self* (MBSRQ).

**Tabela 9.** Matriz de correlações entre ansiedade e evitamento (EAESSA), e escala de satisfação com as áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)

	Ansiedade (EAESSA)	Evitamento (EAESSA)	Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	Orientação p/ aparência (MBSRQ)	Preocupação c/ peso/auto-class. do peso (MBSRQ)
Ansiedade (EAESSA)	1	.838**	-.403**	.088	.052
Evitamento (EAESSA)	-	1	-.339**	.100	.072
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	1	.248**
Preocupação com peso/auto-classificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	1

\*\* $p<.01$

Existem correlações negativas e significativas entre a *escala de satisfação com as áreas do corpo* (MBSRQ) e *ansiedade* ( $r=-.40$ ;  $p<.01$ ) e *evitamento* ( $r=-.34$ ;  $p<.01$ ) (EAESSA); em termos de magnitude ambas correlações podem ser consideradas médias (Cohen, 1988). Sujeitos que estejam mais satisfeitos com o seu corpo, avaliando melhor a sua aparência,



apresentarão níveis inferiores de *ansiedade* e *evitamento* face a situações sociais.

A *ansiedade* e o *evitamento* (EAESSA) estabelecem correlações bastante reduzidas (Cohen, 1988) com as restantes dimensões: *orientação da aparência* e *preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso* (MBSRQ). Ao serem muito próximas de zero, as variáveis surgem como estando pouco relacionadas.

Na *tabela 10*, encontram-se os resultados referentes à correlação estabelecida entre a *dependência* e o *autocriticismo* (QED-A) e as subescalas relativas à satisfação com o corpo e preocupação com excesso de peso (MBSRQ).

**Tabela 10.** Matriz de correlações entre dependência e autocriticismo (QED-A) e escala de satisfação com as áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)

	Dependência (QED-A)	Autocriticismo (QED-A)	Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	Orientação p/ aparência (MBSRQ)	Preocupação c/ peso/ auto-class. Do peso (MBSRQ)
Dependência (QED-A)	1	.013	-.230**	.435**	.128*
Autocriticismo (QED-A)	-	1	-.516**	-.044	.227**
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	1	.248**
Preocupação com peso/ auto-classificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	1

A *dependência* (QED-A) apresenta uma correlação negativa baixa com a *escala de satisfação com as áreas do corpo* (MBSRQ) ( $r=-.23$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que os sujeitos com uma melhor avaliação da sua imagem serão aqueles que experienciam um menor receio de serem abandonados/não amados pelos outros. O *autocriticismo* (QED-A) relaciona-se fortemente com essa dimensão (Cohen, 1988), pelo que será de esperar que os sujeitos que avaliam melhor a sua imagem, sejam aqueles que experienciam uma menor autocrítica, sentindo-se menos culpados por não corresponder a um ideal estabelecido por eles ou pelos outros.

É possível verificar a existência de uma correlação média (Cohen, 1988) positiva entre a *dependência* (QED-A) e a *orientação da aparência* (MBSRQ) ( $r=.44$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que os sujeitos que investem mais tempo a cuidar da sua imagem, são os que tendem a vivenciar um maior receio de abandono por parte dos outros.

No que toca à subescala *preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso* (MBSRQ), esta correlaciona-se positivamente com as duas subescalas a *dependência* e o *autocriticismo* (QED-A), mas de forma reduzida. Será expetável que as respondentes mais preocupadas com o peso, sejam as mais suscetíveis a experiências de cariz depressivo.

Na *tabela 11*, apresentam-se os resultados obtidos pela matriz de

correlações entre os factores (F1, F2 e F3) das quatro histórias (Teste de Histórias), e as dimensões relativas à avaliação e investimento para com a aparência (MBSRQ).

**Tabela 11.** Matriz de correlações entre os factores (F1, F2 e F3) das quatro histórias (Teste de Histórias), e escala de satisfação com as áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)

[História 1]	F1 (Teste de Histórias)	F2 (Teste de Histórias)	F3 (Teste de Histórias)	Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	Orientação da aparência (MBSRQ)	Preocupação com o peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)
F1 (Teste de Histórias)	1	.366**	.313**	-.069	.027	.297**
F2 (Teste de Histórias)	-	1	.163**	-.068	.303**	.164**
F3 (Teste de Histórias)	-	-	1	-.028	.128*	.226**
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	-	1	.248
Preocupação com peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	-	1
<b>[História 2]</b>						
F1 (Teste de Histórias)	1	.502**	.379**	-.058	.204**	.211**
F2 (Teste de Histórias)	-	1	.228**	-.028	-.014	.124*
F3 (Teste de Histórias)	-	-	1	-.042	.175**	.280**
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	-	1	.248**
Preocupação com peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	-	1
<b>[História 3]</b>						
F1 (Teste de Histórias)	1	.529**	.350**	-.017	.066	.197**
F2 (Teste de Histórias)	-	1	.293**	-.046	-.174**	.110
F3 (Teste de Histórias)	-	-	1	-.057	.155**	.168**
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	-	1	.248**
Preocupação com peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	-	1
<b>[História 4]</b>						
F1 (Teste de Histórias)	1	.742**	.424**	-.067	.107	.197**
F2 (Teste de Histórias)	-	1	.434**	.001	-.124*	.094
F3 (Teste de Histórias)	-	-	1	-.037	.097	.150**
Escala de satisfação com as áreas do corpo (MBSRQ)	-	-	-	1	-.105	-.390**
Orientação p/ aparência (MBSRQ)	-	-	-	-	1	.248**
Preocupação com peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	-	-	-	-	-	1

\*p<.05; \*\*p<.01

*História 1* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à anorexia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 2* – F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado a metas futuras; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

*História 3* – F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à bulimia F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

*História 4* – F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado às relações interpessoais; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

As correlações estabelecidas entre os 12 factores da Teste das Histórias e a dimensão *Escala de satisfação com as áreas do corpo* (MBSRQ) são todas muito próximas de zero, pelo que não se têm em consideração.

As correlações obtidas entre os factores F1, F2 e F3 do Teste das Histórias, tendem a ser maioritariamente baixas e positivas (Cohen, 1988), com as três dimensões associadas à imagem. Apenas na História 1 se encontram duas correlações de magnitude média (Cohen, 1988), nomeadamente entre F1 (*Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à anorexia*) e a dimensão *preocupação com o excesso de peso* (MBSRQ), e entre F2 (*Influência social na avaliação da aparência interna e a*) e a *orientação da aparência* (MBSRQ). Os valores obtidos correspondem a  $r=.30$  ( $p<.01$ ) e  $r=.30$  ( $p<.01$ ) respetivamente.

Realizando uma apreciação geral dos resultados obtidos, estes apontam numa tendência dos indivíduos que investem mais tempo na sua imagem, e que se preocupam mais com o excesso de peso, serem aqueles que mais legitimam os ideais de beleza. Surgem ainda como sendo aqueles cuja aparência interna se vê mais influência pelas representações sociais em torno da imagem corporal.

## **2.2 Estudo das diferenças intergrupais (idade e nível socioeconómico), face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino**

Realizou-se um teste não paramétrico de Quiquadrado de forma a perceber se os grupos divididos pelas variáveis sociodemográficas são estatisticamente diferentes, face ao IMC (*cf. anexo 5*).

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas para idade ( $\chi^2=2.761$ ;  $p=.10$ ) e nível socioeconómico ( $\chi^2=.062$ ;  $p=.80$ ). O mesmo não ocorre para a escolaridade ( $\chi^2=2.761$ ;  $p<.05$ ), pelo que se excluí esta variável da análise (*cf. discussão*).

Utilizou-se o teste U Mann-Whitney para comparar as médias intergrupais para a *ansiedade e evitamento* (EAESSA), em função da *idade* dos sujeitos. O mesmo procedimento foi aplicado para as variáveis *autocriticismo e dependência* (QED-A), para os factores da Escala *relações corpo/self (avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso)* e para os 12 factores do Teste das Histórias (*tabela 11*).

Considerando que o número de jovens com 12, 13 e 14 anos é

consideravelmente mais reduzido que os restantes, a amostra foi dividida em dois grupos etários: 12 a 15 anos (n=120) e 16 a 18 anos (n=178).

**Tabela 12.** Diferenças entre médias (mean rank) dos dois grupos (12 a 15 e 16 a 18 anos) para as subescalas: ansiedade e evitamento (EAESSA), dependência e autocrítico (QED-A), F1, F2 e F3 (Teste de Histórias) e avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)

Idade	Ansiedade (EAESSA)					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
12 a 15	151.05	160.88	156.07	151.23	154.07	153.92
16 a 18	148.46	141.83	145.07	148.33	146.42	146.52
Evitamento (EAESSA)						
12 a 15	157.31	155.28	155.08	153.45	154.62	157.44
16 a 18	144.23	145.61	145.74	146.84	146.05	144.15
Dependência (QED-A)			Autocrítico (QED-A)			
12 a 15	146.54			159.59		
16 a 18	151.49			142.70		
História 1 (Teste de Histórias)			História 2 (Teste de Histórias)			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
12 a 15	161.83*	148.45	146.02	151.67	153.86	156.40
16 a 18	141.19*	150.21	151.85	148.04	146.56	144.85
História 3 (Teste de Histórias)			História 4 (Teste de Histórias)			
12 a 15	157.99	161.05	154.16	160.33	161.33	151.33
16 a 18	143.78	141.71	146.36	142.20	141.53	148.27
	Escala de satisfação das áreas do corpo (MBSRQ)		Orientação da aparência (MBSRQ)		Preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	
12 a 15	148.34		144.50		155.54	
16 a 18	150.28		152.87		145.43	

\*p<.05

*Ansiedade* - Fator 1: Interação em situações novas; Fator 2: Interação com o sexo oposto; Fator 3: Desempenho em situações sociais formais; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público.

*Evitamento* - Fator 1: Interação com o sexo oposto; Fator 2: Desempenho em situações sociais formais; Fator 3: Interação em situações sociais novas; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público

*História 1* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à anorexia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 2* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado a metas futuras; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 3* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à bulimia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 4* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado às relações interpessoais; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (p>.05) para os grupos etários nas dimensões de *ansiedade* e *evitamento* (EAESSA), *dependência* e *autocrítico* (QED-A), *escala de satisfação das áreas do corpo*, *orientação da aparência*, e *preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso* (MBSRQ).

Existe uma tendência para o grupo mais jovem obter *scores* mais elevados em *ansiedade*, *evitamento*, *autocrítico* e *preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso*. O grupo mais velho apresenta

valores médios superiores em *dependência, orientação da aparência* e na *escala de satisfação das áreas do corpo*.

Verifica-se, ainda, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para todos os factores do Teste das Histórias, com exceção do fator 1 da História 1 (*Legitimação individual do ideal de beleza/magreza associado à anorexia*) ( $U=9200.50$ ;  $Z=-2.03$ ;  $p<.05$ ). Este resultado sugere que o grupo mais jovem tende a considerar legítimo o recurso a comportamentos anoréticos (e.g.: deixar de comer), para a obtenção de um corpo ideal. De fato, este grupo tende a obter *scores* mais elevados na maioria dos factores deste teste.

Realizou-se um teste U Mann-Whitney como forma de identificar diferenças médias significativas para todas as subescalas, consoante o nível socioeconómico dos sujeitos (*tabela 13*). Considerou-se o nível socioeconómico baixo o intervalo de 485€ a 1000€, médio de 1001€ a 3000€ e alto como superior a 3001€. Considerando que o número de sujeitos que assinalou rendimentos superiores a 3001€ é de apenas 8, não seria legítimo, em termos estatísticos, individualizar este grupo para uma comparação de médias; como tal, procedeu-se a uma divisão da amostra por dois grupos: nível *socioeconómico baixo* ( $n=141$ ) e nível *socioeconómico médio/alto* ( $n=157$ ).

**Tabela 13.** Diferenças entre médias (mean rank) dos três grupos (nível socioeconómico baixo e médio/alto) para as subescalas: *ansiedade e evitamento (EAESSA), dependência e autocrítico (QED-A), F1, F2 e F3 (Teste de Histórias) e avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)*

Nível Socio-económico	Ansiedade (EAESSA)					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
Baixo	146.51	145.65	145.91	142.55	147.89	146.32
Médio/Alto	152.18	152.96	152.72	155.74	150.94	152.35
Evitamento (EAESSA)						
Baixo	151.23	148.92	145.37	144.54	147.69	144.34
Médio/Alto	147.95	150.02	153.21	153.95	151.12	154.13
Dependência (QED-A)			Autocrítico (QED-A)			
Baixo	150.70		158.41			
Médio/Alto	148.42		141.50			
História 1 (Teste de Histórias)			História 2 (Teste de Histórias)			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Baixo	150.67	143.20	141.16	153.06	158.56	142.39
Médio/Alto	148.45	155.16	156.99	146.30	141.36	155.88
História 3 (Teste de Histórias)			História 4 (Teste de Histórias)			
Baixo	153.03	155.35	141.15	155.09	155.34	146.22
Médio/Alto	146.33	144.25	157.00	144.48	144.26	152.44
	Escala de satisfação das áreas do corpo (MBSRQ)		Orientação da aparência (MBSRQ)		Preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso (MBSRQ)	
Baixo	143.01		138.90*		145.66	
Médio/Alto	155.32		159.02*		152.95	

\* $p<.05$

*Ansiedade* - Fator 1: Interação em situações novas; Fator 2: Interação com o sexo oposto; Fator 3: Desempenho em situações sociais formais; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público.

*Evitamento* - Fator 1: Interação com o sexo oposto; Fator 2: Desempenho em situações sociais formais; Fator 3: Interação em situações sociais novas; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público

*História 1* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à anorexia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 2* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado a metas futuras; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 3* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à bulimia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

*História 4* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado às relações interpessoais; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrolo

No geral não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre os grupos, exceção feita à dimensão *orientação da aparência* (MBSRQ), com os sujeitos de nível *socioeconómico médio/alto* a obter valores médios superiores, comparativamente aos sujeitos de nível *socioeconómico baixo* ( $U=9573.50$ ;  $Z=-2.02$ ;  $p < .05$ ). Este resultado sugere que os primeiros tendem a investir mais tempo na sua aparência, o que poderá relacionar-se com o facto de estarem inseridos num meio mais competitivo (*cf. discussão*). Neste sentido, vão os valores médios da EAESSA, com o mesmo grupo a apresentar resultados mais elevados em *ansiedade* e *evitamento*, ainda que não significativos.

Apesar de não se registarem diferenças, notou-se uma tendência do grupo *socioeconómico baixo* para a obtenção de valores superiores no F1 (*Legitimação do ideal de beleza/magreza*) e no F2 (*Legitimação do ideal de beleza/magreza*) do Teste das Histórias e nas dimensões da *dependência* e *autocriticismo* (QED-A). Estes sujeitos parecem estar assim mais suscetíveis às experiências depressivas e às representações sociais acerca da beleza, comparativamente ao grupo *socioeconómico médio/alto*.

### 2.3 Estudo das diferenças intergrupais entre adolescentes com IMC normal e acima do peso, face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino

Utilizou-se um teste não paramétrico U de Mann-Whitney para verificar se existem diferenças entre os grupos para os factores *ansiedade* e *evitamento* da EAESSA (*tabela 10*).

**Tabela 14.** Diferenças entre médias (mean rank) dos dois grupos (IMC normal e acima do peso) para os factores das subescalas de ansiedade e evitamento (EAESSA)

	Ansiedade (EAESSA)					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
IMC Normal	149.57	148.35	152.90	148.36	145.59	146.39
IMC Acima do Peso	149.14	155.47	131.78	155.46	169.86	165.69
	Evitamento (EAESSA)					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
IMC Normal	148.48	152.25	151.74	150.20	148.10	148.89
IMC Acima do Peso	154.83	135.17	137.83	145.85	156.77	152.66

$p > .05$

*Ansiedade* - Fator 1: Interação em situações novas; Fator 2: Interação com o sexo oposto; Fator 3: Desempenho em situações sociais formais; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público.

*Evitamento* - Fator 1: Interação com o sexo oposto; Fator 2: Desempenho em situações sociais formais; Fator 3: Interação em situações sociais novas; Fator 4: Interação assertiva; Fator 5: Observação pelos outros; Fator 6: Comer e beber em público

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p > .05$ ) quer para *ansiedade*, quer para *evitamento* (EAESSA). De fato, nenhum dos grupos apresenta uma tendência clara para a obtenção de valores médios mais elevados que o outro ao longo dos factores.

Recorreu-se novamente ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney, para verificar a presença de diferenças nas subescalas *dependência* e *autocriticismo* da QED-A (tabela 15)

**Tabela 15.** Diferenças entre médias (mean rank) dos dois grupos (IMC normal e acima do peso) para as subescalas de dependência e autocriticismo (QED-A)

	Dependência (QED-A)	Autocriticismo (QED-A)
IMC Normal	150.17	147.40
IMC Acima do Peso	146.00	160.46

$p > .05$

Uma análise aos *scores* obtidos para a *dependência* e para o *autocriticismo* (QED-A), revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para as duas dimensões ( $p > .05$ ), entre os grupos *IMC normal* e *acima do peso*. É possível verificar que o grupo *IMC normal* pontua mais para a *dependência*, enquanto que o grupo *IMC acima do peso* para o *autocriticismo*.

Novamente através do teste U de Mann-Whitney, realizou-se a comparação intergrupala para os 3 factores de cada uma das histórias do Teste das Histórias (tabela 16).

**Tabela 16.** Diferenças entre médias (mean rank) dos dois grupos (IMC normal e acima do peso) para F1 (legitimação individual do ideal de beleza/magreza), F2 (influência social na avaliação da aparência interna e rigidez) e F3 (autocontro das quatro histórias) (Teste de Histórias)

	F1	F2	F3
História 1			
IMC Normal	147.48	146.69	146.56
IMC Acima do Peso	160.01	164.11	164.80
História 2			
IMC Normal	146.47	147.34	145.87
IMC Acima do Peso	165.30	160.75	168.41
História 3			
IMC Normal	148.44	147.70	148.15
IMC Acima do Peso	155.03	158.86	156.52
História 4			
IMC Normal	147.48	149.54	146.26
IMC Acima do Peso	160.03	149.27	166.40

p>.05

*História 1* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à anorexia; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

*História 2* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado a metas futuras; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

*História 3* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado à bulimia F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

*História 4* - F1: Legitimação do ideal de beleza (magreza), associado às relações interpessoais; F2: Influência social na avaliação da aparência interna; F3: Rigidez e autocontrole

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *IMC normal* e *IMC acima do peso* (p>.05).

No entanto, uma análise das médias permite identificar uma propensão das *jovens acima do peso* para legitimar o ideal de beleza social (F1), tanto associado à anorexia e à bulimia, como às metas futuras e às relações interpessoais. Nota-se, também, que tendem a assinalar uma maior rigidez face à imagem (F3), e uma influência social na avaliação da aparência interna superior (F2), comparativamente às raparigas de *IMC normal*.

Aplicou-se o Mann-Whitney U Test a três dos oito fatores da Escala de Relações Corpo/Self (MBSRQ), consideradas de maior importância para o presente estudo: *avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso* (tabela 17).

**Tabela 17.** Diferenças entre médias (mean rank) dos dois grupos (*IMC normal* e *acima do peso*) para as subescalas: *avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo, orientação da aparência e preocupação com o excesso de peso/autoclassificação do peso* (MBSRQ)

	Escala de satisfação das áreas do corpo (MBSRQ)	Orientação da aparência (MBSRQ)	Preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso (MBSRQ)
IMC Normal	159,17**	147,42	137,29**
IMC Acima do Peso	99,14**	160,46	213,11**

\*\*p<.01

Para a subescala *orientação da aparência* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p>.05), ao contrário do que acontece na *escala de satisfação das áreas do corpo* (U=3582.50; Z=-.4,42; p<.01) e na *preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso* (U=2946.50; Z=-.5.60, p<.01), onde tais diferenças são manifestas.

Verifica-se que as respondentes com *IMC normal* tendem a melhor avaliar a aparência e a estar mais satisfeitas com as áreas do seu corpo do que as respondentes *IMC acima do peso*. Para o último grupo referido, existe uma maior preocupação para com o excesso de peso comparativamente ao grupo *IMC normal*.



## V - Discussão

*Estudo das diferenças intergrupais (idade e nível socioeconómico), face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino*

As diferenças entre grupos (*IMC normal e acima do peso*) foram avaliadas de acordo com as variáveis sociodemográficas: idade (12 a 15 anos e 16 a 18 anos) e nível socioeconómico (baixo e médio/alto), numa tentativa de compreender o grau de influência que estas poderão exercer nos resultados obtidos.

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo, entre os grupos 12 a 15 anos e 16 a 18 anos. Contudo, uma análise dos valores médios sugere que as raparigas do grupo mais jovem se mostram mais autocríticas e preocupadas com o excesso de peso, comparativamente às mais velhas. Tendencialmente, também elas se mostram mais ansiosas e evitantes face a situações sociais.

De fato, diversos estudos referem uma redução dos níveis de ansiedade com a idade (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2010; Kashani, Orvaschel, Rosenberg, & Reid, 1989). Esta questão será compreensível, considerando as tarefas desenvolvimentais com as quais as raparigas se deparam durante a adolescência precoce. Durante este período, tendem a tornar-se mais auto-concientes e preocupadas com a aparência externa, uma vez que a forma como o grupo de pares as vê, ganha particular importância. As mudanças associadas à puberdade criam discrepâncias entre a autoimagem e uma “nova construção”: o *self* visto pelos outros (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2010), o que poderá em parte justificar os níveis superiores de ansiedade, autocrítica e preocupação com o excesso de peso.

As jovens do grupo 16 a 18 anos surgem como estando mais satisfeitas com a sua aparência, existindo, ainda, da sua parte, um maior investimento para com a aparência. Obtiveram níveis superiores na dimensão dependência, o que poderá indicar, não tanto um receio ao abandono, mas mais um sentimento de perda (Blatt, Zohar, Quinlan, & Luthar, 1996). De fato, durante este período, as adolescentes iniciam um percurso em vista à independência, que conduz ao afastamento face às figuras parentais, o que poderá fundamentar os resultados obtidos.

No que respeita ao Teste das Histórias, os sujeitos mais jovens pontuaram maioritariamente mais alto em todos os factores; uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada para a *legitimação do ideal de beleza/magreza associado à anorexia* (História 1), com o grupo mencionado a apresentar um *score* elevado comparativamente aos sujeitos mais velhos. Estes resultados sugerem que a influência das representações sociais acerca da beleza se faz sentir desde tenra idade, numa altura em que as jovens ainda se encontram a construir a sua identidade. Com o intuito de alertar para a perigosidade deste fenómeno, importa lembrar Hsu (1990), que indica que a susceptibilidade ao desenvolvimento de perturbações alimentares, se vê

acrescida junto de adolescentes com baixa autoestima e dificuldades na construção da identidade.

No que respeita ao nível socioeconómico, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos *médio/alto* e *baixo* para a maioria das dimensões. Notou-se uma tendência do primeiro grupo mencionado para a obtenção de valores médios mais elevados na *ansiedade*, *evitamento* e nas três escalas relativas à imagem (MBSRQ), enquanto os sujeitos de nível socioeconómico *baixo* pontuaram mais alto na *dependência* e *autocriticismo*.

Uma análise ao Teste das Histórias revela que o grupo *médio/alto* possui ideias mais rígidas em torno da imagem corporal. As jovens incluídas neste conjunto, são também as que parecem investir mais tempo no cuidado da sua imagem. Os resultados obtidos para o grupo *médio/alto* poderão justificar-se pelo meio competitivo em que se inserem. De fato, estudos futuros com base no nível socioeconómico enquanto um fator de relevo nos distúrbios alimentares, mostram-se necessários. Tal como afirma Hsu (1990), tais distúrbios tendem a surgir particularmente entre mulheres caucasianas jovens de nível socioeconómico elevado, em que o contexto funciona como um agente promotor da magreza.

No caso do grupo de nível *socioeconómico baixo*, este assume-se como mais legitimador do ideal de beleza social, estando claramente sob uma maior influência das crenças socialmente construídas. Com apenas alguns resultados a mostrarem-se estatisticamente significativos, comprova-se parcialmente a Hipótese 3 em estudo.

Por se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no cruzamento das variáveis IMC e escolaridade, optou-se por excluir esta análise. É possível especular acerca desta questão, uma vez que a imagem corporal pode ver-se influenciada pela maturação sexual e o ambiente escolar (Blyth, Simmons, & Zakin, 1985), reforçando os contornos socioculturais em torno do construto. Um estudo desenvolvido por Dyer e Tiggemann (1996), veio mostrar que raparigas a frequentar uma escola privada, exclusivamente para o sexo feminino, apresentavam uma predisposição para perturbações alimentares e para um ideal de beleza magro, comparativamente a raparigas de uma escola privada frequentada por ambos sexos.

*Estudo das diferenças intergrupais (IMC normal e acima do peso), face à satisfação com a aparência/preocupação com o excesso de peso, às dimensões de ansiedade e depressividade, e às representações sociais do corpo feminino*

A análise dos resultados intergrupais para as dimensões do MBSRQ, revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas para os factores ESAC e *preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso* – o que permite confirmar a última hipótese em estudo (H4). Quanto à dimensão *orientação da aparência*, não foram encontradas diferenças.

De acordo com Mazimiano, Miranda, Tomé, Luís e Maia (2005), podem encontra-se distúrbios na imagem corporal para a população geral,

mas para esta amostra tal não se verifica. Existe um distanciamento claro entre as médias dos grupos face aos dois factores acima enumerados, corroborando a ideia de Monteath e McCabe (1997) de que mulheres que se encontram mais próximas do ideal societal (neste caso *IMC normal*), apresentam uma imagem corporal mais saudável. As respondentes *acima do peso*, como seria de esperar, avaliam pior a sua aparência e estão mais insatisfeitas com o corpo ( $M=99.14$ ;  $p<.05$ ), quando comparadas com as restantes ( $M=159.17$ ;  $p<.05$ ); naturalmente, também elas estão consideravelmente mais preocupadas com o excesso de peso ( $M=213.11$ ;  $p<.05$ ) comparativamente com às respondentes de *IMC normal* ( $M=137.29$ ;  $p<.05$ ). Os resultados vão ao encontro de diversos estudos realizados neste âmbito, com o sexo feminino, para compreender diferenças intergrupais tendo em vista o peso dos sujeitos, tanto entre raparigas (Kostanski, Fisher, & Gullone, 2004; Thompson, et al., 2006), como em mulheres adultas (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004; Cash, Counts, & Huffine, 1990; Hausenblas & Fallon, 2002). No presente estudo, é possível verificar que quanto maior o IMC, maior a insatisfação para com a aparência, considerando as pontuações mais baixas do grupo *acima do peso* na variável *avaliação da aparência e escala de satisfação das áreas do corpo* (MBSRQ). Neste sentido, também Hausenblas e Fallon (2002) e Paxton et al. (1991) encontraram a correlação positiva entre o IMC e a insatisfação com a imagem corporal.

À falta de um grupo cujo IMC seja abaixo do esperado, a comparação possível entre sujeitos *acima do peso* e com *IMC normal* não permite considerar como ideal societal a “*magreza*”.

Da matriz de correlação estabelecida entre as três dimensões relativas à imagem (MBSRQ) e as subescalas *ansiedade* e *evitamento* (EAESSA), é possível perceber para a totalidade dos sujeitos, que uma maior satisfação para com as áreas do corpo/melhor avaliação da aparência é sinónimo de níveis menores de *ansiedade* ( $r=-.40$ ;  $p<.05$ ) e *evitamento* ( $r=-.34$ ;  $p<.05$ ) sociais.

Da análise à matriz de correlações estabelecida entre a Escala de Experiências Depressivas e a Escala de Relações Corpo/*Self*, destaca-se a relação estabelecida entre o *autocriticismo* (QED-A) e a *escala de satisfação com as áreas do corpo* (MBSRQ) ( $r=-.52$ ;  $p<.05$ ). Esta permite assumir, para a totalidade da amostra, que os sujeitos que avaliam mais positivamente a sua aparência, são aqueles que se sentem menos ameaçados/culpados pela não correspondência aos ideais sociais. Serão também eles menos propícios a experienciar sentimentos de desvalorização e psicopatologia depressiva (Amaral, Castilho, & Gouveia, 2010).

As correlações obtidas entre os factores do Teste das Histórias e a Escala de Relações Corpo/*Self* foram maioritariamente positivas e baixas; no caso da *escala de satisfação com as áreas do corpo*, são muito próximas de zero, não alcançando sequer uma magnitude correlacional pequena (Cohen, 1988). Os valores de *rho* obtidos para as restantes correlações, apesar de tendencialmente manifestarem magnitudes pequenas, sugerem que os sujeitos que se preocupam mais com o peso e que são mais orientados para a aparência, são também aqueles que na sua maioria legitimam mais as

crenças associadas ao ideal de beleza - considerando a magreza como um fator de sucesso em diversos campos da vida. Estes indivíduos surgem de acordo com os resultados, como detentores de ideias mais rígidas acerca da sua imagem. No que respeita à *Influência social na avaliação da aparência interna*, espera-se que os sujeitos mais preocupados com o peso, apresentem uma maior suscetibilidade a esta dimensão. As correlações entre ela e a *orientação da aparência* são um pouco contraditórias, com uma correlação positiva média a surgir na História 1; nas restantes, porém, a correlação é baixa e negativa. O conteúdo das histórias poderá surgir como possível explicação para estes resultados.

Uma vez que o grupo *IMC normal* possui valores mais elevados de satisfação corporal e avaliação positiva da aparência, na sequência das correlações obtidas, seria de esperar que estes sujeitos obtivessem valores de *ansiedade*, *evitamento* e *autocriticismo* mais baixos que os pertencentes ao grupo *acima do peso*. Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as dimensões avaliadas pela EAESSA (*ansiedade* e *evitamento*) e para os factores do QED-A (*autocriticismo* e *dependência*), refutando as hipóteses (H1) e (H2) em estudo.

Apesar de não se mostrarem significantes, as diferenças intergrupais vão ao encontro do previsto pelas matrizes de correlações: as respondentes com melhor autoavaliação da imagem/corpo são, de facto, as que apresentam menores níveis de *ansiedade/evitamento* e *autocriticismo*. Para a Escala de Ansiedade e Evitamento, os sujeitos acima do peso tendem a pontuar mais alto em situações que envolvam o contato com o sexo oposto, a exposição à observação dos outros e o comer/beber em público; no caso da Escala de Experiências Depressivas, estes sujeitos apresentam valores de *autocriticismo* superiores ao grupo *IMC normal*. O não aparecimento de diferenças estatisticamente significativas pode justificar-se também pelas dimensões da amostra, uma vez que para a sua totalidade, 82,5% dos sujeitos incluem-se no grupo *IMC normal*, enquanto que apenas 15,8% estão no grupo *acima do peso*.

Na avaliação das crenças através do Teste das Histórias, nota-se um paralelismo de resultados face ao anteriormente referido e em particular, correspondente à correlação entre o teste e a Escala de Relação Corpo/*Self*. Apesar de não se obterem diferenças estatisticamente significativas nos 12 factores do teste, as jovens *acima do peso* são as que obtêm valores superiores na legitimação do ideal de beleza em todas as dimensões; em simultâneo, possuem ideias mais rígidas acerca da sua imagem, e surgem como estando sob uma maior influência das concepções sociais.

Tendo em vista os resultados, torna-se pertinente manter em aberto campos de investigação relacionados com as perturbações alimentares, estudando amostras com diferenças de IMC para a avaliação da aparência. A *insatisfação corporal* e a *percepção do excesso de peso* surgem como estando significativamente relacionadas com o risco de surgimento de tais perturbações, fazendo habitualmente parte dos quadros clínicos típicos (Pinheiro, 2012; Probst & Vancampfort, 2008; Rosen, Reiter, & Orosan, 1995; Stice & Shaw, 1994); também as variáveis de *ansiedade social* (Buckner, Silgado, & Lewinsohn, 2010; Pinheiro, 2012) e *autocriticismo*

(Fenning et al., 2008; Steiger, Goldstein, Mongrain, & Van der Feen, 1990) surgem como bons preditores ao seu desenvolvimento entre adolescentes do sexo feminino, no contexto das investigações supracitadas.

## VI - Conclusões

Face ao objetivo principal do estudo, verificou-se que os sujeitos cuja avaliação da imagem é mais positiva são os que estão mais próximos do ideal de beleza, isto é, os pertencentes ao grupo *IMC normal* por oposição aos que se incluem no grupo *acima do peso*. Ainda para o primeiro grupo, os resultados mostraram a esperada menor *preocupação para com o excesso de peso*, comparativamente com o segundo. Foram encontradas correlações negativas entre a *satisfação/avaliação da aparência* e as dimensões de *ansiedade* e *autocriticismo*; porém, as diferenças intergrupais para estas dimensões não se mostraram estatisticamente significativas.

A principal dificuldade encontrada no estudo, prende-se com as conclusões acima referidas, considerando que seria de esperar a obtenção de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Apesar dos valores médios acompanharem as previsões, a significância mostrou-se superior a .05 na maioria das comparações, exceção feita apenas na ESAC e na *preocupação com o excesso de peso/auto-classificação do peso*. O distanciamento entre o número total de sujeitos de um grupo (*IMC normal*) face ao outro (*acima do peso*), poderá justificar parcialmente tais resultados.

O cruzamento com variáveis sociodemográficas, realizou-se de modo a compreender se esse distanciamento será uma possível explicação. Obtiveram-se resultados semelhantes para a idade, com as adolescentes dos 12 e os 15 a avaliar pior a aparência e a apresentarem níveis superiores de *ansiedade* e *autocriticismo*. Como tal, não é possível compreender se, de facto, a distribuição desequilibrada dos grupos por IMC é uma possível justificação, considerando que a sobreposição de resultados ocorre em grupos consideravelmente mais iguais: 12 a 15 anos (n=120) e 16 a 18 anos (n=178).

Numa situação ideal, as mesmas comparações seriam estabelecidas entre os dois grupos e um terceiro com o IMC abaixo do normal - uma vez que o ideal societal de beleza corresponde à magreza. Deste modo seria possível uma compreensão mais correta da influência dos factores socioculturais na satisfação corporal, e da sua relação com a ansiedade e o autocriticismo. A incluir um grupo de IMC abaixo do normal, este estudo teria como potencialidade um entendimento mais psicossocial das variáveis: se as jovens mais magras são de fato mais satisfeitas com o corpo, seria possível discutir um eventual padrão psicopatológico, aquando do estabelecimento de correlações entre a avaliação corporal, a ansiedade/evitamento e o autocriticismo.

A realização futura de um estudo comparativo entre uma amostra normal da população (a incluir IMC abaixo do normal, IMC normal e acima do peso) e uma amostra clínica de anorécticas e bulímicas, permitiria estimar a presença de diferenças claras para a insatisfação corporal, a ansiedade e o

autocriticismo. Os resultados obtidos poderiam evidenciar o recurso a um modelo compreensivo psicodinâmico em detrimento do modelo sociocultural, tendo em consideração factores de cariz individual e relacional dos sujeitos.

Face aos objectivos principais, considerado os resultados obtidos relativamente às representações sociais do corpo feminino, a sua importância é sugerida ao longo das comparações intergrupais. De fato, as raparigas acima do peso pontuam mais alto na legitimação do ideal de beleza (magreza), na influência social sobre a sua aparência e na rigidez associada à imagem.

A influência das representações sociais parece fazer-se sentir desde tenra idade, com as raparigas mais jovens, a mostrarem-se mais insatisfeitas com a sua imagem e mais preocupadas com o excesso de peso. Micali, Ploubidis, DeStavola, Simonoff e Treasure (2014), chegam a falar mesmo da existência de cognições relativas a perturbações alimentares, entre adolescentes jovens. Por outro lado, um estudo de O’Dea e Abraham (1999), veio mostrar a presença de perturbações relacionadas com o índice de massa corporal, entre raparigas no período pré-menarca.

Neste sentido, estudos futuros que visem o valor preditivo das crenças socioculturais no estabelecimento de quadros clínicos de perturbações alimentares são necessários para melhor compreender a sua etiologia e prevalência temporal, particularmente entre as adolescentes mais jovens. A realização de investigações que relacionem, por exemplo, conteúdo publicitário, insatisfação corporal e sintomatologia relativa a perturbações alimentares, poderá providenciar esclarecimentos mais aprofundados acerca das intercorrelações entre os fenómenos, apesar de já existirem estudos que apontam neste sentido (Maltby, Giles, Barber, & McCutcheon, 2005; Petrie et al., 1996).

### **Bibliografia**

- Amaral, V., Castilho, P., & Gouveia, J. (2010). A contribuição do autocriticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52(2), 271-292.
- Annis, N., Cash, T., & Hrabosky, J. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.
- Blatt, S., D’Afflitti, S., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.
- Blatt, S., Zohar, A., Quinlan, D., & Luthar, S. (1996). Levels of relatedness within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 67(1), 52-71.
- Blatt, S. & Schichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6(2),

- 187-254.
- Blyth, D., Simmons, R., & Zakin, D. (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females: the impact of pubertal timing within different school environments. *Journal of Youth and Adolescence*, *14*(3), 207-225.
- Boyce, J., Kuijer, R., & Gleaves, D. (2013). Positive fantasies or negative contrasts: the effect of media body ideals on restrained eaters' mood, weight satisfaction, and food intake. *Body image*, *10*(4), 535-539.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Boston: Harvard University Press.
- Brumberg, J. (1997). *The body project: an intimate history of american girls*. New York: Random House, Inc.
- Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2013). Overview of eating disorders in childhood and adolescence. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Routledge.
- Buckner, J., Silgado, J., & Lewinsohn, P. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(12), 781-787.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., & Reed, V. (1999). Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychotherapy and psychosomatics*, *68*(6), 325-332.
- Campagna, V. & Souza, A. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, *LVI*(124), 9-35.
- Campos, R. (2000). Adaptação do questionário de experiências depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, *3*(XVIII), 285-309.
- Campos, R., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. (2013). Self-criticism, dependency, and adolescents' externalising and internalising problems. *Clinical Psychologist*, *18*(1), 21-32.
- Cardosi, C. (2006). *Effect of media on female adolescent's satisfaction with their body image*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade da Virgínia dos E.U.A.
- Carneiro, M. (2008). Three boys and their stories: atypical eating and primitive relations. *International Journal of Psychoanalysis*, *89*(1), 1145-1163.
- Carroll, J., Touyz, S., & Beumont, P. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *19*(2), 159-170.
- Carter, C. & Steiner, L. (2004). Mapping the constested terrain of media and gender research. In C. Carter & L. Steiner (Eds.), *Critical readings: media and gender*. Maidenhead: Open University Press.
- Cash, T. & Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(2), 107-125.
- Cash, T. & Fleming, E. (2002). Body image and social relations. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

- Cash, T. (2000). *The multidimensional body-self relations questionnaire: MBSRQ users' manual*. Retrieved from <http://www.body-images.com/>.
- Cash, T., Counts, B., & Huffine, C. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12*(2), 157-167.
- Casper, C. & Davis, J. (1977). On the course of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 134*(9), 974-978.
- Chassler, L. (1998). "Ox hunger": psychoanalytic explorations of bulimia nervosa. *Clinical Social Work Journal, 26*(4), 397-412.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, F. & Vorcaro, Â. (2013). Anorexia: "uma neurose paralela à melancolia". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 16*(2), 232-245.
- Cunha, M., Gouveia, J., & Salvador, M. (2007). EAESSA – EAESSA de situações sociais para adolescentes. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa – Volume III*. Coimbra: Quarteto.
- Cunha, M., Gouveia, J., Salvador, M., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: a escala e ansiedade e evitamento de situações sociais para adolescentes (EAESSA). *Psicologica, 36*(1), 195-217.
- Dakanalis, A. & Riva, G. (2013). Mass media, body image and eating disturbances: the underlying mechanism through the lens of the objectification theory. In L. Sams & J. Keels (Eds.), *Handbook of body image: gender differences, sociocultural influences and health implications*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Dansky, B., Brewerton, T., & Kilpatrick, D. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the national women's study. *International Journal of Eating Disorders, 27*(2), 180-190.
- Del-Ben, C. et al. (2001). Confiabilidade da "entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – versão clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159.
- Derenne, J. & Beresin, E. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry, 30*(3), 257-261.
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: theory and applications (2<sup>nd</sup> ed.)*. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.
- Durkin, S. & Paxton, S. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 995-1005.
- Dyer, G. & Tiggemann, M. (1996). The effect of school environment on body concerns in adolescent women. *Sex Roles, 34*(1/2), 127-138.
- Fenning, S., et al. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating



- disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 762-765.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3<sup>th</sup> ed.)*. Los Angeles: SAGE Publications.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), clinician version, administration booklet*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fortes, I. (2011). Anorexia: o traço da obstinação na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 83-95.
- Fuks, B. & Pollo, V. (2010). Estudos psicanalíticos sobre a anorexia: quando se come “nada”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 412-424.
- Garner, D. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30(1), 1-13.
- Gaspar, N. (1999). *Estudo da imagem corporal na adolescência*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Goodsitt, A. (1989). Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. In M. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Grogan, S. (2008). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Psychology Press.
- Grossbard, J., Neighbors, C., & Larimer, M. (2011). Perceived norms for thinness and muscularity among college students: what do men and women really want?. *Eating Behaviors*, 12(3), 192-199.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2009). *Multivariate data analysis (7<sup>th</sup> ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Harrison, K. (1997). Does interpersonal attraction to thin media personalities promote eating disorders?. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 41(4), 478-495.
- Hausenblas, H. & Fallon, E. (2002). Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 179-185.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C., & Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29(1), 208-224.
- Hoeken, D., Seidell, J., & Hoek, H. (2005). Epidemiology. In J. Treasure,

- U. Schmidt & van Furth, E. (Eds.), *The essential handbook of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hsu, L. & Sobkiewicz, T. (1991). Body image disturbance: time to abandon the concept of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 15-30.
- Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Inderbitzen-Nolan, H. & Kenne, W. (2010). Social anxiety scale for adolescents: normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 360-371.
- Jackson, L. (2002). Physical attractiveness: a sociocultural perspective. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Jun, H. (2010). *Social justice, multicultural counseling, and practice: beyond a conventional approach*. Los Angeles: SAGE.
- Kashani, J., Orvaschel, H., Rosenberg, T., & Reid, J. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 701-706.
- Kostanski, M., Fisher, A., & Gullone, E. (2004). Current conceptualization of body image dissatisfaction: have we got it wrong?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1317-1325.
- Kullman, A. (2007). The “perseverant” personality: a preattachment perspective on the etiology and evolution of binge/purge eating disorders. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(5), 705-732.
- Macedo, M., Azevedo, B., & Castan, J. (2004). Adolescência e psicanálise. In M. Macedo (Org.). *Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Macedo, M., Gobbi, A., & Waschburger, E. (2004). O corpo na adolescência: território de enlacs e desenlacs. In M. Macedo (Org.). *Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Maine, M. (2000). *Body wars: making peace with women's bodies*. Carlsbad: Gürze Books.
- Maltby, J., Giles, D., Barber, L., & McCutcheon, L. (2005). Intense-personal celebrity worship and body image: evidence of a link among female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 10(1), 17-32.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1998). *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris: Masson.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2005). Imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. *Psilogos*, 1(2), 69-76.
- McClintock, J. & Evans, I. (2001). The underlying psychopathology of eating disorders social phobia: a structural equation analysis. *Eating Behaviors*, 2(3), 247-261.
- Meltzer, D. (1992). *The claustrophobia: an investigation of claustrophobic phenomena*. London: Karnac Books Ltd.

- Micali, N., Ploubidis, G., DeStavola, B., Simonoff, E., & Treasure, J. (2014). Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *Journal of Adolescent Health, 54*(5), 574-581.
- Miller, M. & Pumariega, A. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry, 64*(2), 93-110.
- Monteath, S. & McCabe, M. (1997). The influence of societal factors on female body image. *The Journal of Social Psychology, 137*(6), 708-727.
- Morais, M. (2002). Eating disorders: a bond between medicine, culture and psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis, 11*(2), 135-140.
- O'Brien, K. & Vincent, N. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence and casual relationships. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 57-74.
- O'Dea, J. & Abraham, S. (1999). Outset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence, 34*(136), 671-679.
- O'Grady, K. (1989). Physical attractiveness, need for approval, social self-esteem, and maladjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(1), 62-69.
- Onis, M. et al. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization, 85*(1), 660-667.
- Paixão, R. (2002). *Manual de psicopatologia infantil e juvenil*. Obra não publicada.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12) (2<sup>nd</sup> ed.)*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Paxton, S., et al. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(3), 361-379.
- Pessoa, V. (2010). *Insatisfação corporal e as influências dos meios de comunicação face à aparência, controlo do peso e obesidade*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Petrie, T. et al. (1996). Sociocultural expectations of attractiveness for males. *Sex Roles, 35*(9/10), 581-602.
- Pinheiro, M. (2012). *A relação entre factores psicológicos e as perturbações do comportamento alimentar na adolescência*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- Probst, M. & Vancampfort, D. (2008). Body experience and mirror behaviour in female eating disorders patients and non clinical subjects. *Psychological Topics, 17*(2), 335-348.
- Pruzinsky, T. & Cash, T. (2002). Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

- Reich, G. & Cierpka, M. (1998). Identify conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 18*(3), 383-402.
- Rocha, A. (2012). *Estudo da relação entre autoconceito, imagem corporal, traços de personalidade e psicopatologia*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: a normative discontent. In T. Sonderegger (Ed.). *Psychology and gender: Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rosen, J. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (2<sup>nd</sup> ed)*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behavior Research and Therapy, 33*(1), 77-84.
- Sault, N. (1994). Introduction: the human mirror. In N. Sault (Ed.). *Many mirrors: body image and social relations*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.
- Silberstein, L., Striegel-Moore, R., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: do men and women differ?. *Sex Roles, 19*(3/4), 219-232.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The roles of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles, 14*(9/10), 519-532.
- Steiger, H. & Houle, L. (1991). Defense styles and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of "symptomatic" eating. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 145-153.
- Steiger, H., Goldstein, C., Mongrain, M., & Van der Feen, J. (1990). Description of eating-disordered, psychiatric, and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *International Journal of Eating Disorders, 9*(2), 129-140.
- Steiger, H., Van der Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders, 8*(2), 131-140.
- Stephens, D., Hill, R., & Hanson, C. (1994). The beauty myth and female consumers: the controversial role of advertising. *The Journal of Consumer Affairs, 28*(1), 137-153.
- Stice, E. & Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(3), 288-308.
- Stormer, S. & Thompson, J. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International*

- Journal of Eating Disorders*, 19(2), 193-202.
- Strachey, S. (1957). *Mourning and melancholia: the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, volume XIV (1914-1916): on the history of the psycho-analytic movement: papers on metapsychology and other works*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Striegel-Moore, R. & Franko, D. (2002). Body image issues among girls and women. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Sugarman, A. & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 57-67.
- Szymanski, M. & Cash, T. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: expansion of the body image ideals questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(2), 134-146.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics (5<sup>th</sup> ed.)*. Boston: Pearson.
- Thomas, V. (1989). Body-image satisfaction among black women. *The Journal of Social Psychology*, 129(1), 107-112.
- Thompson, J. (1996). *Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. et al. (2006). Relations among peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: a comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 24-29.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Tirelli, L. (2004). Eating disorders in adolescence: the function of receiving. In G. Williams, P. Williams, J. Desmarais, & K. Ravenscroft (Eds.), *Exploring eating disorders in adolescents: the generosity of acceptance (Vol. 2)*. London: Karnac Ltd.
- Usmiani, S. & Daniluk, J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: relationship between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(1), 45-60.
- Walter, H., Bulick, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Wertheim, E., Paxton, S., & Blaney, S. (2004). Risk factors for the development of body image disturbances. In J. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- WHO (2007). *Programmes and projects: growth reference 5-19 years: BMI-for-age (5-19 years)*. Retrieved from [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/).
- Williamson, D. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press, Inc.

- Wolszon, L. (1998). Women's body image theory and research: a hermeneutic critique. *American Behavioral Scientist*, 41(4), 542-557.
- Zborowski, M. (1998). A comprehensive investigation of putative correlates of bulimia among college-age women: object relations, dependency, ego defenses, trait anxiety, and depression. *Addictive Behaviors*, 23(1), 47-55.

## **Anexos**

### Anexo I.

Anexo 1.1 Protocolo de Investigação

Anexo 1.2 Autorizações para utilização de testes/escalas

### Anexo II. Estatísticas descritivas

### Anexo III. Distribuição de grupos por *z-scores* do Índice de Massa Corporal (IMC)

Anexo 3.1 Divisão da amostra por grupos (IMC)

Anexo 3.2 *z-scores* para o IMC do sexo feminino (12-18 anos)

### Anexo IV. Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza

Anexo 4.1 Conteúdo do teste

Anexo 4.2 Cotação de itens e distribuição pela estrutura factorial

Anexo 4.3 Estatísticas descritivas

### Anexo V. Valores do Teste de Quiquadrado para o cruzamento entre variáveis sociodemográficas e Índice de Massa Corporal (IMC)

**Anexo I.<sup>2</sup>**

**Anexo 1.1 Protocolo de Investigação**

[Não disponível para consulta]




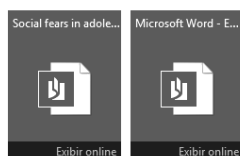
## Anexo 1.2 Autorizações para utilização de testes/escalas

### 1.2.1 EAESSA (Cunha, Gouveia, & Salvador, 2002)

Re: Utilização EAESSA para investigação

 marina\_cunha@ismt.pt (marina\_cunha@ismt.pt)  
Para: LS. S ▾

 2 anexos (total de 302,3 KB)





Baixar tudo como zip

Cara Carla Silva,  
Pode seguramente utilizar a EAESSA no seu estudo. Em anexo envio a mesma, bem como o artigo de suporte. A escala está também divulgada na Psychologica.  
Votos de um bom trabalho.  
Cordialmente,  
Marina Cunha

### 1.2.2 QED-A – versão portuguesa (Morgado & Campos, 2011)

Re: utilização QED investigação

 Rui C. Campos (rcampos@uevora.pt)  
Para: LS. S ▾

 2 anexos (total de 555,2 KB)



Baixar tudo como zip

Cara Carla  
Autorizo a utilização do QED-A exclusivamente para a sua tese.  
Note que lhe envio a versão para adolescentes, também já adaptada para Portugal, dado que me parece que irá trabalhar com esta população. Envio também um artigo sobre a sua adaptação, quando necessitar de cotar a escala, por favor diga-me.  
Os meus cumprimentos  
Rui Campos

### 1.2.3 Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self (MBSRQ) – versão portuguesa (Rocha, 2012)

A autorização para utilização da versão portuguesa do Questionário Multidimensional das Relações Corpo/Self (MBSRQ), foi fornecida presencialmente pelo Prof. Dr. Rui Paixão. O contacto com a Dr.<sup>a</sup> Sofia Rocha estabeleceu-se por via telefónica.

## Anexo II. Estatísticas descritivas

Idade			
	Frequência	Percentagem	Percentagem casos válidos
12	7	2.3%	2.3%
13	16	5.4%	5.4%
14	35	11.7%	11.7%
15	62	20.8%	20.8%
16	62	20.8%	20.8%
17	71	23.8%	23.8%
18	45	15.1%	15.1%
Total	298	100.0%	100.0%

Escolaridade			
	Frequência	Percentagem	Percentagem casos válidos
6 <sup>º</sup>	3	1.0%	1.0%
7 <sup>º</sup>	17	5.7%	5.7%
8 <sup>º</sup>	30	10.1%	10.1%
9 <sup>º</sup>	60	20.1%	20.1%
10 <sup>º</sup>	71	23.8%	23.8%
11 <sup>º</sup>	64	21.5%	21.5%
12 <sup>º</sup>	52	17.4%	17.4%
13 <sup>º</sup>	1	.3%	.3%
Total	298	100.0%	100.0%

Residência			
	Frequência	Percentagem	Percentagem casos válidos
Norte	68	22.8%	22.8%
Centro	100	33.6%	33.6%
Sul	116	38.9%	38.9%
Arquipélagos dos Açores/Madeira	14	4.7%	4.7%
Total	298	100.0%	100.0%

Nível socioeconómico			
	Frequência	Percentagem	Percentagem casos válidos
Baixo	141	47.3%	47.3%
Médio	149	50.0%	50.0%
Elevado	8	2.7%	2.7%
Total	298	100.0%	100.0%

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	12	18	15.84	1.54
Escolaridade	6	13	9.96	1.49
Altura (metros)	1.47	1.81	1.62	.06
Peso (quilogramas)	33.00	86.00	55.44	9.00

### Anexo III. Distribuição de grupos por *z-scores* do Índice de Massa Corporal (IMC)

#### Anexo 3.1 Divisão da amostra por grupos, de acordo com o IMC

	IMC_grupos		
	Frequência	Percentagem	Percentagem casos válidos
Magreza	<b>3*</b>	1.0%	1.0%
IMC Normal	250	82.5%	82.5%
Acima do peso	48	15.8%	15.8%
Obesidade	<b>2*</b>	.7%	.7%
Total	303	100.0%	100.0%

\*os casos assinalados a negrito são os excluídos de análise estatística

#### Anexo 3.2 *z-scores* para o IMC do sexo feminino (idades: 12-18)\*

	<i>z-scores</i> IMC para raparigas (idades: 12-18)*								
	-4DP	-3DP	-2DP	-1DP	0DP/M	+1DP	+2DP	+3DP	+4DP
12	11,91	13,15	14,39	15,95	18,00	20,81	24,97	31,91	38,85
13	12,28	13,61	14,94	16,61	18,80	21,80	26,21	33,44	40,67
14	12,60	14,03	15,45	17,24	19,57	22,73	27,32	34,66	42,00
15	12,85	14,36	15,87	17,76	20,21	23,51	28,22	35,54	42,85
16	13,00	14,59	16,17	18,15	20,70	24,10	28,87	36,07	43,26
17	13,05	14,70	16,35	18,42	21,04	24,50	29,28	36,28	43,28
18	13,02	14,73	16,45	18,57	21,26	24,77	29,52	36,28	43,04

\*valores arredondados

\* A OMS (2007) disponibiliza *z-scores* referentes à idade em meses (e.g.: dados para 145 meses, ou seja, 12 anos e 1 mês de idade) (WHO, 2007); contudo, durante a recolha dos dados, foi pedido às respondentes que referissem a idade em anos, não em meses. Por este motivo, os *z-scores* tomados como referência correspondem às idades como valores inteiros (12 anos e 0 meses, 13 anos e 0 meses, 14 anos e 0 meses, etc.).

**Anexo IV. Teste de Histórias para Crenças Socioculturais relacionadas com a ideia de Beleza**

[Não disponível para consulta]

**Anexo V. Valores de Teste Quiquadrado para o cruzamento entre variáveis sociodemográficas e Índice de Massa Corporal**

		IMC normal n(%)	IMC acima do Peso n(%)	$\chi^2$
Idade	12-15 anos	95(38.0%)	25(52.1%)	2.761
	16-18 anos	155(62.0%)	23(47.9%)	
Nível socioeconómico	Baixo	117(46.8%)	24(50.0%)	.062
	Médio/alto	133(53.2%)	24(50.0%)	
Escolaridade	Ensino Básico	85(34.0%)	25(53.2%)	5.453*
	Ensino Secundário	165(66.0%)	22(46.8%)	

\*p<.05

Nota: Os valores de qui-quadrado apresentados, correspondem à Correção de Continuidade de Yates, calculada apenas para tabelas do tipo 2x2 (Pallant, 2005).