

# **Avaliação de factores de risco de desenvolvimento de perturbações alimentares: Desenvolvimento e estudos de validação da versão portuguesa do McKnight Risk Factor Survey IV**

Assesment of risk factors for the development eating disorders:  
Development and validation study of the Portuguese version  
of the McKnight Risk Factor Survey IV

RITA FRANCISCO<sup>1</sup>, MADALENA ALARCÃO<sup>2</sup> E ISABEL NARCISO<sup>3</sup>

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta o processo de desenvolvimento e estudos de validação da versão portuguesa, para ambos os sexos, do McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV), um instrumento de avaliação de factores de risco e protectores do desenvolvimento de perturbações alimentares (PA) em adolescentes, originalmente desenvolvido apenas para raparigas. Participaram no estudo 793 alunos do 3º ciclo do ensino básico e secundário (12–20 anos), respondendo ao MRFS-IV, bem como a outras medidas (Contour Drawing Rating Scale, Questionário

---

1 Professora Auxiliar Convidada, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, Portugal. Telefone: (+351) 217943655. Correio electrónico: ritamfrancisco@gmail.com

2 Professora Associada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

3 Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Nota: Este trabalho foi apoiado pela Bolsa de Doutoramento da primeira autora, financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/27472/2006)

de Auto-Estima Global, Eating Disorder Examination-Questionnaire), utilizados com o objectivo de contribuir para o estudo de validade convergente. Da análise factorial exploratória, realizada com a maioria dos itens (itens com escala de Likert de 5 pontos), resultou uma estrutura de nove factores – Preocupação com a Magreza, Auto-Estima, Pressão Social, Voracidade Alimentar, Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios, Apoio Social, Influências Parentais, Sintomatologia Depressiva-Ansiosa e Perfeccionismo –, com níveis bastante adequados de consistência interna. Os restantes itens foram organizados em oito indicadores de outros aspectos importantes na avaliação do risco de PA. O estudo psicométrico do instrumento revelou, ainda, bons resultados quanto à validade convergente. A versão portuguesa do MRFS-IV pode constituir-se como um instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento de PA, fundamentalmente na área da investigação e prevenção.

**Palavras-chave:** perturbações alimentares, factores de risco e protectores, estudo de validação, McKnight Risk Factor Survey IV.

## ABSTRACT

This article presents the process of the development and validation study of the Portuguese version (both male and female) of the McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV). MRFS-IV assesses potential risk and protective factors for the development of eating disorders (ED) in adolescents, and was originally developed to be used only with females. Seven hundred and ninety three middle and high school students (aged 12 to 20 years), completed MRFS-IV, as well as other measures in order to evaluate its convergent validity (Contour Drawing Rating Scale, Global Self-Esteem Questionnaire, Eating Disorder Examination-Questionnaire). Exploratory factor analysis used with most items (rated on a 5-point Likert scale) resulted in a nine factor structure with quite adequate levels of internal consistency – Concern with Thinness, Self-Esteem, Social Pressure, Overeating, Substance Use and Compensatory Methods, Social Support, Parental Influences, Anxiety-Depression Symptomatology and Perfectionism. Remaining items were organized in eight indicators of other important aspects of ED risk evaluation among adolescents. The psychometric study also showed good results concerning convergent validity. The Portuguese version of MRFS-IV can thus be a significant instrument for assessing the risk of the development of ED, both in investigation and preven-

tion fields.

**Keywords:** eating disorders, risk and protective factors, validation study, McKnight Risk Factor Survey IV.

A adolescência é o período de maior risco de desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados, devido às alterações físicas, sociais e emocionais que a acompanham. Estas perturbações ocorrem, geralmente, num continuum (Peck & Lightsey Jr, 2008; Shisslak, Crago, & Estes, 1995; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998) e podem ir desde as preocupações com o peso e imagem corporal até às perturbações alimentares (PA) que apresentam critérios de diagnóstico bem estabelecidos (American Psychiatric Association, APA, 2002), como a Anorexia Nervosa (AN) ou Bulimia Nervosa (BN). Em Portugal, o estudo mais recente revelou uma prevalência de 3.06% de PA entre raparigas adolescentes (12-23 anos),

correspondendo 0.39% ao diagnóstico de AN, 0.30% a BN e 2.37% a PASOE (Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação) ou casos sub-clínicos (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007). Tendo em conta a idade das participantes, muitos destes casos de PASOE podem reflectir estádios iniciais do desenvolvimento de síndromes completas de PA. Assim, a detecção precoce do risco de desenvolvimento de PA poderá evitar a evolução para síndromes completas, mais difíceis de tratar (Shisslak et al., 1995), tal como a intervenção ao nível dos factores de risco e protectores pode mesmo evitar o surgimento de comportamentos alimentares perturbados.

Os factores de risco referem-se às condições antecedentes que estão associadas a uma maior probabilidade de se

desenvolverem determinadas situações adversas, indesejáveis ou patológicas. Por factores protectores, entendem-se as condições antecedentes associadas a uma menor probabilidade de desenvolvimento de situações adversas ou maior probabilidade de surgirem situações positivas, podendo actuar de diversas formas, desde prevenir a ocorrência do próprio factor de risco, até atenuar os seus efeitos devido à interacção que com ele estabelece (Kazdin, Kraemer, Kessler, & Kupfer, 1997). No que se refere à investigação sobre o desenvolvimento de PA, diversos estudos são consensuais ao afirmar que a sua etiologia é multifactorial, apesar do conhecimento acerca dos factores que as desencadeiam e mantêm ser ainda muito incompleto (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004;

Striegel-Moore & Bulik, 2007; Striegel-Moore & Cachelin, 2001).

A exposição aos ideais de beleza actualmente veiculados pelas sociedades ocidentais – excessivamente magros e impossíveis de atingir para a maioria das mulheres, e substancialmente musculados e atléticos para os homens – e a sua internalização, conduzem, frequentemente, a níveis elevados de preocupação e insatisfação com o corpo e imagem corporal, e à adopção de comportamentos restritivos ou outros métodos que permitam alterar a imagem corporal, aumentando o risco de desenvolvimento de PA (e.g., A. E. Field et al., 2001; Ricciardelli, McCabe, & Banfield, 2000; Stice & Whitenton, 2002), sobretudo a partir da adolescência. Adolescentes inseridos em contextos onde estes ideais são sobrevalorizados, pela associação entre a magreza e o desempenho óptimo, como acontece com bailarinos, ginastas e modelos, apresentam um risco acrescido (e.g., Garner & Garfinkel, 1980; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). Os comentários críticos em relação à alimentação ou aparência física, por parte de pares, familiares ou outros significativos, também têm sido considerados importantes factores de risco para o desenvolvimento de PA em adolescentes de ambos os sexos (Taylor et al., 2006; Vincent & McCabe, 2000). Da mesma forma, modelos de comportamento alimentar desadequados (A. E.

Field et al., 2001; Ricciardelli et al., 2000; Rojo et al., 2003), bem como a história familiar de PA, obesidade, depressão ou abuso de substâncias (Fairburn & Harrison, 2003), constituem factores importantes a ter em conta.

A baixa auto-estima tem sido considerada um dos principais factores individuais de risco para o desenvolvimento de PA (e.g., Ghaderi & Scott, 2001; Peck & Lightsey Jr, 2008; Wiseman, Peltzman, Halmi, & Sunday, 2004). O perfeccionismo é um traço de personalidade que predispõe os indivíduos para o desenvolvimento de PA e um importante factor de risco (Bulik et al., 2003; Forbush, Heatherton, & Keel, 2007), apesar de alguns estudos não encontrarem relações significativas deste traço com sintomatologia de PA (e.g., Rosenvinge, Borgen, & Børresen, 1999). Estas perturbações apresentam muitas vezes comorbilidade com quadros depressivos, ansiosos e obsessivo-compulsivos, bem como com o consumo de substâncias (e.g., O'Brien & Vincent, 2003), que se constituem como factores de risco, apesar de não estar ainda claramente estabelecido, na literatura, o tipo de relação entre estes quadros e as PA. Por fim, acontecimentos de vida adversos (e.g., alterações importantes nas relações familiares, ameaças à segurança física, abuso sexual) têm sido identificados como estando relacionados com o início de PA, especialmente no ano que antecede o surgimento

da doença (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, & Resnick, 2000; Welch, Doll, & Fairburn, 1997), constituindo-se, também, como factores de risco.

A investigação relativa aos factores que podem proteger os adolescentes de desenvolverem PA é bastante mais escassa. Contudo, a percepção de apoio social e apoio parental, especificamente (Littleton & Ollendick, 2003; McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdollell, 2002), bom desempenho escolar (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002) e a participação em actividades culturais e sociais (Littleton & Ollendick, 2003), têm recebido apoio empírico enquanto factores protectores neste campo.

O McKnight Risk Factor Survey (Shisslak et al., 1998; Shisslak et al., 1999; The McKnight Investigators, 2003), desenvolvido nos Estados Unidos da América, consiste num questionário de auto-relato para avaliação de factores de risco e protectores do desenvolvimento de PA em raparigas (pré-adolescentes e adolescentes). Apesar da prevalência de PA ser bastante mais elevada no sexo feminino – de acordo com a APA (2002), existe um ratio de 9 mulheres para 1 homem com diagnóstico de AN ou BN –, diversos estudos têm vindo a demonstrar um aumento da preocupação com a imagem corporal e da utilização de métodos de controlo de peso e forma

corporal entre os rapazes, bem como prevalências de síndromes parciais e completas de PA consideráveis, acima do que se pensava até então (e.g., A. E. Field et al., 2001; Kjelsås, Bjørnstrøm, & Gøtestam, 2004; Ousley, Cordero, & White, 2008). Neste sentido, e dado que a maioria dos estudos tem indicado mais semelhanças do que diferenças entre os factores de risco associados ao desenvolvimento de PA em raparigas e rapazes (para uma revisão, ver Ricciardelli & McCabe, 2004), entendemos ser importante utilizar instrumentos de avaliação semelhantes.

Os instrumentos de medida relacionados com PA, adaptados para a população portuguesa são, essencialmente, de carácter clínico, centrados em atitudes e comportamentos associados às PA, como o Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Machado, 2007) ou o Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983; Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001), não permitindo avaliar muitos dos factores de risco e protectores identificados na literatura.

Assim, o objectivo deste estudo consiste no desenvolvimento da versão portuguesa do MRFS-IV, para adolescentes de ambos os sexos, e na avaliação das qualidades psicométricas, contribuindo para a validação da sua utilização em contextos de investigação e prevenção.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra é constituída por 793 adolescentes de ambos os sexos (499 raparigas e 294 rapazes), com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos ( $M = 15.07$ ;  $DP = 1.85$ ), alunos do 3º ciclo do ensino básico (45.8%) e secundário de várias zonas do país (45.3% de Lisboa e Vale do Tejo, 27.1% do Alentejo, 20.4% do Centro e 7.2% de outras zonas). A maioria dos adolescentes provém de famílias nucleares intactas (74.4%) e quase 50% dos agregados familiares apresenta um nível sócio-económico médio-alto ou alto.

### Instrumentos

- McKnight Risk Factor Survey IV (The McKnight Investigators, 2003) – corresponde à versão revista do MRFS-III (Shisslak et al., 1999). A versão para adolescentes utilizada neste estudo é constituída por 103 itens agrupados em domínios teóricos relacionados com as PA, cuja análise em componentes principais da versão original, com uma amostra norte-americana, identificou 7 factores: Pressão Social e Preocupação com a Magreza, Uso de Substâncias, Influências Parentais, Influências Psicológicas Gerais, Apoio Social, Número de Acontecimentos de Vida Negativos e Desempenho Escolar. A maior parte dos itens é respondida numa es-

cala de tipo Likert de 5 pontos (Nunca a Sempre). Existem, ainda, alguns itens dicotómicos, dois itens com mais do que uma opção (identificação de figuras de apoio relevantes e de actividades extra-curriculares), dois itens com a Stunkard Figure Rating Scale (relativos aos pais biológicos) e um item com escala de tipo Likert de 4 pontos sobre o desempenho escolar (Insatisfatório a Muito Bom). No estudo longitudinal de quatro anos, quatro itens do factor Pressão Social e Preocupação com a Magreza foram discriminativos na identificação de novos casos de PA, dado terem identificado 80% dos estudantes que adoeceram nesse período (The McKnight Investigators, 2003).

- Contour Drawing Rating Scale (CDRS, Thompson & Gray, 1995, versão portuguesa de Francisco, Narciso, & Alarcão, in press) – consiste numa sequência de nove figuras, ordenadas da menos volumosa para a mais volumosa. Procura avaliar a satisfação com a imagem corporal, medida pela discrepância entre os números das figuras seleccionadas como correspondendo à aparência ideal e à aparência actual. O estudo das qualidades psicométricas da CDRS, quando aplicada à população portuguesa (Francisco et al., in press), revelou bons resultados quanto à validade convergente (com IMC  $r = -.52$ ,  $p < .01$ ; com EDE-Q  $r = -.53$ ,  $p < .01$ ) e à fiabilidade ( $r = 0.91$ ,  $p < .01$ ).

- Questionário de Auto-Estima

Global (QAEG; Rosenberg, 1965, versão portuguesa de Faria, 2000) – é constituído por 10 itens que pretendem avaliar a auto-estima global. Segundo Azevedo e Faria (2004), apresenta boas qualidades psicométricas quando aplicada à população portuguesa de adolescentes ( $\alpha = .89$ ), tal como no presente estudo ( $\alpha = .89$ ).

- Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994, 5ª edição; versão portuguesa de Machado, 2007) – consiste num questionário de 28 itens que pretende avaliar determinados comportamentos, atitudes e sentimentos associados às PA. Os itens agrupam-se em 4 sub-escalas, cuja média resulta num score global, indicador de PA. Um estudo internacional recente (Peterson et al., 2007) demonstrou níveis aceitáveis de consistência interna para o score global ( $\alpha = .90$ ) e sub-escalas: Restrição ( $\alpha = .70$ ), Preocupação com a Comida ( $\alpha = .73$ ), Preocupação com a Forma ( $\alpha = .83$ ) e Preocupação com o Peso ( $\alpha = .72$ ). No presente estudo, o EDE-Q também demonstrou boas qualidades psicométricas [score global ( $\alpha = .92$ ), Restrição ( $\alpha = .82$ ), Preocupação com a Forma ( $\alpha = .91$ ), Preocupação com a Comida ( $\alpha = .76$ ) e Preocupação com o Peso ( $\alpha = .84$ )].

### **Tradução e adaptação do MRFS-IV**

Aquando da tradução e adaptação do MRFS-IV para a população portu-

guesa de adolescentes, optou-se por elaborar, igualmente, uma versão para o sexo masculino. Também com autorização prévia dos autores, fizeram-se as seguintes alterações:

- nos itens relativos ao surgimento da menarca e/ou ao primeiro namoro, ao invés de questionar sobre o ano de escolaridade que frequentavam nesse momento, optou-se por questionar especificamente sobre a idade dos participantes, pelo facto de, nas situações de reprovação escolar, o ano de escolaridade não constituir um bom indicador da faixa etária;

- no item que pretende identificar as figuras de apoio a quem o adolescente recorre, dividiram-se as duas primeiras opções em quatro, uma vez que pareceu importante considerar separadamente mãe e madrastra, bem como pai e padrasto;

- por questões éticas, e considerando a possibilidade de muitos adolescentes não terem contacto com os seus pais biológicos (por divórcio ou morte dos pais, ou por adopção), eliminaram-se os itens relativos às figuras representativas da imagem corporal destes.

Depois do instrumento traduzido (pelas autoras do estudo) e retrotraduzido por uma psicóloga bilingue, os itens que suscitaram dúvidas quanto à tradução para português foram discutidos com duas adolescentes de 16 e 18 anos, para uma melhor adequação à linguagem própria dos adolescentes.

Após autorização da aplicação do protocolo de investigação nas escolas de ensino básico e secundário, pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação, deu-se início à recolha de dados. Os participantes preencheram um consentimento informado e responderam ao protocolo de investigação após a obtenção de autorização da parte dos encarregados de educação para participarem no estudo. A maioria respondeu na escola, durante uma aula cedida pelos professores para o efeito, na presença da investigadora principal.

## RESULTADOS

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 17.0). Uma vez que se supõe que os factores a encontrar estão relacionados entre si, teoricamente, realizou-se uma análise factorial exploratória com utilização do método Componentes Principais, seguida de rotação oblíqua Promax (A. Field, 2009). Esta análise foi apenas realizada com 66 dos 68 itens respondidos na escala de Likert de 5 pontos. Dos restantes itens, alguns foram considerados adicionais, outros foram excluídos por razões teóricas ou de fiabilidade e, ainda, dois outros itens foram, posteriormente, incluídos num dos factores, conforme a seguir será explicado em maior detalhe.

## Análise factorial exploratória

A medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .93) revelou uma excelente adequação da amostra (N = 654) para a realização da análise factorial (A. Field, 2009). O teste de esfericidade de Bartlett [ $\chi^2(2145) = 24164.103$ ,  $p < .001$ ] revelou correlações entre os itens suficientemente elevadas para a realização da análise factorial. Realizou-se uma análise inicial, de forma a obter eigenvalues para cada factor, sendo que 14 factores apresentavam eigenvalues acima de 1 (critério de Kaiser), juntos explicando 64.1% da variância. Contudo, o screeplot apresentava-se um pouco ambíguo, com dois pontos de inflexão, indicando que deveria reter-se apenas seis ou nove factores. Seguiu-se a última opção, pelo que se repetiu a análise factorial em componentes principais, com rotação Promax, mas com a indicação de extracção de 9 factores. O Quadro 1 apresenta a saturação de cada factor (valores superiores a .40, como sugerido por A. Field, 2009) com base nos coeficientes de correlação após rotação.

Não se verificaram diferenças relevantes entre sexos no que respeita à estrutura factorial, pelo que toda a amostra foi analisada em conjunto.

A variância explicada pelo conjunto dos 9 factores é de 55.4%. Optou-se por manter os itens que apresentavam saturação superior a .40 em mais do que um factor naqueles onde apresentavam



maior carga factorial, à excepção do item 30. Apesar deste item apresentar uma carga factorial ligeiramente superior no factor 2, em detrimento do factor 8 (respectivamente .64 e .59; ver Quadro 1), teoricamente seria mais coerente a sua inclusão neste último; por outro lado, no estudo da consistência interna do MRFS-IV, a inclusão do item 30 no factor 8 fez aumentar o valor do alfa de Cronbach (de .73 para .78) e a sua exclusão do factor 2 aumentou ligeiramente o alfa deste factor (de .86 para .87), pelo que optámos pela inclusão do item. Os itens 43 e 85 foram eliminados por apresentarem saturação inferior a .40.

Excepto num dos factores, cujo alfa de Cronbach é de .65 (factor 5), o estudo da consistência interna revelou valores bastante adequados, de .71 (factor 9) a .96 (factor 1), como consta do Quadro 1. O estudo da consistência interna fez alterar ligeiramente a constituição de alguns factores, nomeadamente:

- no factor 1, excluíram-se os itens 51 e 58, por diminuírem o valor de alfa;
- no factor 2, excluíram-se os itens 89 (por diminuir o valor de alfa) e 30 (conforme referido acima);
- no factor 3, acrescentaram-se os itens 52 e 57. Estes não foram considerados na análise factorial dado que, para além dos 5 pontos da escala de Likert, apresentavam uma sexta opção (zero) equivalente a “Não se aplica”; sendo esta classificada como valor omissivo, apenas 174 participantes se-

riam tidos em conta no processo de análise em componentes principais (ao invés de 654), o que não seria aceitável, dado o número total de itens da escala. A sua inclusão no factor 3 repercutiu-se numa subida considerável do valor de alfa – de .86 para .91 –, como seria de esperar de acordo com o teor dos itens e com a estrutura factorial do instrumento original;

- no factor 7 excluímos o item 62, quer por diminuir consideravelmente o valor de alfa (de .72 para .68), quer por não se enquadrar no conjunto dos outros itens, que dizem respeito às influências parentais.

## **Versão portuguesa final do MRFS-IV**

### **A escala e os factores**

A distribuição dos itens pelos diversos factores assemelha-se, em parte, à estrutura proposta pelos autores (The McKnight Investigators, 2003).

Ao factor Pressão Social e Preocupação com a Magreza, do instrumento original, correspondem dois factores distintos na versão portuguesa – Preocupação com a Magreza (factor 1, constituído por 12 itens) e Pressão Social (factor 3, 12 itens) – que integram a maioria dos itens do factor original. O primeiro, para além de avaliar a preocupação com a apresentação de um corpo magro, avalia, ainda, a utilização

**Quadro 1: Resumo dos resultados da análise em componentes principais dos itens do MRFS-IV (N = 654), matriz de correlações entre factores e valores de alfa de Cronbach.**

ITEM	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7	F 8	F 9
1. Sentiu-se confiante		-.63							
2. <u>Fez dieta PARA PERDER PESO</u>	.85								
3. Preocupou-se com o facto de ter gordura no corpo	.83	.43	.44						
4. Fez jejum durante um dia ou mais PARA PERDER PESO	.49				.53				
5. Bebeu álcool quando estava sozinha ou com amigos(as)					.61				
6. Comeu <u>menos</u> do que o habitual quando estava <u>aborrecida</u>	.47							.60	
7. Sentiu-se gorda	.87	.50	.55	.42					
8. Tentou perder peso	.91		.47						
9. Pensou que queria ser mais magra	.88	.44	.49						
10. Pai fez comentário acerca do peso ou alimentação que a fez sentir mal							.54		
11. Mudou a alimentação quando estava com outras raparigas	.49		.57						
12. Teve alguém que a ouviu quando precisou de conversar						.82			
13. <u>Reduziu aquilo que comeu PARA PERDER PESO</u>	.90		.44						
14. Consumiu drogas					.65				
15. Comeu menos do que o habitual para <u>sentir-se melhor consigo mesma</u>	.86		.47						
16. Teve alguém com quem partilhar preocupações e receios						.84			
17. Outras raparigas gozaram por causa do peso			.69						
18. <u>Tomou laxantes ou diuréticos PARA PERDER PESO</u>								.49	

Continuação										
19.	Sentiu-se feia	.41	.75	.44						
20.	"Saltou" refeições PARA PERDER PESO	.73		.42	.45					.42
21.	Gostou da maioria das coisas em si		-.73							
22.	Teve dores de cabeça									.53
23.	Começou a comer e <u>sentiu que não conseguia parar</u>				.78					
24.	Professor/treinador fez comentário acerca do peso que a fez sentir mal	.43		.47						.40
25.	Comeu <u>mais</u> do que o habitual quando estava <u>aborrecida</u>	.42			.83					
26.	Fumou tabaco					.71				
27.	Sentiu-se sem valor		.74							.44
28.	Reparou que não tinha tanta energia como habitualmente		.45							.59
29.	<u>Fez exercício físico</u> PARA PERDER PESO	.73								
30.	Sentiu-se "em baixo" ou "deprimida"		.64		.42					.59
31.	Sentiu-se gira		-.67							
32.	Teve dores de estômago									.56
33.	Tentou mudar o peso para não ser gozada por rapazes	.50		.75						
34.	<u>PROVOCOU o vômito</u> PARA PERDER PESO				.52					
35.	Sentiu-se feliz por ser como é	-.44	-.79							
36.	Comeu <u>menos doces/gorduras</u> que o habitual PARA PERDER PESO	.77								
37.	Rapazes gozaram por causa do seu peso	.42		.81						
38.	Mãe fez comentário acerca do peso ou alimentação que a fez sentir mal	.43		.49						.49
39.	Teve alguém para ajudar a compreender um problema								.82	

40. Comeu menos que o habitual quando estava chateada	.52									.66
41. Tomou comprimidos PARA EMAGRECER						.54				
42. Comeu mais que o habitual para tentar sentir-se melhor consigo mesma					.62					
43. As amigas falaram sobre o desejo de perder peso										
44. Mudou a alimentação quando estava com rapazes	.47		.66							
45. Teve dificuldade em concentrar-se		.44								.58
46. Comeu mais que o habitual quando estava chateada	.43				.81					
47. Teve dificuldade em divertir-se		.47								.55
48. Comeu uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo					.71					
49. Tentou mudar o peso para não ser gozada por raparigas	.48		.81							.45
50. Fotografias de raparigas/mulheres magras fizeram desejar ser magra	.77	.46	.48							.41
51. Preocupou-se com a possibilidade de ganhar 1 quilo	.62									
52. Ser gozada por rapazes por causa do seu peso mudou o modo como se sente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
53. Peso influenciou o modo como se sente	.76	.54	.54	.43						.46
54. Sente-se feliz com o aspecto do corpo	-.49	-.71	-.41							
55. Peso fez com que os rapazes NÃO gostassem de si	.46	.52	.72							
56. Foi importante para os amigos que você fosse magra			.54							.53
57. Ser gozada por raparigas por causa do seu peso mudou o modo como se sente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58. Tentou ser parecida com as raparigas que vê na televisão, filmes ou revistas	.56		.42							
59. Foi importante para a sua mãe que você fosse magra			.40							.78
60. Peso fez com que outras raparigas NÃO gostassem de si			.62							.42

Continuação										
61. Foi importante para o seu pai que você fosse magra										.77
62. Foi importante para os seus amigos serem magros										.60
84. Na minha família, só se aceitam desempenhos excelentes										.63
85. Esforço-me muito para não desapontar os meus pais e professores										
86. Preciso de ser a melhor em tudo										.79
87. Sinto que devo fazer as coisas na perfeição ou então prefiro não as fazer										.70
88. Tenho objectivos extremamente elevados										.74
89. Preocupa-se com o que as outras pessoas pensam de si				.47						
<i>Eigenvalues</i>	17.0	4.1	3.2	2.8	2.3	2.2	1.9	1.6	1.5	
% de variância explicada	25.8	6.3	4.8	4.3	3.5	3.4	2.9	2.4	2.2	
<b>Matriz de Correlações</b>										
<b>Factor 1</b>	1									
<b>Factor 2</b>	.39	1								
<b>Factor 3</b>	.54	.37	1							
<b>Factor 4</b>	.40	.42	.31	1						
<b>Factor 5</b>	.27	.09	.17	.24	1					
<b>Factor 6</b>	.04	-.01	-.08	.09	-.06	1				
<b>Factor 7</b>	.35	.38	.44	.35	.09	.05	1			
<b>Factor 8</b>	.39	.37	.26	.39	.34	.03	.30	1		
<b>Factor 9</b>	.19	.09	.14	.18	.04	.05	.18	.18	1	
<b><math>\alpha</math></b>	.96	.87	.91*	.82	.65	.88	.72	.78	.71	
Nota. Apresentam-se apenas os valores de saturação dos itens superiores a .40. A <b>negrito</b> estão os valores que, na versão final, pertencem a cada factor.										
* Para o cálculo do $\alpha$ de Cronbach foram considerados, para além dos itens utilizados na análise factorial exploratória, os itens 52 e 57.										

de comportamentos para alcançar esse corpo (e.g. restrição alimentar, prática de exercício físico). O factor Pressão Social avalia, sobretudo, a influência que os pares têm na forma como os adolescentes se sentem e comportam em relação ao peso e alimentação. Também a maioria dos itens que constituem o factor Influências Psicológicas Gerais, do instrumento original, estão distribuídos por dois factores distintos na versão portuguesa, especificamente Auto-Estima (factor 2, 7 itens) e Sintomatologia Depressiva-Ansiosa (factor 8, 8 itens), sendo que a este último acrescem outros 6 itens que no instrumento original não estavam integrados em nenhum factor. O factor Auto-estima engloba itens relativos ao facto de os adolescentes sentirem-se confiantes e felizes com os seus corpos e consigo próprios, enquanto o factor Sintomatologia Depressiva-Ansiosa procura avaliar sintomas relacionados com estados depressivos ou ansiosos (dificuldades de concentração, tristeza, dores de cabeça ou de estômago e diminuição de ingestão alimentar associada a estados emocionais negativos). O factor 4, Voracidade Alimentar, é constituído por cinco itens, relacionados com possíveis episódios de ingestão compulsiva, quatro dos quais não pertenciam a nenhum factor na versão original e o quinto, item 42, pertencia ao factor Influências Psicológicas Gerais. O factor 5, Uso de Substâncias e Métodos Compensató-

rios, inclui os três itens que constituíam o factor Uso de Substâncias do instrumento original, bem como quatro itens adicionais correspondentes à utilização de métodos compensatórios (um deles, relacionado com o jejum, pertencia originalmente ao factor Pressão Social e Preocupação com a Magreza; os restantes não estavam integrados em nenhum factor). Este factor engloba, assim, itens relativos ao consumo de substâncias lícitas (tabaco, álcool) e ilícitas (drogas), bem como itens relacionados com a utilização de métodos compensatórios característicos de PA (jejum, vômito, comprimidos e laxantes). O factor 6 recebeu a mesma designação que na versão original – Apoio Social – e inclui três dos quatro itens que o constituíam, pretendendo avaliar a disponibilidade de figuras de apoio. Também os itens que constituem o factor 7 coincidem com os quatro itens do factor Influências Parentais do instrumento original, relativos a comentários críticos negativos sobre o peso, proferidos pelos pais dos adolescentes, bem como relativos à importância que os pais dão à magreza, pelo que se manteve a mesma denominação. Por último, o factor 9, Perfeccionismo, é constituído por quatro itens associados ao desempenho de excelência, por imposição do próprio ou da família, que, na versão original, não estavam incluídos em nenhum dos factores.

A versão original apresenta, ainda,

os factores Número de Acontecimentos de Vida Negativos e Desempenho Escolar. Relativamente ao primeiro, os 10 itens que o constituíam foram agrupados com outros 4 itens que correspondem a Situações de Stress, constituindo-se, assim, o indicador com esse nome. O Desempenho Escolar corresponde a um indicador com um único item na versão portuguesa.

#### Itens adicionais

Relativamente aos 33 itens do MR-FS-IV não integrados na análise em componentes principais tomaram-se diversas opções.

Os itens 63 e 64, relativos à Idade da menarca (raparigas) e à Idade do primeiro namoro (raparigas e rapazes), são considerados indicadores destes mesmos acontecimentos e de possível maturação precoce.

Catorze itens dicotómicos (65, 67-75, 77, 79, 80 e 100) foram agrupados numa nova variável relativa às Situações de stress vividas no último ano (e.g., mudança de escola, divórcio parental, doença), como referido acima, cujo resultado corresponde à soma dos itens.

As sub-questões dos itens 66 e 76 – “Se sim (No último ano, o seu corpo mudou), em que medida se sente incomodada(o) com as mudanças no seu corpo?” e “Se sim (No último ano, houve outras pessoas que notaram mudanças no seu corpo), em que medida se sentiu incomodada(o) por outras

pessoas notarem mudanças no seu corpo?” – apresentam-se numa escala de tipo Likert de 5 pontos, pelo que a sua média é considerada um indicador do Incómodo com as alterações corporais decorrentes da puberdade e/ou adolescência (à semelhança do que fizeram os autores da escala original). A análise da consistência interna deste indicador revelou-se adequada ( $\alpha = .79$ ).

O item 82, para além de ser utilizado como indicador do Número de figuras de apoio para o adolescente (à semelhança do instrumento original), foi ainda organizado em 2 grupos, separando as figuras familiares (máximo de 7) de outras figuras de apoio (máximo de 7).

O item 83, relativo aos resultados escolares do último ano, é considerado um indicador do Desempenho escolar (resultados Negativos a Muito Bons), como referido anteriormente.

Eliminaram-se os quatro itens (90-93) que representam as dimensões que seriam importantes para o bem-estar pessoal, como força física, inteligência, magreza e assertividade, por não apresentarem um nível de consistência interna suficientemente elevado ( $\alpha = .62$ ) e não serem integrados em qualquer factor no instrumento original.

Também o item 94 – “No último ano, houve alguma mulher (algum homem) importante na sua vida que você admirasse e/ou com quem conversasse sobre as coisas que lhe acontecem?” – foi eliminado por ser considerado

redundante em relação ao item 82, em que se identificam as figuras de apoio relevantes para o respondente.

Os itens 81, 95 e 97, que pretendiam medir a percepção de risco de PA, foram eliminados da versão portuguesa por, em conjunto, não constituírem uma medida com adequada consistência interna minimamente adequado ( $\alpha = .28$ ).

O item 99, relativo à história familiar de PA, foi eliminado pelo facto de não estarmos seguros de que a questão tivesse sido compreendida pela maioria dos respondentes .

Por fim, a soma das 12 opções do item 101 é tida como um indicador da Participação em actividades extracurriculares satisfatórias, da mesma forma que a soma dos itens 78, 96 e 98a-d corresponde a um indicador da Participação em actividades associadas à pressão para a magreza (e.g., dança, ginástica).

As correlações entre estes indicadores e os 9 factores provenientes da análise factorial anteriormente descrita mostram que, exceptuando a Idade da menarca, todos os outros indicadores apresentam correlações significativas com alguns dos factores que constituem o MRFS-IV. Contudo, apenas as Situações de stress e o Incómodo com as alterações corporais apresentam correlações significativas moderadas ( $r > .30$ ; Cohen, 1992, cit. por A. Field, 2009): as Situações de stress correlacionam-se com a Sintomatolo-

gia Depressiva-Ansiosa ( $r = .41$ ,  $p < .01$ ) e o Incómodo com as alterações corporais correlaciona-se com 6 dos 9 factores, especificamente com a Preocupação com a Magreza ( $r = .48$ ,  $p < .01$ ), Auto-estima ( $r = -.38$ ,  $p < .01$ ), Pressão Social ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ), Voracidade Alimentar ( $r = .33$ ,  $p < .01$ ), Influências Parentais ( $r = .35$ ,  $p < .01$ ) e Sintomatologia Depressiva-Ansiosa ( $r = .36$ ,  $p < .01$ ).

A versão final do instrumento apresenta, assim, um total de 82 itens distribuídos por 9 factores (62 itens) e 8 indicadores (20 itens) .

Estatística descritiva do MRFS-IV e diferenças entre sexos

As médias e desvios-padrão das pontuações dos 9 factores e 8 indicadores para ambos os sexos encontram-se no Quadro 2, bem como os resultados do teste t de diferenças de médias entre rapazes e raparigas. As raparigas apresentam-se significativamente mais preocupadas com a magreza e incomodadas com as alterações corporais devido à puberdade/adolescência, percebem maior pressão social relativamente à aparência física e alimentação, apresentam mais sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, bem como índices mais elevados de voracidade alimentar.

Revelam, ainda, maior percepção de apoio social, indicam mais pessoas externas à família como figuras de apoio, relatam melhor desempenho escolar e maior participação em actividades onde preva-



lece a pressão para a magreza. Os rapazes apresentam uma auto-estima significativamente mais elevada e referem ter tido o primeiro namoro numa idade mais precoce que as raparigas. Não foram encontradas diferenças de sexo significativas em relação à utilização de substâncias e métodos compensatórios, às influências parentais, ao perfeccionismo, ao número de situações de stress, de figuras de apoio em geral e de familiares em particular, nem em relação à participação em actividades extra-curriculares satisfatórias.

### Estudo da validade convergente do MRFS-IV

Para além da análise factorial e da matriz de correlações entre os factores já apresentadas, procedeu-se, ainda, à análise da validade convergente do MRFS-IV, a partir da análise das correlações com outros instrumentos que avaliam conceitos associados às PA. O Quadro 3 apresenta os resultados das correlações entre os factores e indicadores do MRFS-IV com a CDRS, o QAEG e o EDE-Q (sub-escalas e score global).

Exceptuando o Apoio Social, que apenas apresenta uma correlação fraca com o QAEG ( $r = .24, p < .01$ ) mas, ainda assim, estatisticamente signifi-

**Quadro 3: Medidas finais do MRFS: Estatística descritiva e diferenças entre sexos.**

FACTOR/INDICADOR	Range	RAPARIGAS			RAPAZES			TESTE T t (DF), p
		Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	
F1. Preocupação com a Magreza	1-5	1	4.75	2.20 (1.02)	1	4.67	1.56 (0.76)	9.98 (747.25)***
F2. Auto-estima	1-5	1.29	5	3.41 (0.76)	1.14	5	3.72 (0.73)	-5.56 (791)***
F3. Pressão Social	1-5	1	3.92	1.37 (0.55)	1	2.42	1.23 (0.49)	3.75 (679.14)***
F4. Voracidade Alimentar	1-5	1	4.60	1.80 (0.74)	1	3.20	1.57 (0.64)	4.65 (676.64)***
F5. Uso Substâncias e Métodos Compensatórios	1-5	1	4.14	1.29 (0.41)	1	2.57	1.27 (0.35)	0.67 (790)

F6. Suporte Social	1-5	1	5	4.10 (0.98)	1	5	3.49 (1.18)	7.47 (526.60)***
F7. Influências Parentais	1-5	1	4.25	1.33 (0.57)	1	2.75	1.26 (0.52)	1.66 (765)
F8. Sintomatologia Depressiva-Ansiosa	1-5	1.38	4.25	2.22 (0.61)	1.13	3.50	1.90 (0.53)	7.70 (682.73)***
F9. Perfeccionismo	1-5	1	4.75	2.55 (0.91)	1	5	2.54 (0.95)	0.09 (790)
Idade da menarca (raparigas)	--	9	17	12.27 (1.36)	--	--	--	--
Idade do primeiro namoro	--	9	16	12.95 (1.61)	8	16	12.48 (2.03)	2.81 (356.14)**
Número de situações de stress	0-14	0	9	2.46 (1.77)	0	9	2.27 (1.67)	1.43 (753)
Incómodo com alterações corporais	1-5	1	5	2.20 (1.03)	1	4.50	1.77 (0.85)	4.90 (396.80)***
Número de figuras de suporte	0-14	0	6	2.47 (1.17)	0	7	2.34 (1.46)	1.33 (512.12)
- Familiares	0-7	0	4	1.25 (1.04)	0	4	1.26 (1.14)	-0.11 (567.46)
- Outras	0-7	0	3	1.22 (0.64)	0	4	1.08 (0.76)	2.81 (790)**
Desempenho escolar	0-3	0	3	1.87 (0.79)	0	3	1.63 (0.86)	3.76 (510.82)***
Part. actividades extra-curriculares satisfatórias	0-12	0	7	2.32 (1.60)	0	8	2.12 (1.49)	1.75 (647.27)
Part. actividades associadas a pressão para magreza	0-6	0	3	0.62 (0.74)	0	3	0.42 (0.73)	3.66 (614.35)***

Nota. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

IV encontram-se correlacionados com os instrumentos utilizados, variando a força destas mesmas correlações. Há a ressaltar as fortes correlações apresentadas pela Preocupação com a Magreza (factor 1) com todas as sub-escalas do EDE-Q (de  $r = .65$  a  $r = .83$ ,  $p < .01$ ) e com o seu score global ( $r = .84$ ,  $p < .01$ ), revelando que estamos, efectivamente, a medir comportamentos e atitudes semelhantes, associados a comportamentos alimentares perturbados. Também a correlação entre o factor 1 e a CDRS ( $r = -.65$ ,  $p < .01$ ) indica que, quanto maior a insatisfação com a imagem corporal e o desejo de apresentar uma imagem menos volumosa, maior a preocupação com a magreza. A forte correlação ( $r = .77$ ,  $p < .01$ ) entre o QAEG e o factor Auto-estima do MRFS-IV reforça a ideia de que ambos medem um conceito muito semelhante. Os factores Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios e Perfeccionismo são os que apresentam correlações mais fracas com os indicadores de PA (de  $r = .13$  a  $r = .27$ ,  $p < .01$ ). Relativamente aos indicadores, apenas o Incómodo com alterações corporais apresenta correlações estatisticamente significativas moderadas a fortes com todos os instrumentos utilizados, de  $r = -.38$  ( $p < .01$ ) com o CDRS a  $r = .55$  ( $p < .01$ ) com o score global do EDE-Q. Assim, as correlações encontradas com outros instrumentos parecem apoiar a validade deste instrumento na identi-

ficação de factores de risco de PA em adolescentes.

### **Adolescentes em risco**

De acordo com o ponto de corte que distingue a população clínica da não clínica (Fairburn & Cooper, 1993; Machado, 2007), 15.8% dos adolescentes (106 raparigas, 19 rapazes) apresentam sintomatologia clínica significativa de PA em alguma das quatro sub-escalas do EDE-Q. Neste sentido, compararam-se as médias dos resultados dos participantes com e sem indicação clínica de PA. O teste t para amostras independentes revela diferenças significativas entre os dois grupos em todos os factores, excepto no Apoio Social [ $t(789) = 1.02$ ,  $p > .05$ ]. Em média, o grupo com indicação clínica apresenta níveis significativamente ( $p < .001$ ) mais elevados de Preocupação com a Magreza [ $M = 3.46$ ,  $SEM = 0.07$  vs  $M = 1.68$ ,  $SEM = 0.03$ ;  $t(788) = -24.75$ ], Pressão Social [ $M = 2.06$ ,  $SEM = 0.07$  vs  $M = 1.18$ ,  $SEM = 0.01$ ;  $t(130.62) = -11.96$ ], Voracidade Alimentar [ $M = 2.17$ ,  $SEM = 0.07$  vs  $M = 1.63$ ,  $SEM = 0.03$ ;  $t(776) = -7.99$ ], Utilização de Substâncias e Métodos Compensatórios [ $M = 1.49$ ,  $SEM = 0.05$  vs  $M = 1.25$ ,  $SEM = 0.01$ ;  $t(136.29) = -4.42$ ], Influências Parentais [ $M = 1.77$ ,  $SEM = 0.07$  vs  $M = 1.22$ ,  $SEM = 0.02$ ;  $t(137.67) = -7.40$ ], Sintomatologia Depressiva-Ansiosa [ $M = 2.61$ ,  $SEM =$

**Quadro 3: Correlações de Pearson entre os factores e indicadores do MRFS-IV com CDRS, QAEG e EDE-Q.**

FACTOR/INDICADOR	CDRS	QAEG	EDE-Q Restrição	EDE-Q P. Forma Comida	EDE-Q P. Peso Global
F1. Preocupação com a Magreza	<b>-0.65**</b>	<b>-0.40**</b>	<b>.75**</b>	<b>.83**</b>	<b>.81**</b>
F2. Auto-estima	<b>.33**</b>	<b>.77**</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.55**</b>	<b>-.50**</b>
F3. Pressão Social	<b>-.45**</b>	<b>-.48**</b>	<b>.50**</b>	<b>.70**</b>	<b>.69**</b>
F4. Voracidade Alimentar	<b>-.18**</b>	<b>-.30**</b>	<b>.26**</b>	<b>.41**</b>	<b>.36**</b>
F5. Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios	<b>-.18**</b>	<b>-.14**</b>	<b>.23**</b>	<b>.27**</b>	<b>.26**</b>
F6. Suporte Social	<b>-.05</b>	<b>.24**</b>	<b>.02</b>	<b>-.01</b>	<b>-.03</b>
F7. Influências Parentais	<b>-.34**</b>	<b>-.28**</b>	<b>.40**</b>	<b>.48**</b>	<b>.46**</b>
F8. Sintomatologia Depressiva-Ansiosa	<b>-.27**</b>	<b>-.49**</b>	<b>.38**</b>	<b>.51**</b>	<b>.44**</b>
F9. Perfeccionismo	<b>-.14**</b>	<b>-.07</b>	<b>.18**</b>	<b>.19**</b>	<b>.18**</b>
Idade da menarca (raparigas)	<b>.05</b>	<b>.09</b>	<b>-.03</b>	<b>-.02</b>	<b>-.02</b>
Idade do primeiro namoro	<b>-.06</b>	<b>-.04</b>	<b>.07</b>	<b>.12**</b>	<b>.08</b>
Número de situações de stress	<b>-.08*</b>	<b>-.27**</b>	<b>.09*</b>	<b>.19**</b>	<b>.18**</b>
Incómodo com alterações corporais	<b>-.38**</b>	<b>-.41**</b>	<b>.42**</b>	<b>.54**</b>	<b>.53**</b>
Número de figuras de suporte	<b>.04</b>	<b>.10**</b>	<b>-.03</b>	<b>-.05</b>	<b>-.05</b>
- Familiares	<b>.05</b>	<b>.16**</b>	<b>-.04</b>	<b>-.10**</b>	<b>-.10**</b>
- Outras	<b>-.01</b>	<b>-.06</b>	<b>.01</b>	<b>.06</b>	<b>.02</b>
Desempenho escolar	<b>.01</b>	<b>.15**</b>	<b>.08*</b>	<b>.04</b>	<b>.02</b>
Actividades extra-curriculares satisfatórias	<b>-.02</b>	<b>.04</b>	<b>.06</b>	<b>.03</b>	<b>.05</b>
Actividades associadas a pressão para magreza	<b>-.02</b>	<b>-.08*</b>	<b>.15**</b>	<b>.09*</b>	<b>.12**</b>

Nota. A **negrito** encontram-se as correlações com valores superiores a .30.

P. Forma = Preocupação com a Forma; P. Comida = Preocupação com a Comida; P. Peso = Preocupação com o Peso.

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

0.05 vs  $M = 2.01$ ,  $SEM = 0.02$ ;  $t(789) = -10.93$ ) e Perfeccionismo [ $M = 2.92$ ,  $SEM = 0.09$  vs  $M = 2.48$ ,  $SEM = 0.03$ ;  $t(788) = -5.03$ ], e níveis mais baixos de Auto-estima que o grupo sem indicação clínica [ $M = 2.86$ ,  $SEM = 0.06$  vs  $M = 3.65$ ,  $SEM = 0.03$ ;  $t(789) = 11.37$ ]. Comparando as médias dos indicadores, o grupo com indicação clínica apresenta valores mais elevados no Incómodo com as alterações corporais [ $M = 3.19$ ,  $SEM = 0.19$  vs  $M = 2.52$ ,  $SEM = 0.09$ ;  $t(121.22) = -9.70$ ,  $p < .001$ ], no número de Situações de stress [ $M = 3.01$ ,  $SEM = 0.12$  vs  $M = 1.83$ ,  $SEM = 0.04$ ;  $t(751) = -4.08$ ,  $p < .001$ ] e na Participação em actividades associadas a pressão para a magreza [ $M = 0.69$ ,  $SEM = 0.08$  vs  $M = 0.52$ ,  $SEM = 0.04$ ;  $t(786) = -3.14$ ,  $p < .01$ ]. Estas diferenças entre os grupos com e sem indicação clínica de PA constituem outra fonte de suporte da validade do MRFS-IV.

## DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo consistiu na descrição do desenvolvimento da versão portuguesa do McKnight Risk Factor Survey-IV, para adolescentes de ambos os sexos, a par da apresentação dos estudos de validação.

A análise factorial exploratória, com utilização do método Componentes Principais, com a maioria dos itens do MRFS-IV, resultou numa versão

final constituída por nove factores, replicando parte da estrutura original do instrumento (organizada em sete factores). A análise dos restantes itens, não incluídos na análise factorial por questões metodológicas, levou à definição de oito indicadores (sete na versão masculina) de risco de desenvolvimento de PA em adolescentes.

A versão portuguesa do MRFS-IV, constituída por 82 itens, revelou-se uma medida consistente dos diversos factores de risco de PA que pretende avaliar. Os níveis de consistência interna apresentados pela maioria dos factores, avaliados pelo alfa de Cronbach, revelaram-se elevados e bastante adequados. O valor de alfa mais baixo apresentado pelo factor 5 (Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios) poderá ser explicado pela junção, no mesmo factor, de itens relacionados com dois constructos muito distintos entre si, apesar de, por vezes, se encontrarem positivamente associados, sobretudo no sexo feminino (e.g. Granillo, Jones-Rodriguez, & Carvajal, 2005).

As correlações de Pearson obtidas entre os vários factores e indicadores do MRFS-IV e outros instrumentos que avaliam constructos semelhantes constituem um indicador da validade de constructo. A elevada correlação positiva do QAEG com o factor Auto-estima do MRFS-IV, bem como valores de consistência interna muito

próximos, apoiam a ideia de que ambos medem o mesmo constructo. As correlações negativas mais elevadas do CDRS encontram-se com a Preocupação com a Magreza, Pressão Social, Influências Parentais e Incómodo com Alterações Corporais, indicando que maior insatisfação com a imagem corporal está associada a maior incómodo com as alterações corporais decorrentes do período pubertário/adolescência, maior preocupação em apresentar um corpo magro e adopção de comportamentos coincidentes com essa preocupação, bem como a uma maior percepção de pressão dos pares e familiares (e.g. A. E. Field et al., 2001; McCabe & Ricciardelli, 2004; Shisslak et al., 1998; Vincent & McCabe, 2000). Os elevados valores do coeficiente de correlação do EDE-Q (sub-escalas e score global) com a maioria dos factores do MRFS-IV reforça a validade convergente deste instrumento. A fraca correlação do EDE-Q com o factor Uso de Substâncias e Métodos Compensatórios poderá ser explicada, mais uma vez, pela reunião, no mesmo factor, de itens relacionados com o consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas (não necessariamente associado a comportamentos alimentares perturbados, apesar da comorbilidade já referida), e itens relativos à utilização de métodos compensatórios, muito directamente associados a comportamentos bulímicos (APA, 2002; Shisslak et al., 1998)

que, por sua vez, são mais frequentes em adolescentes com idades superiores à média de idades da nossa amostra, sendo a faixa etária dos 20 aos 24 anos a de maior risco para estes comportamentos (Hoek & van Hoeken, 2003). Também o Perfeccionismo apresenta correlações fracas com todos os indicadores do EDE-Q. Uma vez que a relação deste constructo com as PA ainda não é consensual na literatura, como referimos anteriormente (e.g. Bulik et al., 2003; Rosenvinge et al., 1999), estudos futuros deverão procurar esclarecer a natureza desta ligação. O facto do Apoio Social não surgir significativamente correlacionado, no sentido inverso, com nenhum dos indicadores de PA do EDE-Q, não é coincidente com a literatura que refere este conceito como um importante factor protector das pressões socioculturais relacionadas com a aparência física (Crago et al., 2001; Littleton & Ollendick, 2003; Stice & Whitenton, 2002). Contudo, alguns estudos têm vindo a demonstrar que o défice de apoio social não prediz a insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, distúrbios ao nível do comportamento alimentar dos adolescentes (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000; Presnell, Bearman, & Stice, 2004).

Foram, ainda, exploradas as diferenças de sexo, bem como as diferenças entre os grupos com e sem indicação clínica de PA segundo o EDE-Q. Os re-

sultados apoiam as diferenças de género extensamente referidas na literatura quanto ao risco de desenvolvimento de PA, mais associado ao sexo feminino. A diferença encontrada relativamente à percepção de maior apoio social nas raparigas, especificamente por parte de elementos exteriores à família, poderia ser considerada protectora para estas, apesar de os restantes resultados não indicarem esta associação. As diferenças encontradas entre grupos com e sem indicação clínica são também consistentes com a literatura (e.g. Jacobi et al., 2004; Littleton & Ollendick, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007). A única área onde não surgem diferenças, não coincidindo com a maioria dos estudos revistos, diz respeito ao apoio social, apesar de tal ser já esperado nesta amostra, tendo em conta que este factor não surge correlacionado com nenhuma das sub-escalas do EDE-Q.

## CONCLUSÃO

A versão portuguesa do MRFS-IV pode constituir-se como um instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento de PA, essencialmente útil na identificação precoce de eventuais factores de risco e protectores, que deverão ser tidos em conta no desenho de investigações futuras, bem como de intervenções de cariz preventivo. O estudo apresenta, todavia, algumas limitações. Relativamente à adap-

tação do instrumento para a população masculina de adolescentes, alguns dos itens devem ser modificados ou mesmo acrescentados, de forma a captar o desejo de se ser mais musculado e adoptar comportamentos nesse sentido, uma vez que os rapazes com PA, geralmente, apresentam-se mais preocupados com os músculos e forma corporal, e não necessariamente com a perda de peso, como é mais frequente nas raparigas (Ousley et al., 2008). Outra limitação prende-se com o facto de não ter sido estudada a estabilidade temporal do instrumento (teste-reteste). Estudos futuros acerca do MRFS-IV deverão ser desenvolvidos de forma a superar estas limitações. Por outro lado, será ainda necessário conduzir um estudo longitudinal que explore em que medida determinados resultados base ou alterações dos mesmos poderão prever o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados, avaliando, assim, a potencialidade do MRFS-IV como instrumento de screening de PA na população portuguesa, tal como está já estabelecido para a população norte-americana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a ed.). Lisboa:

- Climepsi.
- Azevedo, Â. S., & Faria, L. (2004). A auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Actas da X conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. X, pp. 415-421). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.
- Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorders examination. In C. Fairburn & G. Wilsson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (12th ed., pp. 317-331). New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60.
- Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 37-41.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (in press). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: *Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale*. *Revista Iberoamericana de*



*Diagnóstico e Avaliação Psicológica.*

- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647-656.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122-130.
- Granillo, T., Jones-Rodriguez, G., & Carvajal, S. C. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 214-220.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., & Kupfer, D. J. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøttestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors*, 5(1), 13-25.
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1), 51-66.
- Machado, P. P. P. (2007). Versão Portuguesa do EDE-Q, 5ª edição (material não publicado). Universidade do Minho.
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. C. (2001). The Portuguese version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9(1), 43-52.
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls.

- Adolescence*, 39(153), 145-166.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdollell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 22(1), 75-95.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 249-258.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57-74.
- Ousley, L., Cordero, E. D., & White, S. (2008). Eating disorders and body image of undergraduate men. *Journal of American College Health*, 56(6), 617-622.
- Peck, L. D., & Lightsey Jr, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 184-192.
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., et al. (2007). Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 386-389.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389-401.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(3), 189-197.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., Garcia, A., Dominguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenvinge, J. H., Borgen, J. S., & Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating

- among 15-year-old students: a controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 7(5), 382-391.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219.
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N., & Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 301-313.
- Shisslak, C. M., Renger, R., Sharpe, T., Crago, M., McKnight, K. M., Gray, N., et al. (1999). Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 195-214.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 371-380.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 784-790.
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635-661.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Doyle, A. A. C., Luce, K. H., Cunning, D., Abascal, L. B., et al. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, 118(2), 731-738.
- The McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- Vincent, M. A., & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
- Welch, S. L., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (1997). Life events and the onset of

bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, 27(03), 515-522.

Wiseman, C. V., Peltzman, B., Halmi, K. A., & Sunday, S. R. (2004). Risk factors for eating disorders: Surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating Disorders*, 12(4), 315-320.