



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Luiz Carlos Pessoa da Silva

**Importância dos factores psicológicos nos
comportamentos alimentares de risco
em atletas**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Luiz Carlos Pessoa da Silva

Importância dos factores psicológicos nos comportamentos alimentares de risco em atletas

Mestrado em Psicologia
Área de especialização em Psicologia Desportiva

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor António Rui Gomes

Maio de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Obrigado ao Professor Doutor Rui Gomes por todo o apoio e por tudo que me proporcionou aprender com este trabalho.

Agradeço ao Prof. Doutor Paulo Machado, Prof. Doutor José Cruz e Doutora Carla Martins, pelo apoio e ajuda dada à realização do trabalho.

Um agradecimento especial ao amigo José Miguel, pelo apoio dado numa altura especial da minha vida.

Quero agradecer aos que me são muito especiais em todos os dias da minha vida. À minha esposa Bibiana, aos meus pais e à minha tia Lurdes.

RESUMO

Este trabalho começa por efectuar uma revisão das desordens alimentares, destacando os critérios de diagnóstico, a prevalência destes problemas e a relação com os factores psicológicos.

Objectivos: O estudo de campo procura analisar as desordens alimentares numa amostra de atletas portugueses e a relação deste fenómeno com algumas dimensões psicológicas

Amostra: Participaram no trabalho 299 atletas (146 mulheres, 48.8%; 153 homens, 51.2%), praticantes de modalidades colectivas (n=195, 65.2%) e individuais (n=104, 34.8%).

Instrumentos: i) Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (QADA; Machado, 2007), sendo uma versão adaptada do “Eating Disorder Examination Questionnaire” (EDE-Q5.2; Fairburn & Beglin, 1994). Avalia as seguintes dimensões: Restrição; Preocupação com a comida; Preocupação com a aparência física; Preocupação com o peso e Valor global; ii) Avaliação do Estado Físico e Desportivo (AEFD; Gomes, 2007), sendo uma versão adaptada a partir de Bruin, Oudejans e Bakker (2007) e Hall, Kerr, Kozub e Finnie (2007). Avalia as seguintes dimensões: Satisfação dos praticantes com o seu corpo e forma física e Pressão dos treinadores para a forma física dos atletas; iii) Escala de Ansiedade no Desporto-2 (EAD-2; Cruz & Gomes, 2007), sendo uma versão adaptada da “Sport Anxiety Scale” (SAS-2; Smith, Smoll, Cumming, & Grossbard, 2006). Avalia as seguintes dimensões: Ansiedade somática; Ansiedade cognitiva (Preocupação); Ansiedade cognitiva (Perturbação da concentração) e Valor total; iv) Questionário de Orientação Motivacional para o Desporto (QOMD; Cruz & Matos, 1997), sendo uma versão adaptada do “Task and Ego Orientation Questionnaire” (TEOSQ; Duda, 1992; Duda & Whitehead, 1998). Avalia as seguintes dimensões: Orientação para o “ego” e Orientação para a tarefa e v) Escala de Avaliação Cognitiva da Competição: Percepção de Ameaça (EACC-PA; Cruz, 1994), desenvolvida a partir dos trabalhos de Lazarus (1991) e Lazarus e Folkman (1984). Avalia a dimensão de percepção de ameaça; vi) Questionário de Auto-Apresentação no Desporto (QA-AE; Cruz, 2006), sendo uma versão adaptada do “Self-Presentation Exercise Questionnaire” (SPEQ; Gammage *et al.*, 2004). Avalia as seguintes dimensões: Motivação para a impressão e Construção da impressão.

Resultados: Não foi observado qualquer caso de desordem alimentar no QADA, tendo as dimensões da preocupação com a aparência física (4.6%) e preocupação com o peso (5%) registado os valores mais elevados. De referir também a maior tendência dos atletas para a ingestão de uma quantidade significativa de comida e sensação de perda de controle sobre este comportamento. As análises comparativas entre subgrupos da amostra revelaram valores mais elevados, e significativos, por parte das mulheres em todas as dimensões do QADA bem como maior tendência para a restrição por parte dos atletas com os melhores registos nacionais. De igual modo, os atletas com o desejo em pesar menos assumiram maior tendência para os comportamentos alimentares de risco. A divisão dos atletas em função das pontuações obtidas no QADA, indicou, de um modo geral, que os que pontuaram menos (menor tendência para as desordens alimentares) assumiram padrões psicológicos mais positivos. Finalmente, a análise dos factores preditores das desordens alimentares indicou a importância de algumas dimensões psicológicas, nomeadamente: a satisfação com o corpo e forma física, a motivação para a impressão, a ansiedade nas vertentes somática e preocupação, a percepção de ameaça e a pressão do treinador para a forma física.

Conclusão: Apesar dos valores relativos à prevalência de desordens alimentares não ser significativo neste estudo, os resultados relativos à relação com os factores pessoais, desportivos e psicológicos foi bem evidente.

Palavras chave: Desordens alimentares; Alimentação; Psicologia desporto.

ABSTRACT

This dissertation starts with a description of eating disorders, pointing out the diagnostic criteria, the prevalence of these problems and its relationship with psychological factors.

Objectives: The study analyzes eating disorders in a sample of Portuguese athletes and explores the relationship of this problem with some psychological dimensions.

Participants: 299 athletes were included (146 female, 48.8%; 153 male, 51.2%). They practiced either collective sports (n=195, 65.2%) and individual sports (n=104, 34.8%).

Measures: i) *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q5.2; Fairburn & Beglin, 1994) (Portuguese adaptation by Machado, 2007). The questionnaire assesses five dimensions: a) Restraint, b) Eating Concern, c) Shape Concern, d) Weight Concern and e) Global score; ii) *Sport Condition Questionnaire* (SCQ; Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007; Hall, Kerr, Kozub, & Finnie, 2007; Gomes, 2007) which assesses two dimensions: a) Satisfaction with the body and physical form and b) Coache's pressure for athletes' physical form; iii) *Sport Anxiety Scale* (SAS-2; Smith, Smoll, Cumming, & Grossbard, 2006) (Portuguese adaptation by Cruz & Gomes, 2007). The questionnaire evaluates four dimensions: a) Somatic anxiety, b) Worry, c) Concentration disruption and d) Global score; iv) *Task and Ego Orientation in Sport Questionnaire* (TEOSQ; Duda, 1992; Duda & Whitehead, 1998) (Portuguese adaptation by Cruz & Matos, 1997). The questionnaire evaluates two dimensions: a) Ego orientation and b) Task orientation; v) *Cognitive Evaluation of Sport-Threat Perceptions* (CES-TP; Cruz, 1994; Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984), which assesses the Threat perception; and vi) *Self-Presentation Exercise Questionnaire* (SPEQ; Gammage *et al.*, 2004) (Portuguese adaptation by Cruz, 2006). The questionnaire evaluates two dimensions: a) Impression motivation and b) Impression construction.

Results: No case of eating disorder (EDE-Q5.2) was detected. Higher scores were observed on Shape Concern (4.6%) and Weight Concern (5%). A higher tendency for ingestion of a significant amount of food (bingeing) followed by fear of losing control over eating was registered. Comparative analysis between groups revealed that females scored higher on all the dimensions of EDE-Q5.2 and athletes with the better sport results (national champions) assumed a higher tendency for Restraint. At the same time, athletes with a higher desire to weigh less scored higher on all the dimensions of EDE-Q5.2. When we separated athletes according their scores on EDE-Q5.2 (low and higher scores) we found that the group with lower scores generally assumed more positive results on the psychological measures. Finally, we analysed the psychological predictors of eating disorders, and found some significant predictors: Satisfaction with the body and physical form, Impression motivation, Anxiety (somatic and worry), Threat perception and Coaches pressure for athletes' physical form.

Conclusion: The prevalence of eating disorders was negligible in this study, but the relationship of this problem with personal, sport and psychological factors was evident.

Key Words: Eating Disorders; Eating Behaviours; Sport Psychology.

INDÍCE

	Página
Introdução	1
REVISÃO TEÓRICA	2
Definição e Entendimento das Desordens Alimentares	3
O que é uma desordem alimentar?	3
A Anorexia Nervosa	3
A Bulimia Nervosa	4
Diagnóstico clínico da Anorexia, Bulimia nervosa e Perturbação do Comportamento Alimentar SOE	5
Comportamentos alimentares de risco sem critérios de diagnóstico associados à prática desportiva	7
Modelo Cognitivo Comportamental das Desordens Alimentares	8
Desordens Alimentares em Contexto Desportivo	8
Factores Psicológicos e Desordens Alimentares no Desporto	11
Implicações para Prática e Intervenção	15
ESTUDO DE CAMPO	17
Método	18
Amostra	18
Instrumentos	19
Procedimento	21
Resultados	22
Estatísticas descritivas e associações entre variáveis	23
Diferenças nas desordens alimentares em função das variáveis demográficas	24
Diferenças nas desordens alimentares em função da percepção de peso ideal	25
Diferenças nas variáveis psicológicas em função da tendência para as desordens alimentares	28
Predição das dimensões do questionário de desordens alimentares	30
Discussão	34
Referências	40

INTRODUÇÃO

Os problemas do comportamento alimentar resultam em atitudes, comportamentos e estratégias disfuncionais associadas a uma preocupação permanente em relação ao peso e à estética corporal (Fairburn, 1997).

Os desportistas são confrontados com determinadas situações exigentes do ponto de vista físico e mental, que podem ser indutoras de desordens do comportamento alimentar. Deste modo, os atletas são um grupo da população que pode estar em risco de desenvolver este tipo de problemática, tendo em conta as exigências da modalidade praticada, a idade, o género, etc. (Weinberg & Gould, 2007).

Uma alimentação equilibrada é um factor preponderante para atingir boas performances no desporto. Quando é negligenciada devido a desordens do comportamento alimentar, essa performance pode ser comprometida, além da própria saúde do atleta. Deste modo, podemos afirmar que as desordens do comportamento alimentar representam um problema de saúde pública que todos os profissionais de saúde, os poderes públicos e a comunicação social devem ter consciência.

Diferentes tipos de desordens alimentares podem afectar os atletas, sendo definidos três no Manual de Diagnóstico dos Distúrbios Mentais (DSM-IV-TR): a bulimia nervosa, a anorexia nervosa e o distúrbio alimentar sem outra especificação.

Neste sentido, este trabalho procura contribuir para o entendimento dos comportamentos alimentares no desporto, observando a frequência das desordens alimentares neste contexto e a relação com variáveis pessoais e desportivas dos atletas. Paralelamente, introduzimos neste estudo algumas dimensões psicológicas, como a ansiedade, a motivação, a percepção de ameaça, a satisfação com o corpo, a pressão do treinador para a forma física e a auto-apresentação, no sentido de nos ajudarem a compreender as possíveis associações com as desordens alimentares e o impacto destes problemas nessas mesmas facetas psicológicas.

Assim sendo, esta primeira parte deste trabalho é de natureza conceptual e teórica, efectuando-se uma revisão da literatura sobre o entendimento das desordens alimentares, da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e dos respectivos critérios de diagnóstico. A este nível, procurámos fornecer indicações sobre a prevalência destes problemas na população geral e no desporto. De seguida, abordámos a relação entre as desordens alimentares e o desporto, realçando-se os comportamentos alimentares de risco sem critérios de diagnóstico associados à prática desportiva e o modelo cognitivo comportamental das desordens alimentares. A um outro nível, explorámos a influência dos factores psicológicos na prevalência das desordens alimentares. Por último, analisámos as implicações para a prática e intervenção do nosso estudo.

REVISÃO TEÓRICA

DEFINIÇÃO E ENTENDIMENTO DAS DESORDENS ALIMENTARES

O que é uma desordem alimentar?

Actualmente, é considerado um comportamento normal que uma pessoa siga dietas e tenha preocupação em ter um corpo em forma de maneira a agradar aos outros, do ponto de vista estético e segundo os padrões e modelos impostos pela sociedade.

Porém, existem comportamentos que, por vezes, derivam dos acima descritos mas são patológicos e, por isso, devem ser levados em conta. O facto de um indivíduo que já se encontra demasiado magro e, ao mesmo tempo, vê-se gordo, que apresenta receio em engordar ou uma jovem que, subitamente, deixa de ter a menstruação, são exemplos desses comportamentos. Por norma, estes sujeitos apresentam problemas do foro psicológico que facilitam o aparecimento destes comportamentos disfuncionais.

Segundo Raich (2001), o termo “desordens alimentares” refere-se, regra geral, a problemas psicológicos que se caracterizam por problemas graves no comportamento de ingestão. A base de funcionamento de tais distúrbios assenta em alterações psicológicas. Os mais conhecidos são a anorexia e a bulimia nervosa.

Além de variáveis psicológicas, os factores sócio-culturais e familiares podem contribuir para o aparecimento destes problemas. Estas perturbações afectam as mulheres com maior frequência do que os homens, com maior prevalência nas mais jovens. Na literatura são reportados poucos casos de anorexia e bulimia em negros ou outras minorias (Thompson & Sherman, 1993).

A Anorexia Nervosa

A anorexia é uma desordem alimentar que afecta principalmente jovens adolescentes, do sexo feminino, que voluntariamente reduzem a ingestão alimentar, pois percebem um medo mórbido de engordar, com perda gradual e desejada de peso, podendo chegar a casos extremos de inanição e até morte. Como síndrome somática, compreende alterações, caracterizadas por desnutrição proteico-calórica e amenorreia (Raich, 2001).

A etiopatogenia é muito mais do que uma perda de controlo num processo de dieta. Tal como assinalaram Garfinkel e Garner (1982), esta a doença caracteriza-se pela combinação de factores culturais, familiares e individuais que predispõem o indivíduo para a patologia. Estes autores consideravam as pressões de índole cultural para a magreza como um dos factores mais importantes para desencadear a doença. Paralelamente, também são descritos, outros factores de ordem sociocultural que incidem sobre as mulheres, tais como, as expectativas elevadas para atingir objectivos ambiciosos ao nível pessoal, que podem aumentar o risco do desenvolvimento de desordens alimentares. Relativamente aos factores familiares, os autores sugerem não existir famílias mais predispostas a gerar filhos com esta patologia mas as que dão ênfase às questões

relacionadas com o peso e o corpo dos filhos, que possuem historial de distúrbios afectivos (ex: depressão) ou alcoolismo, têm mais probabilidades em promoverem estes problemas.

As características familiares e as pressões de carácter cultural são importantes e podem influenciar o desenvolvimento da patologia. No entanto, são os factores individuais que são primordiais para o aparecimento da doença. Garfinkel e Garner (1982) sugerem as seguintes: a necessidade de aprovação, a submissão para manter um sentido de auto-estima, a incapacidade de satisfazer necessidades internas, as elevadas expectativas pessoais, as preocupações relativas à autonomia pessoal, a identidade e o receio de separação.

Assim sendo, a anorexia é um distúrbio multidimensional com interacção de factores psicológicos, cognitivos, perceptivos e biológicos que podem apresentar variadas combinações (Bordo, 1993; Weinberg & Gould, 2007).

A Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa apresenta como principal característica episódios de ingestão alimentar incontável, seguidas por algum tipo de purgação (APA, 2002).

Neste caso, verifica-se que o indivíduo faz uma ingestão alimentar muito superior à que seria efectuada pela maioria das pessoas num mesmo período de tempo e em, ocasiões semelhantes, percepcionou uma sensação de falta de controlo. É este sentimento que leva a pessoa a apresentar comportamentos compensatórios, tais como, a provocação do vómito, o uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos, a prática excessiva de exercício físico, além das dietas extremas ou jejuns para evitar as consequências do comportamento alimentar excessivo que cometeu.

Ao contrário da anorexia, o a pessoa com bulimia não evidencia magreza extrema, apresentando um peso normal ou ligeiramente excessivo, o que torna a patologia mais difícil de ser diagnosticada.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), estima-se uma prevalência de entre 1 a 4% de bulimia nervosa na população feminina adolescente e jovem adulta.

Muitos autores propuseram variadas explicações para a etiologia deste distúrbio. Segundo Thompson e Sherman (1993), a mais completa é a tese biopsicossocial apresentada por Johnson e Connors, em 1987. Estes autores sugerem que um indivíduo em risco de ter uma desordem alimentar tem uma vulnerabilidade biológica ou predisposição para a depressão, que é exacerbada por situações do ambiente familiar que, por norma, é caótico ou disfuncional. Paralelamente, a pessoa em risco também assumiu expectativas confusas relativamente ao papel a desempenhar na sociedade pois encontra-se permanentemente em fase de transição e mudança. A interacção destes factores leva ao decréscimo da auto-estima e a problemas de auto-regulação. O facto de a sociedade dar ênfase à magreza, leva a que os indivíduos vejam nisso a solução para os seus problemas pessoais. As dietas, por sua vez, proporcionam episódios de ingestão compulsiva que levam à diminuição da auto-estima e à depressão mas, ao mesmo tempo, são distratores relativamente aos problemas familiares que

assolam o sujeito. Os comportamentos compensatórios e os episódios de ingestão compulsiva fazem com quem padece de bulimia não se sinta culpado e evite o aumento do peso. Casos de abuso sexual na infância também podem ser um factor preponderante para o aparecimento da patologia, embora ainda não existam evidências claras que comprovem esta ideia. A dificuldade em clarificar esta situação reside em saber quantos indivíduos com bulimia sofreram algum tipo de abuso sexual enquanto crianças. Uma meta-análise da relação entre o abuso sexual infantil e as desordens alimentares realizada por Smolak e Murnen em 2002, conclui que existe uma pequena relação significativa positiva entre ambos.

O transtorno de ingestão compulsiva caracteriza-se pelo “binge-eating”, situação em que o indivíduo ingere grandes quantidades de alimentos num curto espaço de tempo até se sentir desconfortável. Em geral, essas refeições são feitas a sós, seguidas por sentimentos de culpa e depressão (Fairburn & Wilson, 1993).

Diagnóstico clínico da Anorexia, Bulimia nervosa e Perturbação do Comportamento Alimentar SOE

Os diagnósticos da anorexia e bulimia nervosa são estabelecidos de acordo com os critérios apresentados no DSM-IV-TR (ver Figura 1), sendo importante igualmente afastar determinadas doenças do foro oncológico, hormonal, gastrointestinal, além de quadros psicopatológicos, como a depressão e esquizofrenia (“diagnóstico diferencial”).

Em relação às Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, o DSM-IV-TR define-as como as que não preenchem os critérios completos para uma Perturbação do Comportamento Alimentar específica. Por exemplo:

1. Para mulheres, todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes excepto amenorreia;
2. Todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes e apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais;
3. Todos os critérios de Bulimia Nervosa estão presentes e apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais;
4. Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após ingestão de pequenas quantidades de alimentos;
5. Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos;
6. Perturbação de ingestão alimentar maciça: episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência dos comportamentos compensatórios inapropriados característicos de Bulimia Nervosa.

ANOREXIA NERVOSA

Critérios de diagnóstico (307.1)

- A - Recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para idade e altura.
- B - Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do peso ideal.
- C - Distúrbios de imagem corporal.
- D - Amenorreia em mulheres pós-menarca (ausência de pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos).

Subtipos

- Restritivo: restrição dietética.
- Compulsivo/Purgativo: ingestão excessiva/Vômitos, laxativos, diuréticos.

Diagnóstico diferencial para anorexia nervosa

1. Doenças gastrointestinais e consumptivas (SIDA, cancro).
2. Síndrome da artéria mesentérica, superior.
3. Perturbação Depressiva Major e esquizofrenia.

BULIMIA NERVOSA

Critérios de diagnóstico (307.51)

Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:

- 1- Comer, num período curto de tempo, uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período semelhante e nas mesmas circunstâncias;
 - 2- Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio.
- B - Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo.
 - C - Ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.
 - D - A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formas corporais.
 - E - A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

Subtipos

- Purgativo: indução regular do vômito ou abuso no uso de laxantes, diuréticos ou enemas.
- Não purgativo: uso de comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

Diagnóstico diferencial para Bulimia Nervosa

1. Anorexia Nervosa, tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo.
2. Síndrome de Klein-Levin
3. Perturbação Depressiva Major e esquizofrenia.
4. Perturbação Estado-Limite da Personalidade.

Figura 1

Critérios de Diagnóstico para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa (Fonte: APA, 2002)

Comportamentos alimentares de risco sem critérios de diagnóstico associados à prática desportiva

Segundo Cogan (2005), os atletas podem estar igualmente condicionados por alguns factores que ainda não possuem critérios de diagnóstico clínico mas que estão relacionados com as perturbações do comportamento alimentar. São eles a ingestão compulsiva, a tríade da mulher atleta e o exercício compulsivo.

O primeiro aspecto, refere-se a uma ingestão elevada de alimentos sem que seja induzido o vómito. Estes atletas têm tendência a ter excesso de peso. Comem mesmo não tendo fome, pois a comida ajuda-os a confrontar as emoções, como a raiva, a solidão, a depressão e a tristeza. Esta problemática é de difícil detecção porque estes atletas possuem necessidades calóricas diárias elevadas devido a terem um metabolismo basal elevado e um exigente ciclo de treinos. Os padrões alimentares destes atletas podem induzir um distúrbio de ingestão compulsiva mas são necessários para manter a saúde e a forma física. Outros atletas comem por questões emocionais, mas apresentam um peso correcto ou um ligeiro excesso de peso.

Em segundo lugar, a tríade da mulher atleta refere-se a atletas que apresentam o risco de desenvolver desordens alimentares, disfunções menstruais e osteoporose (Beals & Hill, 2006). Em 1997, o Colégio Americano de Medicina Desportiva publicou uma posição sobre a tríade da mulher atleta, definindo-a como um síndrome preocupante que as atletas, do sexo feminino, podem desenvolver no decorrer das suas carreiras (Otis, Drinkwater, Johnson, Loucks, & Wilmore, 1997).

As desordens alimentares resultam num balanço energético negativo para a atleta pois vai gastar mais energia do que a que consome. O corpo pode interpretar este balanço negativo como um processo de fome e retirar ao organismo a capacidade reprodutora, resultando na cessação do ciclo menstrual. Daqui resulta um decréscimo dos níveis de estrogénio e, por consequência, ocorre a amenorreia. O decréscimo de estrogénio no organismo, associados a uma dieta pobre em cálcio faz com que os ossos forneçam o cálcio necessário para manter os níveis aceitáveis no organismo. Como resultado, a atleta vai perder densidade óssea, desenvolvendo osteoporose (Cogan 2005; Drinkwater *et al.*, 2005).

Um estudo de Sanborn e colaboradores (2000), concluiu que mais de 66% de atletas do sexo feminino podem sofrer de amenorreia em relação às não atletas (2 a 5%). Estes dados sugerem que as atletas podem ter problema de osteoporose que pode resultar num aumento das fracturas, fragilidade e perda de densidade óssea.

Por último, a problemática do exercício compulsivo é um comportamento que é exigente, quer ao nível de intensidade quer em termos das horas de prática, independentemente da situação em que o atleta se encontre. Por exemplo, na existência de fadiga ou lesões, há atletas que mantêm a frequência e o nível de treino que fazem quando se encontram bem, apresentando, assim, resistência em se adaptar às mudanças, pois, sentem maior controlo sobre as suas vidas quando praticam o seu regime de exercícios regular. Muitos preferem praticar o exercício sozinhos, assumindo dietas rígidas e grande preocupação com o corpo. Estas características

são semelhantes às apresentadas por desportistas que sofrem de distúrbios alimentares (Cogan, 2005; Morgan, 1979).

Modelo Cognitivo Comportamental das Desordens Alimentares

Fairburn (1997), propôs o modelo cognitivo comportamental de manutenção das perturbações do comportamento alimentar, sugerindo que estes problemas são sustentados por distorções cognitivas relacionados com o peso e a forma corporal.

Este autor relata que o distúrbio cognitivo central na anorexia nervosa e na bulimia nervosa é um conjunto de atitudes e valores característicos relacionados com o peso e a forma corporal. A magreza e a perda de peso são idealizadas e ambicionadas e é evitado insistentemente o ganho de peso. Estas pessoas julgam o seu valor pessoal em relação à sua forma e peso corporal, apresentando baixa auto-estima, que as leve a uma constante insatisfação com o seu corpo e, conseqüentemente, a manutenção dos comportamentos alimentares disfuncionais.

A intensidade e rigidez da dieta apresentada na anorexia nervosa e na bulimia nervosa, pode ser entendida como uma combinação e influência entre duas características cognitivas gerais: o perfeccionismo e o pensamento dicotómico. Esta situação torna estes indivíduos mais vulneráveis a episódios de ingestão alimentar compulsiva, que ocorrem quando os mesmos vivenciam momentos de afecto negativo. Posteriormente, para compensarem os episódios de ingestão alimentar compulsiva, evidenciam comportamentos compensatórios, tais como, a utilização de métodos purgativos (ex: abuso de laxantes/vómito). Estes meios compensatórios tornam-se eficazes, o que instaura um ciclo vicioso entre a ingestão alimentar compulsiva e os métodos compensatórios. Esta situação vai agravar a desvalorização pessoal percebida pelos indivíduos.

DESORDENS ALIMENTARES EM CONTEXTOS DESPORTIVOS

Uma das questões que se pode colocar, prende-se com a relevância das desordens alimentares no desporto. Em termos da população geral, o DSM-IV-TR (2002) estima uma prevalência da anorexia nervosa entre 0.5 e 1% para mulheres no final da adolescência e jovens adultas. Estes problemas podem ocorrer em qualquer idade, embora, seja difícil ocorrerem em crianças e adultos (Thompson & Sherman, 1993). Em relação à bulimia nervosa, estima-se uma prevalência entre 1 e 4% na população feminina adolescente e jovem adulta.

Tendo por base estes valores, alguns autores procuraram verificar o impacto destes quadros clínicos no desporto. Os resultados encontrados são, em geral, muito díspares. Assim, Sundgot-Borgen (1994a) num estudo bastante alargado, obteve resultados que indicaram mais de 15% das atletas de elite norueguesas com diagnóstico de uma desordem alimentar. Já, Sanford Martens e colaboradores (2005) relataram 5% das atletas do sexo feminino e 2% dos atletas masculinos com diagnóstico de uma perturbação alimentar. Neste mesmo

sentido, Beals e Hill (2006) examinaram a prevalência de desordens alimentares, disfunção menstrual e baixa densidade óssea em 112 atletas de desporto escolar. Destas atletas, 25% apresentaram diagnóstico de perturbação alimentar. Com valores muito inferiores, Petrie e colaboradores (2007), numa investigação com 199 atletas masculinos constataram que apenas 1% dos participantes poderiam ser diagnosticados com uma desordem alimentar e 16.6% como sintomáticos.

Outros estudos têm sido realizados no sentido de verificar se existem diferenças entre a ocorrência de desordens alimentares nos atletas e não atletas e para comprovar a prevalência destas problemáticas na população de atletas (entre praticantes de uma modalidade e modalidades variadas).

A este nível, existe ainda pouco consenso acerca do facto do desporto representar um contexto promotor destes problemas. Alguns estudos indicaram que os atletas são um grupo que evidencia maior prevalência de perturbações alimentares em relação aos não atletas (Abraham, 1996; Holm-Denoma *et al.*, 2009), enquanto outros, consideram o contrário (Di Bartolo & Shaffer, 2002; Madison & Ruma, 2003). De forma inversa, existem ainda os trabalhos de DiBartolo e Shaffer (2002), Hausenblas e McNally (2004) e Madison e Ruma (2003) que sugerem que o desporto pode ser um factor protector para o desenvolvimento de desordens alimentares.

Byrne e McLean (2001) referem o facto de existirem mais estudos comprovativos da inexistência de diferenças entre atletas e não atletas relativamente à prevalência de desordens alimentares. No entanto, este facto pode dever-se a problemas relacionados com o tamanho das amostras investigadas, à utilização de procedimentos de análise inadequados, à variedade nos critérios de diagnóstico das desordens alimentares aplicados e até à diversidade de atletas estudados.

Outros trabalhos comprovaram a prevalência destas problemáticas em atletas praticantes da mesma modalidade. Segundo Byrne e Mc Lean (2001) os primeiros estudos foram feitos na sua grande maioria com bailarinas. A maior parte comprovou que as bailarinas apresentavam uma taxa elevada de desordens alimentares em relação a população geral (Le Grange *et al.*, 1994; Szmukler *et al.*, 1985). Dummer e colaboradores (1987) concluíram que uma significativa percentagem de nadadoras apresentava comportamentos alimentares de risco. Num estudo recente realizado por Ferrand e colaboradores (2007) com 33 adolescentes nadadores de elite, revelou que todos apresentavam comportamentos alimentares de risco. No entanto, para Byrne e McLean (2001) estes estudos são difíceis de interpretar devido a inexistência de um grupo de não atletas para fazer comparações.

Sundgot-Borgen (1994), Petrie (1996), Reel e colaboradores (2007) e Zucker e colaboradores (1999), investigaram atletas de diferentes modalidades e fizeram comparações entre categorias. Os resultados sugerem que determinadas modalidades tem uma maior prevalência de sintomatologia de desordens alimentares que a restante população. Atletas praticantes de modalidades estéticas (ex: ginastas) estão mais sujeitos a este tipo de problemática pois a sua avaliação é baseada em critérios subjectivos em que os factores estéticos podem ser levados em consideração.

Outros estudos investigaram a associação e influência dos factores pessoais e desportivos, tais como, o sexo, índice de massa corporal, os anos de prática e o nível competitivo no desenvolvimento das desordens alimentares.

Relativamente às diferenças em função do sexo, alguns estudos indicam que as mulheres atletas apresentam maior risco de desenvolvimento de desordens alimentares (Petrie, 1996; Hausenblas & McNally, 2004). Petrie e colaboradores (2007) investigaram a relação entre o enquadramento das desordens alimentares e os factores de risco associados à imagem corporal, aos afectos negativos, a pressão para o peso e aos comportamentos alimentares de risco em 199 atletas do sexo masculino. Os autores concluíram que os atletas do sexo masculino têm comportamentos alimentares mais saudáveis, apresentam menos preocupação com o humor negativo, estão moderadamente satisfeitos com os seus corpos e experimentam menor pressão para alterar o peso ou a composição corporal. Estes resultados, sugerem que os factores de risco para a população feminina, em geral, e para as atletas, em particular, podem não ser aplicados ao sexo masculino.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o índice de massa corporal (IMC) é uma fórmula simples que tem como objectivo classificar se a população adulta se encontra com défice de peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade. Lester e Petrie (1995) demonstraram que o IMC é uma medida independente de sintomatologia bulímica. Os estudos de Petrie (1996) e deBruin e colaboradores (1996) demonstraram que atletas que apresentam valores mais baixos de IMC, apresentam maior probabilidade de desenvolver uma perturbação alimentar.

Quanto aos anos de prática desportiva e nível competitivo, existem poucos estudos sobre a sua importância na prevalência de desordens alimentares. Di Bartolo e Shaffes (2002) encontraram uma correlação negativa entre a experiência desportiva dos atletas e os resultados obtidos nas escalas de comportamento alimentar. Já Hausenblas e McNally (2004) analisaram a relação entre o nível competitivo e os resultados obtidos no Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2). Num estudo com atletas de desporto escolar, universitário e atletas de elite. Os praticantes de desporto universitário apresentaram maiores pontuações na subescala procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, mal-estar interoceptivo, medo da maturidade e insegurança social. Os atletas de elite obtiveram maiores resultados na subescala perfeccionismo e desconfiança interpessoal. Por último, De Bruin e colaboradores (2007) concluíram que ginastas de elite apresentavam maior frequência de comportamentos de dieta quando comparados com atletas que competiam num nível inferior.

Em síntese, e face à falta de resultados consensuais, Petrie e Greenleaf (2007), afirmaram que estudos na área do desporto podem tornar-se mais úteis se procurarem analisar os factores psicológicos associados às desordens alimentares nos atletas, uma vez que estes aspectos representam riscos potenciais para o desenvolvimento destas perturbações.

FACTORES PSICOLÓGICOS E DESORDENS ALIMENTARES NO DESPORTO

Existem diversas razões para os desportistas serem considerados uma população de risco para o desenvolvimento de desordens alimentares em comparação com a população geral pois estes estão sujeitos a maior pressão por parte da sociedade para apresentar uma forma corporal ideal. Além disso, podem sofrer pressões específicas da modalidade que praticam para melhorar a condição física e a performance.

O aparecimento das perturbações alimentares ocorre normalmente durante a adolescência ou no início da idade adulta. É neste período que a maior parte dos atletas tem as primeiras experiências de participação em competições de elite, iniciando-se também nesta fase a puberdade e as mudanças corporais que podem ser momentos significativos, principalmente para as raparigas. Estas alterações podem influenciar as atitudes em relação ao peso corporal, a forma física e inclusive a performance atlética (Byrne & McLean, 2001).

Os atletas de elite são descritos como perfeccionistas, orientados para os objectivos, competitivos e preocupados com o rendimento. Estas características estão associadas ao sucesso desportivo mas também são factores da personalidade que estão ligados ao desenvolvimento das desordens alimentares (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Hewitt, Flett, & Ediger, 1995).

A conjugação de todos os aspectos acima descritos, leva a que se considere os atletas como uma população em risco para o desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais que, por sua vez, podem conduzir às perturbações alimentares.

Tendo por base estas indicações, o nosso estudo procura compreender os comportamentos alimentares no desporto, analisando a importância de algumas dimensões psicológicas (e.g., percepção de ameaça, traço de ansiedade, orientação motivacional, processos de auto-apresentação e satisfação com corpo e forma física) e relacionais (e.g., acções do treinador) na explicação deste problema. A escolha destas variáveis foi baseada na importância que assumem no domínio da Psicologia do Desporto mas também pelo facto de nem sempre representarem domínios suficientemente explorados na explicação das desordens alimentares.

Neste sentido, torna-se importante compreender a importância destas variáveis na adopção de comportamentos alimentares de risco.

Começando pelos processos de avaliação cognitiva, estes indicam-nos o modo como as pessoas percebem as situações de tensão que enfrentam. De acordo com Lazarus e Folkman (1984) o entendimento da adaptação ao stress envolve a consideração da avaliação primária, onde o indivíduo reflecte sobre o significado pessoal do problema que enfrenta, e da avaliação secundária, onde o indivíduo analisa os recursos de confronto que possui para gerir esse mesmo problema. Neste sentido, a avaliação cognitiva torna-se um elemento central na compreensão da adaptação humana em situações de stress, pois indicam-nos o significado pessoal que a pessoa atribui aos problemas e o tipo de reacções e acções que virá a assumir (Lazarus, 1991). Assim sendo, perante uma situação de pressão as pessoas tendem a sentir-se ameaçadas se verificarem a inexistência de recursos de confronto eficazes para resolver a dificuldade em causa, advindo daqui

estados negativos de mal-estar e prejuízo. No domínio desportivo, existe evidência suficiente sobre a relação entre o modo como o atleta avalia as situações e as respostas emocionais e comportamentais demonstradas (Rotella & Lerner, 1992). Uma das emoções mais estudadas, prende-se com a ansiedade. Neste caso, a investigação tem vindo a demonstrar o impacto desta emoção no rendimento desportivo (Edwards & Hardy, 1996; Giacobbi & Weinberg, 2000; Krane, 1993), dando inclusivamente origem ao desenvolvimento de modelos explicativos da ansiedade no desporto (Hardy, 1990; Martens, Burton, Vealey, Bump, & Smith, 1990; Smith, Smoll, & Schutz, 1990).

Martens (1975), citado por Cruz (1996), desenvolveu a teoria da ansiedade-traço competitiva que descreve a predisposição do atleta perceber eventos desportivos como ameaçadores e a eles responder com níveis variados de ansiedade-estado competitiva. Smith (1996), para além de distinguir ansiedade-traço e estado, também deu importância à diferenciação de várias componentes do processo de ansiedade (e.g, situacionais, cognitivas, fisiológicas e comportamentais). Hardy (1990) desenvolveu a teoria da catástrofe em que considera os efeitos da interacção entre a ansiedade cognitiva e a activação fisiológica no rendimento. Este modelo formula que quando o nível de ansiedade cognitiva é elevado se associa a aumentos de activação fisiológica, observa-se um fenómeno do tipo “catástrofe”, com deterioração brusca do rendimento.

Apesar de estas indicações sugerirem a importância desta ansiedade no desporto, são poucos os estudos debruçados sobre a possível relação com as desordens alimentares. Por exemplo, Petrie e colaboradores (2007) constataram que os atletas com sintomatologia de desordens alimentares experienciavam maiores níveis de stresse do que o grupo de atletas assintomáticos. Por outro lado, Holm-Denoma e colaboradores (2009), concluíram que níveis elevados de ansiedade competitiva são preditores de sintomatologia bulímica e de vontade em ser magro.

No que se refere à orientação motivacional, o interesse pelo estudo desta dimensão em termos das desordens alimentares, prende-se com a possível relação entre a forma como os atletas percebem o seu corpo e o tipo de resultados que pretendem obter. Por exemplo, nalguns desportos a vontade em manter um corpo magro e uma boa aparência física pode estar associada a melhores performances (De Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007). No entanto, apesar de ser relativamente óbvio o que poderá ser um bom ou mau resultado desportivo, a avaliação do que significa ter sucesso é muito menos clara (Roberts, 2001). Tendo por base a teoria dos objectivos de realização (Nicholls, 1984, 1989), as pessoas quando inseridas em contextos de realização (como seja o desportivo) tendem a assumir, do ponto de vista motivacional, a necessidade de evidenciar um determinado nível de capacidade. No entanto, as pessoas diferem nos indicadores que usam para avaliar esta demonstração de capacidade, podendo estar mais orientadas para o “ego” (onde o objectivo é demonstrar um determinado nível de competência comparativamente a outras pessoas, representado critério de sucesso a obtenção de um rendimento superior aos outros) ou para a “tarefa” (onde o objectivo é a melhoria pessoal, a aprendizagem e a mestria, representando critério de sucesso a capacidade da pessoa progredir constantemente) (Duda, 1993). Em termos gerais, a investigação tem demonstrado que a orientação para o

“ego” está associada a reacções comportamentais e psicológicas mais negativas (e.g., menor comprometimento nos treinos, menor autoconfiança, menor satisfação e diversão no desporto e, pelo contrário, maior ansiedade competitiva, principalmente no caso dos atletas evidenciarem baixa percepção de competência) (Chi, 2004; Walling, Duda, & Chi, 1993). Pelo lado inverso, a orientação para a tarefa aparece frequentemente relacionada com acções e reacções mais adaptativas como, por exemplo, a motivação intrínseca, a perseverança e a satisfação (Roberts, 2001). Dada a natureza destas relações, torna-se importante perceber a relação entre as desordens alimentares e a orientação motivacional. Neste sentido, Hall e colaboradores (2007) realizaram um estudo com o objectivo de determinar a relação entre a orientação motivacional para os objectivos, elementos do perfeccionismo, aptidão percebida e comportamentos de exercício obrigatório em atletas. As análises de regressão indicaram que 31% do comportamento de exercício obrigatório podia ser explicado por uma combinação da orientação motivacional dos atletas, aptidão percebida, preocupação com os erros e padrões de exigência pessoal. Por outro lado, De Bruin e colaboradores (2009), estudaram as relações entre desordens alimentares em mulheres atletas de ginastas e dança desportiva e as suas perspectivas de realização. Análises de correlação parciais indicaram que uma maior orientação para o ego estava relacionada com maior frequência de comportamentos de dieta, maior nível de perfeccionismo, maior pressão por parte dos pares relativamente ao peso e menor auto-estima.

A inclusão dos processos de auto-apresentação justifica-se pelo facto de não terem ainda adquirido um estatuto relevante na explicação dos comportamentos de saúde (Ginis & Leary, 2004). Tal como referem Leary, Tchividjian e Kraxberger (1994), os motivos interpessoais (onde se inclui a auto-apresentação) são por vezes contemplados nos modelos de comportamentos de saúde como estando relacionados com os valores pessoais, os resultados obtidos e as barreiras à mudança comportamental, mas o seu papel específico na saúde está praticamente por identificar. Este aspecto é tão mais relevante pelo facto do risco para contrair determinadas doenças e lesões decorrer também do modo como as pessoas gostariam de ser vistas e avaliadas pelos outros. Neste sentido, a auto-apresentação (ou gestão da impressão, como é por vezes designada) refere-se aos processos pelos quais as pessoas tentam monitorizar e controlar a forma como são percebidas e avaliadas pelos outros (Leary, 1994; Leary & Kowalski, 1990). Dado o facto de muitos aspectos da nossa vida dependerem do modo como somos vistos pelos outros, os processos de auto-apresentação tornam-se muito importantes. De facto, o julgamento que os outros fazem sobre nós tem frequentemente implicações nos relacionamentos que estabelecemos, no sucesso pessoal e profissional, nas relações amorosas e mesmo nas interações casuais (Baumeister, 1982). Ao contrário do que se possa pensar, este tipo de processos não são totalmente espontâneos e instintivos, existindo indicações sobre a tendência das pessoas seleccionarem intencionalmente aspectos positivos da sua personalidade e funcionamento no sentido de gerarem uma impressão mais favorável nos outros (Schlenker & Weigold, 1992). Aplicando estes princípios ao domínio dos comportamentos alimentares, as pessoas também podem assumir uma vontade em parecerem atractivas aos outros ou, pelo menos, evitarem ser vistas como pouco atraentes. De facto, hoje em dia, ser considerado uma

peessoa gorda é estigmatizante do ponto de vista social, enquanto que ser encarado como atlético e em boa forma é recompensador e sinal de estarmos perante alguém disciplinado e saudável (Leary *et al.*, 1994). Do ponto de vista da investigação, existe evidência acerca da importância dos processos de auto-apresentação nos comportamentos alimentares, principalmente nas mulheres que assumem maior necessidade de aprovação social e de transmitirem uma impressão de ser feminina (ver Mori, Chaiken, & Pliner, 1987; Pliner & Chaiken, 1990). Já Belling (1992), sugere que as mulheres que percebem elevados níveis de ansiedade física social mantêm o comportamento de prática de exercício físico para melhorar a sua aparência e para aliviar os níveis de ansiedade física social. Por outro lado, Martin e Leary (2001) concluíram que 28% da população masculina universitária declarou levantar halteres com pesos exagerados no ginásio devido a processos de auto-apresentação. Num estudo debruçado sobre substâncias de risco, Buckley e colaboradores (1988) conduziram uma sondagem nacional sobre o uso de esteróides em jovens adolescentes americanos. Os resultados indicaram que o principal motivo do uso de esteróides era a melhoria do rendimento atlético. O segundo principal motivo, relacionava-se com processos de auto-apresentação. Apesar da importância que este tema tem vindo a alcançar na psicologia do desporto (Prapavessis, 2004), são ainda escassos os estudos debruçados sobre a relação entre os processos de auto-apresentação e as desordens alimentares, tanto mais se tivermos em conta que foi em 1992 que Mark Leary publicou um dos primeiros trabalhos a chamar a atenção para o papel da auto-apresentação em contextos desportivos e de prática de exercício físico (Leary, 1992).

Do ponto de vista da relação treinador e atletas, existem indicações de que atletas com desordens alimentares, particularmente com anorexia nervosa, parecem mais propensos para o conformismo e para a necessidade de aprovação (Garfinkel & Garner, 1982). Estes atletas apresentam uma grande vontade em agradar bem como algum receio em desapontar as outras pessoas (Thompson & Sherman, 1999). Por isso mesmo, é bastante frequente a existência de um relacionamento positivo entre atletas e treinadores, não sendo habitual os técnicos considerarem-nos como tendo um problema com a alimentação. Este facto pode levar a uma maior dificuldade em “detectar” sinais de perigo nestes atletas quando eles efectivamente apresentam uma desordem alimentar. Neste sentido, e como referem Biesecker e Martz (1999), torna-se fundamental determinar se as acções dos treinadores têm realmente um impacto na incidência das desordens alimentares, pois só assim poderão ser mobilizados esforços no sentido de prevenir eventuais efeitos indesejados da influência destes profissionais. Alguns estudos realizados no ambiente desportivo concluíram que a pressão social dos treinadores e árbitros são factores que levam os atletas a seguir dietas rígidas que podem evoluir para uma desordem alimentar (Biesecker & Martz, 1999; Harris & Greco, 1990; Kerr *et al.*, 2006; Rosen & Hough, 1988).

Finalmente, este trabalho inclui ainda uma medida de satisfação dos atletas com o seu corpo e forma física. Esta faceta torna-se importante pois existem indicações sobre o facto dos atletas (particularmente as mulheres) sentirem-se insatisfeitos com o seu corpo quando constatarem discrepâncias entre o modo como se percebem e aquilo que as outras pessoas poderão eventualmente pensar (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001). A título de exemplo, Petrie e colaboradores (2007) verificaram que os atletas com sintomatologia

relacionada com as desordens alimentares reportaram maior medo de engordar e a sua auto-estima era influenciada pelo peso. Estes atletas apresentaram maior flutuação no peso que o grupo de atletas assintomáticos. As mulheres, atletas ou não atletas, também evidenciaram maior insatisfação com o seu corpo que os homens (Fulkerson *et al.*, 1999; Petrie, 1996). Neste sentido, é de colocar a hipótese de uma relação entre a insatisfação corporal e as desordens alimentares, devido à adopção de dietas e restrições alimentares e ao surgimento do humor negativo (Smith & Petrie, 2008).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INTERVENÇÃO

Weinberg e Gould (2007) consideram que os profissionais que trabalham com atletas devem ser capazes de reconhecer e lidar com a problemática das desordens alimentares, procurando contribuir para a prevenção ou, pelo menos, para a redução da frequência destas problemáticas.

No que se refere ao processo educacional dos atletas, Garner (1985) e Hsu (1990) citados em Thomson e Sherman (1993), acreditam que os programas que se baseiam em dar informações aos atletas acerca das desordens alimentares não são muito eficazes. Garner, inclusivamente, considera que esses programas acabam por enaltecer as problemáticas.

Neste sentido, Thomson e Sherman (1993) afirmam que uma maneira de ultrapassar este problema passa por construir programas que contenham informações relacionadas com o desporto, tais como, o peso corporal, a composição corporal e o rendimento desportivo. Informações relativas às desordens alimentares continuam a ser importantes mas devem ser fornecidas de forma mais intensa a quem trabalha com os atletas.

Sherman e colaboradores (2005) concluíram que também é importante considerar os membros das equipas técnicas (e.g. treinadores, preparadores físicos, etc.) pois estão frequentemente envolvidos na identificação destas problemáticas. Por isto, estes profissionais, devem ser informados acerca dos sintomas associados às desordens alimentares para facilitar a identificação e detecção.

Em termos práticos, Cogan (2005) realça algumas estratégias para a redução de riscos do aparecimento de distúrbios alimentares: i) os treinadores não devem enfatizar o peso corporal dos atletas, evitando a pesagem constante. Esta prática pode ser feita por um profissional da área médica e os treinadores podem centrar-se na melhoria da condição física dos atletas; ii) alertar os atletas acerca das estratégias de perda de peso pouco saudáveis; iii) indicar estratégias e linhas de orientação para a perda de peso de forma saudável. Os treinadores podem, inclusivamente, encaminhar os atletas para um profissional da área da nutrição com experiência na área do desporto; iv) tratar os atletas individualmente. Os treinadores devem estar sensibilizados para o facto de alguns atletas poderem não conseguir atingir um determinado peso corporal e forma física devido às suas características biológicas e genéticas; e v) controlar a hipótese da proliferação entre atletas de comportamentos alimentares de risco. Por vezes, as equipas desenvolvem normas sobre alimentação, dieta e perda de peso que

se podem tornar “contagiosas” ou difundir-se de um atleta para o outro através da comunicação ou da observação. Os treinadores devem estar atentos e criar estratégias que evitem a proliferação dessas normas.

Cogan (2005) refere ainda que mesmo adoptando estas medidas preventivas, os treinadores podem encontrar nas suas equipas atletas com distúrbios alimentares e devem estar preparados para lidar com estes casos. Por isso, é fundamental que os técnicos estejam sensibilizados para os seguintes aspectos: i) obter informação relativamente às perturbações alimentares antes de dialogarem com os atletas; ii) em caso de necessidade, devem encaminhar o atleta para um profissional da área da saúde; iii) abordar questões relacionadas com as pressões e emoções que o atleta experiênciia no dia-a-dia pois as desordens alimentares não se desenvolvem apenas por questões relacionadas com a alimentação; e iv) encorajar o atleta a enfrentar o problema e demonstrar apoio.

ESTUDO DE CAMPO

Como pudemos constatar na revisão da literatura, os resultados dos diversos estudos das desordens alimentares em atletas apresentam várias contradições. De acordo com as orientações de alguns autores (Petrie e Greenleaf, 2007), este estudo procura analisar a ocorrência de desordens alimentares no desporto, observando a importância de variáveis pessoais, desportivas e psicológicas na possível explicação deste fenómeno. Mais especificamente, procurou-se atingir os seguintes objectivos:

- i) Analisar a prevalência de desordens alimentares;
- ii) Observar as associações entre as desordens alimentares e as variáveis psicológicas consideradas neste estudo (e.g., percepção de ameaça, ansiedade, orientação motivacional, auto-apresentação, pressão do treinador para a forma física e satisfação com o corpo e a forma física);
- iii) Verificar as diferenças nas desordens alimentares em função das variáveis pessoais e desportivas dos atletas;
- iv) Examinar a existência de diferenças nas variáveis psicológicas em função da tendência dos atletas para as desordens alimentares;
- v) Analisar as dimensões preditoras das desordens alimentares.

MÉTODO

Amostra

Participaram neste estudo 299 atletas (146 mulheres, 48.8%; 153 homens, 51.2%) com idades entre os 14 e os 39 anos ($M=18.2$, $DP=4.3$). Na distribuição por modalidades, a maioria era praticante de desportos colectivos ($n=195$, 65.2%) enquanto 104 atletas (34.8%) estavam em desportos individuais. Ao nível das modalidades colectivas, tivemos a seguinte distribuição: andebol ($n=82$, 27.4%), voleibol ($n=59$, 19.7%) e basquetebol ($n=54$, 18.1%). Nas modalidades individuais, os atletas distribuíram-se por quatro modalidades distintas: natação ($n=36$, 12%), atletismo ($n=30$, 10%), karaté ($n=23$, 7.7%) e taekwondo ($n=15$, 5%). Relativamente ao escalão competitivo, 133 eram juvenis (44.5%), 90 juniores (30.1%) e 76 seniores (25.4%). De um modo geral, os participantes competiam nas principais divisões das respectivas modalidades ($n=111$, 77.1%). Um número significativo de atletas obteve êxitos desportivos nas modalidades praticadas (campeonatos nacionais) ($n=86$, 28.8%). Foi também solicitado aos atletas a indicação do seu peso e altura, de modo a ser possível efectuar o cálculo do “Índice de Massa Corporal” (IMC), observando-se os seguintes valores: abaixo do peso ($n=11$; 3.7%), peso normal ($n=246$; 82.3%), excesso de peso ($n=34$; 11.4%) e em situação de obesidade ($n=2$; 0.7%).

Instrumentos

Foi administrado a todos os atletas que participaram neste estudo um Questionário que englobava os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (QADA). Trata-se da versão original do “Eating Disorder Examination Questionnaire” (EDE-Q5.2) desenvolvido por Fairburn e Beglin (1994) e traduzido para a língua portuguesa por Machado (2007). O instrumento é constituído por 28 itens, derivando dos trabalhos originais realizados com a entrevista EDE, que foi construída para avaliar as atitudes e comportamentos relacionados com os distúrbios alimentares. Assim, é solicitado às pessoas que indiquem a frequência de cada um dos itens, tendo por base o número de episódios de cada comportamento ocorrido nas últimas quatro semanas (28 dias). Os itens são respondidos numa escala tipo “Likert” de sete pontos (0=“Nenhum”; 6=“Todos os dias”), distribuindo-se por quatro dimensões: i) Restrição (5 itens): comportamentos relacionados com o evitamento da comida e com as regras seguidas nas dietas e na alimentação; ii) Preocupação com a comida (5 itens): comportamentos relacionados com o medo de perder o controle sobre a comida e sentimentos de apreensão relativamente aos alimentos a ingerir; iii) Preocupação com a aparência física (7 itens): importância dada à condição física, evidenciada pela insatisfação com a forma corporal e a exposição do corpo em situações públicas; e iv) Preocupação com o peso (5 itens): necessidade de manter ou conseguir um determinado peso corporal, incluindo os sentimentos de insatisfação com o peso. De referir que esta versão da escala incluiu ainda seis itens adicionais relacionados com as desordens alimentares, que são analisados de um modo individual (e.g., tendência para comer uma quantidade invulgar de comida, provocar o vómito como estratégia de controle de peso, uso de laxantes, prática de exercício físico excessivo, etc.). Retirando estes seis itens adicionais, pode-se obter uma pontuação de escala global resultante da média dos “scores” das quatro subescalas referidas. Por último, é possível analisar os “scores” de cada subescala no sentido de diagnosticar valores problemáticos, sendo avançado o valor igual ou superior a quatro como “ponto de corte” de significância clínica (Carter, Stewart, & Fairburn, 2001; Luce, Crowther, & Polé, 2008; Mond, Hay, & Owen, 2006);

Avaliação do Estado Físico e Desportivo (AEFD). Trata-se de uma versão adaptada por Gomes (2007) a partir dos trabalhos realizados por Bruin, Oudejans e Bakker (2007) e Hall, Kerr, Kozub e Finnie (2007). Para este estudo, foram utilizadas duas subescalas do instrumento: i) Satisfação dos praticantes com o seu corpo e forma física (três itens em resposta de formato tipo “Likert” de dez pontos, desde “Extremamente insatisfeito(a)” até “Extremamente satisfeito(a)"); e ii) Pressão dos treinadores para a forma física dos atletas (quatro itens em resposta de formato tipo “Likert” de dez pontos, desde “Discordo totalmente” até “Concordo totalmente”). As subescalas devem ser analisadas separadamente, resultando por isso em dois “scores” calculados a partir da soma dos valores obtidos dividindo depois pelo número respectivo de itens;

Escala de Ansiedade no Desporto 2 (EAD-2). Trata-se de uma versão traduzida e adaptada por Cruz e Gomes (2007) da “Sport Anxiety Scale” (SAS-2) desenvolvida por Smith, Smoll, Cumming e Grossbard (2006). A

EAD-2 é um instrumento de avaliação multidimensional do traço de ansiedade competitiva, englobando um total de quinze itens, distribuídos por três subescalas: i) Ansiedade somática (5 itens): sensações físicas e corporais negativas relacionadas com a actividade desportiva; ii) ansiedade cognitiva (preocupação) (5 itens): percepções negativas relacionadas com a competição e o desporto (ex: possibilidade de ter um mau rendimento, poder desiludir pessoas significativas, etc.) e iii) Ansiedade cognitiva (perturbação da concentração) (5 itens): dificuldades em manter a atenção e concentração antes ou durante as competições. Os praticantes respondem a cada item optando por uma alternativa, numa escala de quatro pontos (1="Nunca"; 4 ="Quase sempre"). Os "scores" de cada escala são obtidos somando os valores atribuídos em cada um dos respectivos itens. Paralelamente, pode obter-se também um "score" total do traço de ansiedade competitiva, resultante do somatório das três subescalas;

Questionário de Orientação Motivacional para o Desporto (QOMD). Trata-se de uma versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Cruz e Matos (1997) do "Task and Ego Orientation Questionnaire" (TEOSQ), desenvolvido por Duda (1992) e Duda e Whitehead (1998). Este questionário pretende avaliar a orientação motivacional para a tarefa e/ou para o "ego" em contextos desportivos, tendo por base o modelo motivacional de Nicholls (1989). São propostos treze itens distribuídos por duas dimensões: i) Orientação para o "ego" (6 itens): valorização pelo atleta da sua capacidade para obter níveis de desempenho superiores relativamente aos outros colegas de equipa ou então evitar demonstrar que é menos capaz desportivamente do que os outros; e ii) Orientação para a tarefa (7 itens): valorização pelo atleta da sua capacidade para aprender novas competências e capacidades desportivas, procurando atingir cada vez melhores níveis de rendimento e desempenho na modalidade em causa. Os atletas respondem a cada item optando por uma alternativa de resposta, numa escala tipo "Likert" de 5 pontos (1="Discordo totalmente"; 5="Concordo totalmente"), sendo calculado um "score" médio para cada subescala através da divisão da soma dos valores obtidos pelo número total de itens da cada uma das subescalas. Deste modo, a medida e amplitude da orientação motivacional para a tarefa ou para o "ego" pode variar entre um máximo de 5 (elevada) e um mínimo de 1 (baixa);

Escala de Avaliação Cognitiva da Competição: Percepção de Ameaça (EACC-PA). Trata-se de uma escala destinada a avaliar o estilo geral de avaliação cognitiva primária ou, por outras palavras, a avaliar "o que está em jogo" na competição desportiva, na perspectiva de cada atleta, e que os leva a experienciar *stress* e ansiedade na alta competição (Cruz, 1994). A EACC-PA é uma adaptação de instrumentos similares desenvolvidos e aplicados por Lazarus e colaboradores noutros contextos (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984). Esta escala inclui oito itens, respondidos numa escala tipo "Likert" de cinco pontos (1="Não se aplica"; 5="Aplica-se muito"). O "score" total resulta da soma dos valores atribuídos a cada item, podendo variar entre um valor mínimo de 8 e um máximo de 40. Valores mais elevados reflectem a tendência do atleta para perceber a competição desportiva como mais ameaçadora ou para perceber níveis mais elevados de ameaça ao "ego", à auto-estima e ao bem-estar pessoal gerados pela competição;

Questionário de Auto-Apresentação no Desporto (QA-AE). Este instrumento foi traduzido para língua portuguesa por Cruz (2006) a partir dos trabalhos originais de Gammage e colaboradores (2004) com “Self-Presentation Exercise Questionnaire” (SPEQ). O instrumento com oito itens baseou-se em análises de um instrumento com a mesma designação, que incluía onze itens (Conroy, Motl, & Hall, 2000, p. 23) e que pretendia medir até que ponto as pessoas usavam uma série específica de comportamentos ou táticas para construírem uma impressão de prática de exercício físico. Assim, e apesar do instrumento se centrar excessivamente na dimensão da aparência física, enquanto motivo e comportamento de auto-apresentação, Gammage e colaboradores (2003) sugerem suficiente evidência para a validade da versão de oito itens, “mais refinado” que a versão de onze itens, especificamente para avaliar um aspecto da “construção da impressão” em contextos de exercício: a aparência física. Mais concretamente, os oito itens encontram-se distribuídos por duas subescalas: i) Motivação para a impressão (dimensão cognitiva) (4 itens): refere-se ao desejo da pessoa em ser percebida pelos outros como estando em boa forma física, ter um bom aspecto e ser um praticante de exercício físico ou desporto (ex: “Eu valorizo a atenção e o elogio dos outros quando eles verificam que estou em boa forma”); e ii) Construção da impressão (dimensão comportamental) (4 itens): avalia os comportamentos específicos da pessoa relacionados com a vontade de dar a impressão aos outros de estar em boa forma física, ter um bom aspecto e ser um praticante de exercício físico ou desporto (ex: “Eu ando com roupas desportivas para que as outras pessoas me vejam como um(a) praticante de desporto ou exercício”). Os itens são respondidos numa escala de seis pontos (1=“Discordo totalmente”; 6=“Concordo totalmente”). Assim, valores mais elevados em cada subescala reflectem níveis mais elevados de Construção da Impressão e de Motivação para a Impressão, nas motivações de auto-apresentação (ou gestão da impressão) em contextos de desporto e exercício (Leary, 1992).

Procedimento

A amostra de participantes neste estudo foi de conveniência, tendo os atletas sido escolhidos aleatoriamente. No entanto, procurámos definir no início do trabalho a necessidade de obtermos um equilíbrio entre atletas de diferentes sexos e tipo de modalidades (individual e colectiva), dada a problemática em estudo e os objectivos a atingir. Assim sendo, começámos por contactar os clubes participantes e os respectivos treinadores. Após a anuência para fazer parte do estudo, encetamos os contactos com os atletas. Os atletas que se disponibilizaram a participar assinaram um consentimento informado e no caso de serem menores foi igualmente solicitado aos pais a assinatura do mesmo tipo de documento.

Assim sendo, foram distribuídos 361 questionários pelos atletas tendo sido recolhidos 312. No entanto, treze questionários não estavam em condições para serem utilizados devido ao facto de estarem bastante incompletos (menos de 50% do protocolo proposto preenchido). Assim sendo, a taxa de retorno efectiva foi de 82.8%.

RESULTADOS

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa SPSS (versão 17.0 para Windows) e incluiu vários procedimentos que serão explicados no decorrer desta parte do trabalho. Convém esclarecer o facto de termos efectuado previamente uma análise exploratória a todos os resultados apresentados neste trabalho no sentido de testar os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos. Assim, sempre que os pressupostos foram cumpridos optámos pela utilização de medidas paramétricas. Nos casos onde tal não foi evidente, aplicámos o teste paramétrico e não-paramétrico equivalente, seguindo assim as indicações de Fife Schaw (2006). Sempre que este procedimento foi utilizado, observámos resultados similares tendo, por isso, sido nossa opção privilegiar a apresentação dos testes paramétricos, dado o facto de serem mais robustos e permitirem-nos usar análises multivariadas, que têm como vantagem a redução do número de testes a executar, diminuindo assim a probabilidade do erro Tipo 1.

No primeiro tipo de análise realizada, testámos as estruturas factoriais dos instrumentos utilizados neste estudo. A única excepção prendeu-se com o Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, uma vez que o mesmo encontra-se em fase de validação pelo grupo de investigação em desordens alimentares da Universidade do Minho. No entanto, efectuámos uma análise da fidelidade das subescalas do instrumento de modo a observar a adequabilidade para este estudo.

Os procedimentos utilizados basearam-se na análise factorial de componentes principais, sem pré-definição do número de factores, através da rotação oblíqua (procedimento “direct oblimin”; “delta”=0), com normalização de Kaiser (“eigenvalue” igual ou superior a 1). Foram estabelecidos previamente alguns critérios para a definição dos factores finais: i) saturação igual ou superior a .40 de cada item no factor hipotético; ii) aceitação da solução factorial final a partir do momento em que explicasse pelo menos 50% da variância total; iii) existência de uma coerência entre a solução factorial e os itens que constituem cada um dos factores e iv) cada factor deveria ser representado, pelo menos, por dois itens (ver Gorsuch, 1983; Hair, Anderson, Tatham., & Black, 1995).

Dado o significativo número de instrumentos utilizados neste estudo, apresentamos no Quadro 1 uma síntese dos principais resultados obtidos. Tal como é possível observar, os valores obtidos em termos do KMO (“Kaiser-Meyer-Olkin”) e do teste de esfericidade de Barlett indicaram a adequabilidade de aplicar este procedimento de análise a todos os instrumentos (Sharma, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001). De igual modo, os valores de fidelidade (“alpha” de Cronbach), assumiram níveis muito aceitáveis em todas as dimensões dos instrumentos utilizados (Nunnally & Bernstein, 1994).

Quadro 1

Características psicométricas dos instrumentos utilizados

INSTRUMENTOS	KMO	Teste Barlett	g.l.	Eigenvalue	Variância	Total itens	“Alpha”
QADA: Desordens Alimen.	–	–	–	–	–	28	
Restrição						5	.76
Preocupação com comida						5	.69
Preocupação com aparência						7	.90
Preocupação com peso						5	.82
QADA-Total						22	.94
AEFD: Estado Fis. e Desp.						7	
Satisfação com corpo e forma	.704	315.96	3***	2.20	73.40	3	.81
Pressão do treinador	.731	444.31	6***	2.58	64.60	4	.81
EAD-2: Ansiedade	.847	2190.39	91***		66.26	14	
Ansiedade somática				5.73	40.96	5	.85
Preocupação				2.24	16.02	5	.88
Perturbação da concentração				1.30	9.28	4	.82
EAD-2-Total							.89
QOMD: Motivação	.846	1641.75	66***		60.15	12	
Orientação para o “ego”				4.46	37.19	6	.87
Orientação para a tarefa				2.76	22.96	6	.85
EACC-PA: Perce. ameaça	.867	983.21	21***	4.11	58.74	7	.88
QA-AE: Auto-apresentaç.	.802	948.56	21***		73.35	7	
Construção da impressão				3.33	47.54	4	.86
Motivação para a impressão				1.81	25.81	3	.82

Estatísticas descritivas e associações entre as variáveis

O Quadro 2 apresenta uma descrição de todas as variáveis em estudo, sendo possível observar os valores médios e desvio padrão obtidos. A complementar esta informação, o Quadro 3 apresenta os valores relativos aos itens de diagnóstico do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (itens 13 a 17), destinando-se a fornecer uma ideia sobre a ocorrência de alguns comportamentos “centrais” de risco e/ou problemáticos associados às desordens alimentares. De recordar que a avaliação destes comportamentos foi efectuada solicitando aos atletas que descrevessem a sua ocorrência num período relativo às últimas quatro semanas (os valores foram divididos entre “nenhuma ocorrência” e “pelo menos uma ocorrência” dos comportamentos). Como se poderá verificar, são sobretudo os comportamentos relacionados com a ingestão de uma quantidade significativa de comida e a sensação de perda de controle sobre esse comportamento que mais foram observados, sendo potencialmente indicadores da Ingestão Alimentar Compulsiva (“bingeing”) (percentagens de “pelo menos uma ocorrência” entre os 55.8% e os 28.8%).

Relativamente aos resultados problemáticos em cada dimensão do QADA, encontrámos os seguintes valores de significância clínica por subescala: quatro atletas (1.3%) ao nível da restrição; um atleta ao nível da preocupação com a comida (0.3%); catorze atletas ao nível da preocupação com a aparência física (4.6%) e

quinze atletas ao nível da preocupação com o peso (5%). Concomitantemente, nenhum atleta assumiu valores problemáticos em todas as subescalas. Numa conjugação dos valores das dimensões do QADA, duas atletas evidenciaram índices problemáticos na restrição, preocupação com a aparência física e preocupação com o peso. Na conjugação das facetas com maiores valores problemáticos, onze atletas (sendo dez do sexo feminino) reuniram critérios simultaneamente elevados na preocupação com a aparência física e na preocupação com o peso.

As análises das associações existentes entre as variáveis em estudo foram realizadas através do cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, descrevendo-se os valores encontrados no Quadro 2. Tendo por base os dados das correlações do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, pode-se verificar uma associação positiva com a pressão do treinador para a forma física e, inversamente, uma relação negativa com a satisfação com o corpo e forma física. Ao nível da relação com a ansiedade, os resultados seguiram uma lógica expectável, uma vez que maior tendência para as desordens alimentares associou-se a maior ansiedade somática e ansiedade cognitiva, tanto nas variantes da preocupação como de perturbação da concentração. Menos clara foi a relação estabelecida com o questionário de orientação motivacional, que quase não registou valores de realce estatístico, exceptuando-se apenas dois casos: a associação positiva entre a preocupação com a comida e a orientação para o “ego” e, por outro lado, a preocupação com a aparência física e a orientação para a tarefa. Ao nível da escala de avaliação cognitiva, foi possível verificar uma associação positiva entre as várias dimensões do QADA e a percepção de ameaça. Por último, a associação com o questionário de auto-apresentação, tornou evidente uma associação positiva, e significativa, entre a tendência para as desordens alimentares e a motivação para a impressão e, embora a tendência de associação seja igualmente positiva, só a dimensão da preocupação com a comida assumiu valores significativos na relação com a construção da impressão.

Diferenças nas desordens alimentares em função das variáveis demográficas

Nesta etapa do estudo, testámos a existência de diferenças nas várias facetas do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, em função de variáveis pessoais e desportivas dos atletas. Para tal, usámos análises de variância bifactoriais (“two-way” ANOVA) (na dimensão relativa ao “score” total do instrumento) e análises de variância multivariadas (MANOVA) (nas quatro dimensões do instrumento). Assim sendo, optámos por um “design” 2X3 para o cruzamento das variáveis sexo (homens e mulheres) e escalão (juvenis, juniores e seniores) e um “design” 2X2 para as variáveis tipo de modalidade (colectivas e individuais) e títulos nacionais (com e sem registos de campeão nacional na respectiva modalidade).

Começando pelo primeiro agrupamento, nas quatro dimensões do QADA, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Wilks’ Lambda=.98, $F(8, 580)=.67$, $p=.717$). No entanto, os testes univariados evidenciaram diferenças significativas entre os sexos, tendo as mulheres assumido maiores valores

em todos os domínios do instrumento (ver Quadro 4). Relativamente ao valor total da escala, não também foram encontradas diferenças entre os grupos no cruzamento entre as variáveis ($F(2, 293)=1.77$; $p=.172$). No entanto, devemos destacar o efeito principal da variável sexo, que assumiu valores significativos ($F(1, 293)=39.95$; $p<.001$), verificando-se pelos valores médios a tendência das mulheres para maiores pontuações no “score” total da escala (ver Quadro 4).

No segundo agrupamento de variáveis, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas dimensões do QADA (Wilks' Lambda=.99, $F(4, 288)=.40$, $p=.812$). De qualquer modo, deve ser registado o efeito principal da variável títulos nacionais (Wilks' Lambda=.93, $F(4, 288)=5.61$, $p<.001$), tendo os valores médios entre os grupos indicado que os praticantes com os melhores registos desportivos assumiram uma maior tendência para os comportamentos de restrição (ver Quadro 4). A diferença entre os grupos tendo por base os valores globais do QADA não revelou diferenças significativas ($F(1, 291)=1.43$; $p=.233$).

Diferenças nas desordens alimentares em função da percepção de peso ideal

Nesta parte, testámos a eventual existência de diferenças nas várias facetas do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, em função da percepção de peso ideal assumido pelos atletas. Neste sentido, foram constituídos três grupos de comparação, dividindo-se entre atletas que gostariam de pesar menos ($n=155$; 51.8%), ter o mesmo peso ($n=55$; 18.4%) e pesar mais ($n=67$; 22.4%), aplicando-se análises de variância unifactorial (“one-way” ANOVA) (na dimensão relativa ao “score” total do instrumento) e análises de variância multivariadas (MANOVA) (nas quatro dimensões do instrumento).

Começando pela análise dos quadro factores do QADA, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Wilks' Lambda=.70, $F(8, 542)=13.30$, $p<.001$). Os testes univariados revelaram diferenças significativas, tendo sido possível constatar pelos testes “post-hoc” de Scheffé que, de um modo invariável, foram os atletas com vontade em pesar menos que se diferenciaram dos atletas com vontade em ter o mesmo peso e mais peso. Neste sentido, e pela observação dos valores médios das subescalas, concluiu-se que o grupo com vontade em pesar menos evidenciou mais comportamentos de restrição, preocupação com a comida, preocupação com a aparência física e preocupação com o peso (ver Quadro 5).

No que se refere ao valor total da QADA, também foram evidentes diferenças entre os grupos ($F(2, 274)=47.65$; $p<.001$). De acordo com os testes “post-hoc” de Scheffé, o grupo de atletas com vontade de pesar menos assumiu maiores valores no “score” total do QADA (ver Quadro 5).

Quadro 2

Valor médio, desvio-padrão e correlações entre as variáveis em estudo (Amostra total)

	M (DP)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. QADA: Restrição	.82 (1.09)																
2. QADA: Preo. comi.	.41 (.69)	.595***															
3. QADA: Preo. apare.	1.09 (1.31)	.653***	.717***														
4. QADA: Preo. peso	1.08 (1.30)	.653***	.703***	.912***													
5. QADA: Total	.85 (.98)	.819***	.815***	.945***	.942***												
6. Aefd: Satisfação corpo	3.60 (.78)	-.433***	-.400***	-.596***	-.593***	-.586***											
7. Aefd: Pressão Trein.	1.77 (.86)	.249***	.188**	.204***	.258***	.256***	-.188**										
8. EAD-2: Somática	8.32 (3.02)	.190**	.279***	.296***	.307***	.303***	-.123*	.209***									
9. EAD-2: Preocupaç.	13.24 (3.74)	.245***	.294***	.368***	.310***	.346***	-.191**	.152**	.493***								
10. EAD-2: Pert. conc.	6.37 (2.12)	.122*	.224***	.236***	.241***	.232***	-.124*	.151*	.526***	.283***							
11. EAD-2: Total	27.90 (7.03)	.246***	.334***	.392***	.368***	.380***	-.190**	.193**	.843***	.828***	.674***						
12. QOMD: Ego	2.88 (1.02)	.033	.162**	.063	.048	.075	.040	-.012	.127*	.157**	.032	.144*					
13. QOMD: Tarefa	4.07 (.69)	.096	.086	.116*	.051	.097	-.036	.006	.071	.240***	-.017	.152*	.272***				
14. EACC-PA: Total	3.05 (.90)	.250***	.349***	.323***	.284***	.333***	-.140*	.174**	.361***	.514***	.190**	.483***	.208***	.306***			
15. QA-AE: Con. Imp.	2.10 (1.11)	.050	.133*	.084	.054	.083	.120*	.032	.111	.055	.186**	.119*	.325***	-.034	.160**		
16. QA-AE: Mot. Imp.	4.39 (1.16)	.172**	.220***	.182**	.149*	.197**	.040	.005	.102	.169**	-.021	.118*	.351***	.349***	.343***	.295***	-

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Quadro 3

Frequência de ocorrência de indicadores de diagnóstico associados às desordens alimentares

Comportamentos	N	Nunca ocorreu n (%)	Ocorreu* n (%)	Mín.	Máx.
13. Ingestão de uma quantidade invulgarmente grande de comida	294	130 (44.2)	164 (55.8)	0	28
15. Episódios de comer demasiado e sensação de perda de controle	295	184 (62.4)	111 (37.6)	0	28
14. Sensação de perda de controle sobre o que estava a comer	292	208 (71.2)	84 (28.8)	0	28
18. Prática de exercício físico excessivo como forma de controle do peso, forma corporal ou “queimar” calorias	295	243 (82.4)	52 (17.6)	0	28
16. Indução do vômito para controlar o peso ou a forma corporal	294	290 (98.6)	4 (1.4)	0	10
17. Ingestão de laxantes para controlar o peso ou a forma corporal	295	294 (99.7)	1 (0.3)	0	15

(*) – Valores de frequência, somando desde “pelo menos uma ocorrência” do comportamento

Quadro 4

Média, desvio padrão e valores dos testes univariados no QADA: Diferenças em função das variáveis pessoais e desportivas

VARIÁVEL	<u>FEMININO</u>	<u>MASCULINO</u>	F (1,293)
	(n=146) M (DP)	(n=153) M (DP)	
QADA: Restrição	1.08 (1.16)	.57 (.96)	16.07***
QADA: Preoc. com comida	.52 (.75)	.30 (.61)	8.94**
QADA: Preoc. com aparência	1.62 (1.45)	.59 (.91)	52.51***
QADA: Preocupação com peso	1.56 (1.47)	.62 (.90)	43.62***
QADA-Total	1.19 (1.08)	.52 (.74)	39.34***
	<u>SEM TÍTULOS</u>	<u>COM TÍTULOS</u>	F (1,291)
	(n=209) M (DP)	(n=86) M (DP)	
QADA: Restrição	.70 (.99)	1.07 (1.24)	7.91**

** p < .01; *** p < .001

Quadro 5

Média, desvio padrão e valores dos testes univariados no QADA: Diferenças em função da percepção de peso ideal

VARIÁVEL	Menos peso	Igual peso	Mais peso	<i>F</i> (2,274)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
	n=155	N=55	n=67	
QADA: Restrição	1.28 (1.19)	.32 (.59)	.28 (.73)	32.95***
QADA: Preoc. com comida	.62 (.80)	.12 (.25)	.18 (.47)	17.52***
QADA: Preoc. com aparênc.	1.65 (1.46)	.32 (.46)	.49 (.79)	37.65***
QADA: Preoc. com peso	1.71 (1.40)	.22 (.40)	.44 (.72)	51.25***
QADA-Total	1.31 (1.07)	.25 (.32)	.35 (.54)	47.65***

*** $p < .001$

Diferenças nas variáveis psicológicas em função da tendência para as desordens alimentares

O objectivo desta análise prendeu-se com avaliação das diferenças nas dimensões psicológicas dos instrumentos utilizados (AEFD, EAD-2, QOMD, EACC-PA e QA-AE) em função das pontuações dos atletas no QADA. Neste sentido, foram determinados dois grupos de comparação, um com as pontuações mais baixas e outro com as pontuações mais elevadas no QADA-Total, aplicando-se análises comparativas para grupos independente (“t-test” para amostras independentes) (nos “scores” totais dos instrumentos) e análises de variância multivariadas (MANOVA) (nas facetas específicas dos instrumentos com mais de uma dimensão). Nesta distinção, procurámos equilibrar os elementos de cada grupo, seguindo-se assim indicações de outros estudos onde este procedimento foi igualmente aplicado (Lipsey, Barton, Hulley, & Hill, 2006).

Começando pela escala de ansiedade, observaram-se valores significativos nas três dimensões do instrumento (Wilks’ Lambda=.72, $F(3, 78)=10.28$, $p<.001$). Os testes univariados evidenciaram diferenças significativas entre os grupos, sendo os atletas com menor tendência para as desordens alimentares a registarem maior ansiedade somática e cognitiva (tanto na variante de preocupação como na de perturbação de concentração). Neste mesmo sentido, o “score” total da EAD2 revelou diferenças entre os grupos ($t=-5.25$; 80; $p<.001$), sendo igualmente o grupo com menores valores do QADA-Total a demonstrar maior ansiedade.

No que se refere à escala de motivação, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Wilks’ Lambda=.94, $F(2, 81)=2.74$, $p=.071$). No entanto, os testes univariados indicaram diferenças na orientação para a tarefa, sendo esta faceta motivacional mais elevada no grupo com maior tendência para as desordens alimentares.

Para o questionário de auto-apresentação, foram evidentes diferenças significativas entre os grupos (Wilks' Lambda=.84, $F(2, 80)=7.37$, $p<.01$), tendo-se observado pelos testes univariados o facto do grupo com maiores pontuações no QADA-Total demonstrar maior motivação para a impressão.

As facetas do questionário de Avaliação do Estado Físico e Desportivo (AEFD), apontaram diferenças em ambos os domínios de avaliação. No caso da satisfação com o corpo e forma física ($t=8.58$; 81; $p<.001$), verificaram-se maiores níveis nesta área no grupo com menor pontuação no QADA-Total. Na pressão do treinador para a forma física ($t=4.16$; 73; $p<.001$), foi o grupo com uma avaliação mais elevada desta área de acção do treinador que evidenciou maior tendência para as desordens alimentares.

Finalmente, a Escala de Avaliação Cognitiva da Competição indicou maiores níveis de percepção de ameaça no grupo com valores mais elevados no QADA-Total ($t=4.75$; 81; $p<.001$).

Todos os resultados significativos encontrados nestas análises podem ser observados no Quadro 6.

Quadro 6

**Média, desvio padrão e valores dos testes univariados nas dimensões psicológicas:
Diferenças em função das pontuações do QADA**

VARIÁVEL	Menor pontuação		Maior pontuação		F
	M (DP)	n	M (DP)	n	
AEFD: Satisf. com corpo e aparência	4.08 (.58)	41	2.78 (.78)	42	-
AEFD: Pressão treinador para forma	1.42 (.69)	41	2.19 (.99)	42	-
EAD-2: Ansiedade somática	7.62 (2.70)	42	9.90 (3.03)	40	12.93**
EAD-2: Preocupação	11.55 (4.14)	42	15.78 (2.96)	40	28.07***
EAD-2: Perturbação da concentração	5.83 (2.17)	42	7.35 (2.51)	40	8.59**
EAD-2: Total	25.00 (7.53)	42	33.03 (6.22)	40	-
QOMD: Orientação para a tarefa	3.83 (.82)	42	4.20 (.59)	42	5.55*
EACC-PA: Percepção de ameaça	2.70 (1.05)	41	3.65 (.74)	42	-
QA-AE: Motivação para a impressão	4.04 (1.23)	41	4.94 (.88)	42	14.81***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Predição das dimensões do questionário de desordens alimentares

Esta parte do trabalho procurou analisar até que ponto algumas características dos atletas poderiam contribuir para a explicação das quatro dimensões do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares e do “score” total do instrumento, efectuando-se análises de regressão hierárquica. O objectivo desta estratégia de análise prendeu-se com a avaliação da capacidade preditora dos instrumentos de avaliação psicológica (AEFD, EAD-2, QOMD, EACC-PA e QA-AE) relativamente a cada um dos quatro factores do QADA e respectivo “score” total, controlando-se variáveis pessoais e desportivas dos atletas.

Começando pela subescala da restrição, as dimensões sexo e obtenção de títulos nacionais apresentaram associações positivas com esta área do QADA. Neste sentido, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela variável títulos nacionais no segundo bloco de entrada. No terceiro, e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com a restrição, nomeadamente, a motivação para a impressão, a pressão do treinador para a forma física, a satisfação com o corpo e forma física e a percepção de ameaça (ver Quadro 7). No primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo ($F(1, 286)=16.01, p<.001$) explicando 5% da variância. Neste caso, as mulheres evidenciaram mais comportamentos de restrição do que os homens ($\beta=.23, t=4.00, p<.001$). Quando se controlaram os registos desportivos dos atletas (segundo bloco de entrada), o modelo passou a prever 8% da variância ($F(2, 285)=12.06, p<.001$). Atletas com os melhores registos nacionais assumiram maiores níveis de restrição ($\beta=.16, t=2.78, p<.01$). A adição das variáveis psicológicas no terceiro bloco resultou igualmente num modelo significativo ($F(6, 281)=19.95, p<.001$) explicando 30% da variância. Após controlar os efeitos das variáveis sexo e resultados desportivos, emergiram como preditores significativos a motivação para a impressão, a satisfação com o corpo e forma física e a percepção de ameaça. Assim sendo, a tendência para a restrição é predita pela maior motivação para a impressão ($\beta=.15, t=2.75, p<.01$) e percepção de ameaça ($\beta=.15, t=2.64, p<.01$) e, inversamente, pela menor satisfação com o corpo e forma física ($\beta=-.38, t=-7.38, p<.001$).

No que se refere à preocupação com a comida, a dimensão sexo apresentou uma associação positiva com esta área do QADA, tendo por isso sido inserida no primeiro bloco de entrada. No segundo bloco de entrada, foi inserida a satisfação com o corpo e forma física uma vez que foi a esta a única variável a evidenciar uma associação positiva com a preocupação com a comida (ver Quadro 8). No primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo ($F(1, 286)=8.90, p<.01$) explicando 3% da variância. Neste caso, as mulheres evidenciaram maior preocupação com a comida do que os homens ($\beta=.17, t=2.98, p<.01$). A adição das variáveis psicológicas no terceiro bloco resultou igualmente num modelo significativo ($F(2, 285)=32.34, p<.001$) explicando 19% da variância.

Após controlar os efeitos da variável sexo, emergiu como preditora significativa a satisfação com o corpo e forma física. Assim sendo, a tendência para a preocupação com a comida é predita pela menor satisfação com o corpo e forma física ($\beta=-.40$, $t=-7.36$, $p<.001$).

Quadro 7

Modelo de regressão para a predição da dimensão de Restrição do QADA

Bloco 1 – Sexo^a	R² (R²ajustado)	F(1, 286)	β	t
Sexo	.05 (.05)	16.01***	.23	4.00***
Bloco 2 – Títulos nacionais	R² (R²ajustado)	F(2, 285)	β	t
Títulos Nacionais ^b	.08 (.07)	12.06***	.16	2.78**
Bloco 3 – Dimensões psicológicas	R² (R²ajustado)	F(6, 281)	β	t
QA-AE: Motivação para a impressão			.15	2.75**
AEFD: Pressão do treinador para forma física			.08	1.50
AEFD: Satisfação com corpo e forma física	.30 (.28)	19.95***	-.38	-7.38***
EACC-PA: Percepção de ameaça			.15	2.64**

^a Sexo: 0 – Homens, 1 – Mulheres; ^bTítulos Nacionais: 0 – Sem títulos, 1 – Com títulos

** $p<.01$; *** $p<.001$

Quadro 8

Modelo de regressão para a predição da dimensão de Preocupação com a comida do QADA

Bloco 1 – Sexo^a	R² (R²ajustado)	F(1, 286)	β	t
Sexo	.03 (.03)	8.90**	.17	2.98**
Bloco 2 – Dimensão psicológica	R² (R²ajustado)	F(2, 285)	β	t
AEFD: Satisfação com corpo e forma física	.19 (.18)	32.34***	-.40	-7.36***

^a Sexo: 0 – Homens, 1 – Mulheres

** $p<.01$; *** $p<.001$

No que se refere à preocupação com a aparência física, as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentaram associações positivas com esta área do QADA. Por isso, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Neste último caso, foram constituídos dois grupos de comparação, distinguindo-se entre atletas que gostariam de pesar menos e atletas que queriam ter o mesmo peso e pesar mais. No terceiro, e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com a preocupação com a aparência física, nomeadamente, a motivação para a impressão, a ansiedade cognitiva (preocupação) e a satisfação com o corpo e forma física (ver Quadro 9). No primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo ($F(1, 267)=65.59$, $p<.001$) explicando 20% da variância. Neste caso, as mulheres evidenciaram maior preocupação com o peso do que os homens ($\beta=.44$, $t=8.10$, $p<.001$). Quando se controlou a

percepção de peso ideal (segundo bloco de entrada), o modelo passou a prever 32% da variância ($F(2, 266)=61.30, p<.001$). Atletas com vontade em pesar menos assumiram maiores níveis de preocupação com a aparência física ($\beta=.36, t=6.78, p<.001$). A adição das variáveis psicológicas no terceiro bloco resultou igualmente num modelo significativo ($F(5, 263)=67.94, p<.001$) explicando 56% da variância. Após controlar os efeitos das variáveis sexo e percepção de peso ideal, emergiram como preditores significativos a motivação para a impressão, a ansiedade cognitiva (preocupação) e a satisfação com o corpo e forma física. Assim sendo, a tendência para a preocupação com a aparência física é predita pela maior motivação para a impressão ($\beta=.15, t=3.59, p<.001$) e ansiedade cognitiva (preocupação) ($\beta=.20, t=4.51, p<.001$) e, pelo contrário, pela menor satisfação com o corpo e forma física ($\beta=-.43, t=-9.53, p<.001$).

Quadro 9

Modelo de regressão para a predição da dimensão de Preocupação com aparência física do QADA

Bloco 1 – Sexo^a	R² (R² ajustado)	F(1, 267)	β	t
Sexo	.20 (.19)	65.59***	.44	8.10***
Bloco 2 – Percepção de peso ideal^b	R² (R² ajustado)	F(2, 266)	β	t
Percepção de peso ideal	.32 (.31)	61.30***	.36	6.78***
Bloco 3 – Dimensões psicológicas	R² (R² ajustado)	F(5, 263)	β	t
QA-AE: Motivação para a impressão			.15	3.59***
EAD-2: Ansiedade cognitiva (preocupação)	.56 (.56)	67.94***	.20	4.51***
Aefd: Satisfação com corpo e forma física			-.43	-9.53***

^a Sexo: 0 – Homens, 1 – Mulheres; ^b Percepção de peso ideal: 0 – Igual peso e Mais peso, 1 – Menos peso

** $p<.01$; *** $p<.001$

Para a faceta preocupação com o peso, as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentaram associações positivas com esta área do QADA. Por isso, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Neste último caso, foram constituídos dois grupos de comparação, distinguindo-se entre atletas que gostariam de pesar menos e atletas que queriam ter o mesmo peso e pesar mais. No terceiro, e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com a preocupação com peso, nomeadamente, a motivação para a impressão, a ansiedade somática, a pressão do treinador para a forma física e a satisfação com o corpo e forma física (ver Quadro 10). No primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo ($F(1, 267)=46.95, p<.001$) explicando 15% da variância. Neste caso, as mulheres evidenciaram maior preocupação com o peso do que os homens ($\beta=.39, t=6.85, p<.001$). Quando se controlou a percepção de peso ideal (segundo bloco de entrada), o modelo passou a prever 33% da variância ($F(2,$

266)=65.58, $p<.001$). Atletas com vontade em pesar menos assumiram maiores níveis de preocupação com o peso ($\beta=.44$, $t=8.47$, $p<.001$). A adição das variáveis psicológicas no terceiro bloco resultou igualmente num modelo significativo ($F(6, 262)=59.94$, $p<.001$) explicando 58% da variância. Após controlar os efeitos das variáveis sexo e percepção de peso ideal, emergiram como preditores significativos a motivação para a impressão, a ansiedade somática e a satisfação com o corpo e forma física. Assim sendo, a tendência para a preocupação com o peso é predita pela maior motivação para a impressão ($\beta=.12$, $t=3.05$, $p<.01$) e ansiedade somática ($\beta=.22$, $t=5.32$, $p<.001$) e, pelo contrário, pela menor satisfação com o corpo e forma física ($\beta=-.42$, $t=-9.47$, $p<.001$).

Quadro 10

Modelo de regressão para a predição da dimensão de Preocupação com o peso do QADA

Bloco 1 – Sexo^a	R² (R²ajustado)	F(1, 267)	β	t
Sexo	.15 (.15)	46.95***	.39	6.85***
Bloco 2 – Percepção de peso ideal^b	R² (R²ajustado)	F(2, 266)	β	t
Percepção de peso ideal	.33 (.33)	65.58***	.44	8.47***
Bloco 3 – Dimensões psicológicas	R² (R²ajustado)	F(6, 262)	β	t
QA-AE: Motivação para a impressão			.12	3.05**
EAD-2: Ansiedade somática	.58 (.57)	59.94***	.22	5.32***
AEFD: Pressão do treinador para forma física			.08	1.84
AEFD: Satisfação com corpo e forma física			-.42	-9.47***

^a Sexo: 0 – Homens, 1 – Mulheres; ^bPercepção de peso ideal: 0 – Igual peso e Mais peso, 1 – Menos peso
** $p<.01$; *** $p<.001$

Finalmente, o “score” total do QADA também foi analisado, tendo as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentado associações positivas com esta área. Neste sentido, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Neste último caso, foram constituídos dois grupos de comparação, distinguindo-se entre atletas que gostariam de pesar menos e atletas que queriam ter o mesmo peso e pesar mais. No terceiro, e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com QADA-Total, nomeadamente, a motivação para a impressão, a pressão do treinador para a forma física, a ansiedade cognitiva (preocupação), a satisfação com o corpo e forma física e a percepção de ameaça (ver Quadro 11). No primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo ($F(1, 265)=55.08$, $p<.001$) explicando 17% da variância. Neste caso, as mulheres evidenciaram mais comportamentos de desordem alimentar do que os homens ($\beta=.42$, $t=7.42$, $p<.001$). Quando a percepção de peso ideal foi inserida (segundo bloco de entrada), o modelo passou a prever 34% da variância ($F(2, 264)=69.23$, $p<.001$). Atletas com a vontade em pesar menos assumiram maiores problemas relacionados com o comportamento alimentar ($\beta=.43$, $t=8.32$,

p<.001). A adição das variáveis psicológicas no terceiro bloco resultou igualmente num modelo significativo ($F(7, 259)=51.06$, $p<.001$) explicando 58% da variância. Após controlar os efeitos das variáveis sexo e percepção de peso ideal, emergiram como preditores significativos a motivação para a impressão, a pressão do treinador para a forma física, a ansiedade cognitiva (preocupação) e a satisfação com o corpo e forma física. Assim sendo, a tendência para os comportamentos de desordem alimentar é predita pela maior motivação para a impressão ($\beta=.15$, $t=3.38$, $p<.01$), ansiedade cognitiva (preocupação) ($\beta=.13$, $t=2.59$, $p<.05$), pressão do treinador para a forma física ($\beta=.10$, $t=2.30$, $p<.05$) e, inversamente, pela menor satisfação com o corpo e forma física ($\beta=-.39$, $t=-8.64$, $p<.001$).

Quadro 11

Modelo de regressão para a predição do “score” total do QADA

Bloco 1 – Sexo^a	R² (R² ajustado)	F(1, 265)	β	t
Sexo	.17 (.17)	55.08***	.42	7.42***
Bloco 2 – Percepção de peso ideal^b	R² (R² ajustado)	F(2, 264)	β	t
Percepção de peso ideal	.34 (.34)	69.23***	.43	8.32***
Bloco 3 – Dimensões psicológicas	R² (R² ajustado)	F(7, 259)	β	t
QA-AE: Motivação para a impressão	.58 (.57)	51.06***	.15	3.38**
AEFD: Pressão do treinador para forma física			.10	2.30*
EAD-2: Ansiedade cognitiva (preocupação)			.13	2.59*
AEFD: Satisfação com corpo e forma física			-.39	-8.64***
EACC-PA: Percepção de ameaça			.08	1.61

^a Sexo: 0 – Homens, 1 – Mulheres; ^b Percepção de peso ideal: 0 – Igual peso e Mais peso, 1 – Menos peso

p<.01; *p<.001

DISCUSSÃO

Apesar das desordens alimentares representarem um tema de bastante interesse em populações não desportivas, a investigação centrada em atletas é ainda relativamente escassa, principalmente no que se refere à análise dos potenciais factores de risco ao nível psicológico (Petrie & Greenleaf, 2007). Neste sentido, este trabalho analisou os comportamentos alimentares numa amostra de atletas portugueses, procurando contribuir para esclarecer as relações entre os factores psicológicos e as desordens alimentares e o impacto de determinadas variáveis pessoais e desportivas no desenvolvimento destes problemas.

Começando pela prevalência de desordens alimentares, o primeiro aspecto a realçar prende-se com o facto de nenhum atleta ter assumido simultaneamente valores de realce clínico nas quatro dimensões do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares. Em termos gerais, e dependendo das medidas utilizadas, os estudos têm vindo a indicar prevalências bastante distintas, desde valores mais elevados (percentagens na ordem dos 15 a 20%) (Beals & Hill, 2006; Sundgot-Borgen, 1994a) até

valores relativamente baixos ou praticamente residuais (percentagens na ordem dos 1 a 7%) (Reel, SooHoo, Doetsch, Carter, & Petrie, 2007; Petrie, Greenleaf, Carter, & Reel, 2007; Petrie & Stoeberl, 1993; Sanford-Martens *et al.*, 2005). No entanto, as diferenças nos instrumentos aplicados e os critérios de diagnóstico utilizados podem explicar esta divergência de resultados. Curiosamente, e de acordo com os valores obtidos por subescala no QADA, as dimensões mais elevadas, e relevantes do ponto de vista clínico, foram a preocupação com a aparência física e a preocupação com o peso, que representam áreas bastante “sensíveis” para quem é praticante desportivo. Neste mesmo sentido, Pasmán e Thompson (1988), analisaram as desordens alimentares num estudo comparativo entre atletas (atletismo e levantamento de pesos) e não atletas e concluíram que os primeiros assumiram maiores índices na subescala da inclinação para a magreza do “Eating Disorders Inventory” (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983) do que os não atletas. Estes dados acabam por reforçar a importância de atendermos ao tipo de expectativas e “exigências” colocadas a quem é praticante desportivo.

Aliás, a necessidade de considerar o contexto onde avaliamos as desordens alimentares também se fez sentir na frequência de ocorrência dos comportamentos problemáticos associados às desordens alimentares (“itens de diagnóstico”). De facto, enquanto que a indução do vómito e o uso de laxantes quase não registaram ocorrências, a ingestão de uma grande quantidade de comida afectou pelo menos uma vez mais de metade dos atletas nas últimas quatro semanas. Já a sensação de perda de controle associado a essas situações de ingestão variou entre os 29% e os 38%, enquanto que a prática de exercício físico excessivo registou valores na ordem dos 18%. Neste sentido, os dados obtidos colocam por um lado o acto de comer (e respectiva perda de sensação de controle) com valores bastante significativos (Ingestão Alimentar Compulsiva) e, por outro lado, com frequências praticamente nulas actividades como a indução de vómito e a ingestão de laxantes. De algum modo, estes últimos indicadores acabam por não configurar um padrão tão “perigoso” dos comportamentos alimentares quando comparado com outros estudos nesta área. Por exemplo, Rosen, McKeag, Hough e Curly (1986) analisaram os métodos não saudáveis de controle de peso numa amostra feminina universitária de dez desportos e constataram que 32% das atletas tinham assumido pelo menos um comportamento de risco (e.g., indução do vómito, uso de diuréticos e laxantes, ingestão não controlada de fármacos para perda de peso, exercício excessivo e dieta muito restritiva). De igual modo, Anshel (2004) num estudo com estudantes de ballet verificou percentagens elevadas para um conjunto de comportamentos problemáticos, como sejam, as dietas (29.6%), o uso de laxantes (11%), o “saltar” refeições (25.9%) e a indução do vómito (14.8%).

Na distinção entre atletas com maior tendência para as desordens alimentares, este estudo indica uma maior disposição por parte das mulheres (em todas as dimensões do QADA) e dos atletas com os melhores registos desportivos ao nível da restrição. As diferenças entre sexos não representam uma novidade, uma vez que a literatura tem vindo a demonstrar a maior prevalência de problemas de

comportamento alimentar nas mulheres (Hausenblas & McNally, 2004; Sanford-Martens *et al.*, 2005; Stoutjesdyk & Jevne, 1993). No que se refere aos resultados desportivos, a comparação com a literatura é mais complexa e difícil, uma vez que não existem sequer indicações claras sobre a possibilidade do nível competitivo (e.g., recreativo, regional, nacional ou internacional) representar um factor de risco para as desordens alimentares (Hausenblas & McNally, 2004). Daí que Byrne e McLean (2001) defendam a necessidade das investigações se centrarem em atletas de níveis competitivos exigentes, tanto ao nível nacional como internacional. No nosso caso, todos os atletas competiam nas divisões e níveis mais elevados das respectivas modalidades, podendo deste ponto de vista representar uma melhoria na compreensão das exigências sentidas pelos melhores praticantes em termos dos comportamentos alimentares. Assim sendo, o facto dos atletas com os melhores registos desportivos (e.g., campeões nacionais) evidenciarem uma maior tendência para os comportamentos de restrição confirma a hipótese sugerida por alguns autores sobre o facto dos atletas mais competitivos (elite) reportarem uma maior tendência para os comportamentos alimentares de risco (Davis, 1992; Picard, 1999; Stoutjesdyk & Jevne, 1993). Um outro aspecto interessante, prendeu-se com a inexistência de diferenças nos comportamentos alimentares em função do tipo de modalidade. De facto, na diferenciação que efectuámos entre modalidades individuais e colectivas, procurámos distinguir entre atletas mais sujeitos às pressões relacionadas com o peso corporal (incluídos nos desportos individuais) e atletas menos pressionados deste ponto de vista (incluídos nos desportos colectivos). Neste sentido, alguns estudos têm procurado discriminar entre praticantes incluídos em modalidades onde o rendimento desportivo parece estar mais dependente do controle de peso corporal (ex: ginástica, natação, atletismo nas especialidades de “longa distância”, remo, patinagem, etc.) relativamente a outras onde este factor não parece tão preponderante (ex: futebol, basquetebol, andebol, hóquei, etc.) (Byrne & McLean, 2001; Sundgot-Borgen, 1994b). Também aqui os resultados têm sido algo inconsistentes, uma vez que existem resultados no sentido dos atletas mais “pressionados” pelo peso corporal assumirem maior risco para as desordens alimentares (Davis & Cowles, 1989; Petrie, 1996; Zucker, Womble, Williamson, & Perrin, 1999), enquanto que noutros estudos, tal como no nosso caso, não são encontradas diferenças (Hausenblas & McNally, 2004; Reel *et al.*, 2007; Sanford-Martens *et al.*, 2005).

Relativamente à importância dos factores psicológicos nas desordens alimentares, um dos aspectos mais evidentes deste estudo prendeu-se com o facto dos atletas com vontade em pesar menos (51.8% dos participantes) assumirem maior tendência para as desordens alimentares, quando comparados com os seus colegas que manifestaram a intenção em manter ou até aumentar de peso. A relevância deste factor é tanto maior pelo facto de existirem indicações sobre o facto dos atletas que manifestam vontade em perder peso experienciarem maior insatisfação corporal (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003) que, por sua vez, pode aumentar o risco para as dietas e comportamentos de controle de peso menos saudáveis (Sinton & Birch, 2005).

Por outro lado, a distinção entre atletas com maiores e menores pontuações no QADA (Lipsey *et al.*, 2006) acabou por confirmar a existência de diferenças nas dimensões psicológicas avaliadas. Neste caso, os atletas com maiores pontuações e, conseqüentemente, maior tendência para as desordens alimentares, evidenciaram menor satisfação com o corpo e forma física e, inversamente, índices mais elevados na percepção de pressão pelo treinador para a forma física, ansiedade (em todas as dimensões avaliadas), orientação para a tarefa, percepção de ameaça e motivação para a impressão. De um modo geral, pode-se constatar um padrão menos positivo em termos psicológicos nos atletas com mais comportamentos alimentares de risco. A relação destes aspectos com a literatura é algo problemática, uma vez que não existem muitas indicações em alguns dos domínios avaliados (e.g., ansiedade, motivação, percepção de ameaça e auto-apresentação). Já no que se refere ao papel dos treinadores, a relação dos dados obtidos com outros estudos é mais evidente, uma vez que os comentários críticos dos técnicos bem como as instruções para os atletas perderem peso representam factores promotores da vulnerabilidade para as desordens alimentares (Biesecker & Martz, 1999; Kerr, Berman, & De Souza, 2006; Muscat & Long, 2008). Ao nível dos processos de auto-apresentação, a investigação tem vindo a demonstrar a sua importância em termos da prática desportiva (Ginis & Leary, 2004; Hausembles, Brewer, & Van Raalte, 2004), levantando-se agora a hipótese deste factor poder estar também associado aos comportamentos alimentares. De facto, os atletas que manifestaram uma maior vontade em serem percebidas pelos outros como estando em boa forma ou serem praticantes desportivos (motivação para a impressão) apresentaram uma maior tendência para as desordens alimentares. Em termos de motivação, os dados apontaram a possibilidade de atletas mais propensos às desordens alimentares estarem mais orientados para a tarefa. Esta indicação pode ser algo discrepante face à investigação sobre o impacto das orientações motivacionais, onde habitualmente a orientação para a tarefa aparece associada a reacções mais positivas e adaptativas face à actividade desportiva (Roberts, 2001). Seja como for, também De Bruin, Bakker e Oudejans (2009) num estudo com atletas de ginástica e de dança constataram que tanto a orientação para a tarefa como para o “ego” estavam relacionadas com valores mais problemáticos em vários domínios, nomeadamente, na predisposição para as dietas, na utilização de métodos pouco saudáveis de controle de peso, no perfeccionismo e na percepção de pressão por parte dos pares. No nosso caso, o impacto da orientação motivacional não foi muito óbvio e claro, tanto mais que, como veremos a seguir, ambas as facetas não evidenciaram capacidade preditiva das dimensões do QADA. Neste sentido, torna-se necessário que a investigação futura procure analisar em maior profundidade o contributo desta dimensão psicológica nos comportamentos alimentares dos atletas.

No último tipo de análise efectuada, observámos os domínios psicológicos que melhor poderiam prever as desordens alimentares. Para tal, seguimos as indicações de Petrie e colaboradores (2007) ao sugerirem a necessidade de identificar os factores psicológicos associados às desordens alimentares,

uma vez que poderão contribuir para colocar os atletas em maior risco para este tipo de problemas. Os resultados obtidos demonstraram uma boa capacidade preditiva das variáveis psicológicas nas dimensões do QADA, particularmente na preocupação com o peso, na preocupação com a aparência física e na restrição. O controle de variáveis pessoais e desportivas nos modelos de regressão confirmou, como vimos anteriormente, a importância das diferenças de sexo, títulos nacionais alcançados e percepção de peso ideal que, no seu conjunto, devem merecer bastante atenção na compreensão das desordens alimentares em contextos desportivos. Quanto às dimensões psicológicas, e tendo por base os valores estatisticamente significativos, devem ser realçadas a satisfação com o corpo e forma física (“entrou” em todos os modelos de regressão), a motivação para a impressão (“entrou” em quatro dos modelos de regressão), a ansiedade nas vertentes somática e preocupação (“entraram” em três modelos de regressão), a percepção de ameaça (“entrou” num modelo de regressão) e a pressão do treinador para a forma física (“entrou” num modelo de regressão).

Do ponto de vista da ansiedade, este trabalho confirmou a relevância das dimensões somática e cognitiva na predição das desordens alimentares, particularmente na preocupação com a aparência física, na preocupação com o peso e no “score” total do QADA. Neste mesmo sentido, e num dos raros estudos sobre este tema, Holm-Denoma e colaboradores (2009) constataram, numa amostra de mulheres desportistas e não desportistas, que as atletas que competiam nos níveis competitivos mais exigentes experienciavam mais sintomas de bulimia e de insatisfação com o corpo. No nosso caso, esta última indicação é igualmente válida, uma vez que satisfação com o corpo e forma física representou uma variável preditora em todas as dimensões do QADA, significando isto que a tendência para as desordens alimentares é predita por menores “scores” nesta dimensão. A validade destas predições é ainda reforçada pela percepção de ameaça, observando-se que os atletas que tendem a avaliar a competição como mais negativa e stressante também estarão em maior risco para as desordens alimentares. A relação deste resultado com a ansiedade é bastante óbvia, uma vez que os processos de avaliação cognitiva, onde se inclui a percepção de ameaça, estão relacionados com as respostas emocionais e a capacidade de adaptação dos atletas ao stresse (Lazarus, 2000).

Um outro aspecto a realçar prende-se com os processos de auto-apresentação. De facto, este estudo confere a este domínio um papel muito importante na compreensão dos comportamentos alimentares dos atletas. Mais concretamente, foi possível verificar que a dimensão cognitiva deste fenómeno (motivação para a impressão) apresenta maior “peso” na explicação das desordens alimentares, marcada essencialmente pelo desejo pessoal dos atletas em transmitirem uma “impressão” positiva do ponto de vista físico e desportivo. Estes dados podem contradizer um pouco as predições de Ginis e Leary (2004) sobre os processos de auto-apresentação terem efeitos diversos consoante a imagem que as pessoas procuram transmitir aos outros. De facto, os autores colocam como hipótese a possibilidade das pessoas que valorizaram comportamentos e estilos de vida saudáveis assumirem

acções mais positivas para o seu bem-estar e ajustadas socialmente (ex: exercício físico). No nosso caso, é de colocar a questão de que a procura de um ideal positivo (estar em boa forma e parecer um atleta) poder resultar igualmente em comportamentos de risco para a saúde.

Por último, as acções dos treinadores também ganharam relevância neste estudo, tornando-se claro que uma atitude mais negativa e de pressão dos técnicos face à forma física prediz a tendência para as desordens alimentares. Neste sentido, e dado tratarem-se de acções e comportamentos concretos assumidos pelos treinadores, fará sentido a formação e sensibilização destes profissionais para padrões mais positivos e ajustados de interacção com os seus atletas.

Em síntese, apesar dos valores relativos à prevalência de desordens alimentares não ser alarmante neste estudo, os resultados relativos à relação com os factores pessoais, desportivos e psicológicos foi bem evidente. De facto, a compreensão deste problema pode ser facilitada pela consideração destes aspectos, tendo as mulheres e os atletas com melhores rendimentos desportivos revelado maior tendência para os comportamentos alimentares de risco. Paralelamente, as variáveis psicológicas, como a percepção de peso ideal, a satisfação, a avaliação cognitiva da competição, as reacções emocionais e os processos de auto-apresentação, conjuntamente com as variáveis relacionais, como é o caso da interacção com o treinador, assumiram-se como domínios centrais na explicação deste problema. No seu conjunto, estes resultados ajudam a confirmar a ideia de alguns autores sobre a necessidade prestarmos atenção à relação entre os comportamentos alimentares (mesmo quando estes não reúnem as condições para serem considerados disfuncionais do ponto de vista clínico) e a saúde e bem-estar dos atletas (Johnson, 1994; Sanford-Martens *et al.*, 2005).

REFERÊNCIAS

- Abraham, S. (1996). Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29(4), 218-222.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – Texto Revisado* (4ª ed.) (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi editores. (Publicação original 2000).
- Anshel, M.H. (2004). Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and non-dancers. *Journal of Sport Behavior*, 27, 115-133.
- Ashley, C.D., Smith, J.F., Robinson, J.B., & Richardson, M.T. (1996). Disordered eating in female collegiate athletes and collegiate females in an advanced program of study: A preliminary investigation. *International Journal of Sport Nutrition*, 6, 391-401.
- Bamber, D., Cockerill, I.M., Rodgers, S., & Carroll, D. (2003). Diagnostic criteria for exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 37, 393-400.
- Baumeister, R.F. (1982). A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin*, 91, 3-26.
- Bastiani, A.M, Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Beals, K.A., & Hill, A.K. (2006). The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 16, 1-23.
- Belling, L.R. (1992). *The relationship between social psysique anxiety and physical activity*. Unpublished master's thesis, University of North Caroline, Chapel Hill.
- Biddle, S.J.H., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Biesecker, A.C., & Martz, D.M. (1999). Impact of coaching style on vulnerability for eating disorders: An analog study. *Eating Disorders*, 7, 235-244.
- Blowers, L.C., Loxton, N.J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between socio-cultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4, 229-244.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture and the body*. Los Angeles: University of California Press.
- Bruin, A.P., Oudejans, R.R., & Bakker, F.C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 507-520.
- Buckley, W.A., Yesalis, C.E., Friedle, C.E., Anderson, W., Streit, A., & Wright, J. (1988). Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *JAMA*, 260, 3341-3445.
- Buckworth, J., & Dishman, R.K. (2002). *Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

- Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: A review of the literature. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4(2), 145-159.
- Carter J.C., Stewart D.A., & Fairburn, C.G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Chi, L. (2004). Achievement goal theory. In T. Morris, & J. Summers (Eds.), *Sport psychology: Theory, applications and issues* (2nd ed.) (pp. 152–174). Australia: John Wiley & Sons.
- Cogan, K.D. (2005). Eating Disorders: When Rations Become Irrational. In S. Murphy (Ed.). *The sport psych handbook*. (pp. 237-256). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Conroy, D.E., Motl, R.W., & Hall, E.G. (2000). Progress toward the construction of the Self-Presentation in Exercise Questionnaire. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 22, 21-38.
- Cruz, J.F. (1994). *Stress, ansiedade e rendimento na competição desportiva: Importância das competências e processos psicológicos*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F. (2006) *Questionário de Auto-Apresentação no Exercício (QA-AE) – Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F., & Gomes, A.R. (2007). *Escala de Ansiedade no Desporto (EAD-2) - Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F., & Matos, M.F. (1997). Avaliação psicológica de factores e processos motivacionais no desporto: Características psicométricas de instrumentos para adolescentes. In J. F. Cruz & A. R. Gomes, (Eds.), *Psicologia aplicada ao desporto e à actividade física: Teoria, investigação e intervenção* (pp. 325-337). Braga: Universidade do Minho-APPORT.
- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours and personality factors: A study of high performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 179-192.
- Davis, C., & Cowles, M. (1989). A comparison of weight and diet concerns and personality factors among female athletes and non-athletes. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 527-536.
- De Bruin, Karin A.P., Bakker, F.C., & Oudejans, R.R.D. (2009). Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and motivational climate in female gymnasts and dancers. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 72-79.
- De Bruin, Karin A.P., Oudejans, R.R.D., & Bakker, F.C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and nonaesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 507-520.
- DiBartolo, P.M., & Shaffer, C. (2002). A comparison of female college athletes and nonathletes: Eating disorder symptomatology and psychological well-being. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24, 33-41.

- Drinkwater, B.L., Loucks, A., Sherman, R.T., Sundgot-Borgen, J., & Thompson, R.A. (2005). Position stand on the female athlete triad. *IOC Medical Commission Working Group Women in Sport*. Retirado de http://multimedia.olympic.org/en_report_917.pdf
- Duda, J.L. (1992). Motivation in sport settings: A goal perspective approach. In G. C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp. 47-91). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Duda, J.L. (1993). Goals: a social-cognitive approach to the study of achievement motivation in sport. In R. Singer, M. Murphey, & L. K. Tennant (Eds.), *Handbook of research in sport psychology* (pp. 421-436). New York: Macmillan.
- Duda, J.L., & Whitehead, J. (1998). Measurement of goal perspectives in the physical domain. In J.L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 21-48). Morgatown: Fitness Information Technology.
- Dummer, G.M., Rosen, L.W., Heusner, W.W., Roberts, P.J., & Counsilman, J.E. (1987). Pathogenic weight-control behaviours of young competitive swimmers. *The Physician and Sports Medicine*, 15 (5), 75-84.
- Edwards, T., & Hardy, L. (1996). The interactive effects of intensity and direction of cognitive and somatic anxiety, and self-confidence upon performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 296-312.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating Disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn, (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 209-243). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn C.G., Wilson G.T. (1993). Binge Eating: definition and classification. In: C.G., Fairburn, G.T., Wilson. (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 3-14). New York: The Guilford Press.
- Ferrand, C., Magnan, C., Rouveix, M., & Filaire, E. (2007). Disordered eating, perfectionism and body-esteem of elite synchronized swimmers. *European Journal of Sport Science*, 7(4), 223-230.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. In G.M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Research methods in psychology* (3rd ed) (pp. 50-63). London: Sage.
- Fulkerson, J.A., Keel, P.K., Leon, G.R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and non-athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 73-79.
- Gammage, K.L., Hall, C.R., Prapavessis, H., Maddison, R., Haase, A., & Martin, K.A. (2004). Re-examination of the factor structure and composition of the Self- Presentation in Exercise Questionnaire (SPEQ). *Journal of Applied Sport Psychology*, 16, 82-91.

- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.
- Garner, D.M., Olmsted, 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*, 15-34.
- Giacobbi, Jr., P.R., & Weinberg, R.S. (2000). An examination of coping in sport: Individual trait anxiety differences and situational consistency. *The Sport Psychologist, 14*, 42-62.
- Ginis, K.A.M., & Leary, M.R. (2004). Self-presentational processes in health-damaging behaviour. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*, 59-74.
- Gomes, A.R. (2007). *Avaliação do Estado Físico e Desportivo (AEFD)*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Haase, A.M., Prapavessis, H., & Owens, R.G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 3*, 209-222.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate data analysis with readings* (4th ed.). Upper Saddle, NJ: Prentice-Hall.
- Hall, H.K, Kerr, A.W., Kozub, S.A., & Finnie, S.B. (2007). Motivational antecedents of obligatory exercise: The influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise, 8*, 297-316.
- Hardy, L. (1990). A catastrophe model of performance in sport. In J. G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport* (pp. 81-106). Chichester, UK: Wiley.
- Harris, M.B., & Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 12*, 427-433.
- Haskell, W.L. (1994). Physical/Physiological/Biological outcomes of physical activity. In H. A. Quinney, L. Gauvin, & A.E. Wall (Eds.), *Toward Active Living: Proceedings of the international conference on physical activity, fitness and health* (pp. 17-24). Champaign: Human Kinetics.
- Hausemblas, H.A., Brewer, B.W., & Van Raalte, J.L. (2004). Self-presentation and exercise. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*, 3-18.
- Hausemblas, H.A., & McNally, K.D. (2004). Eating disorder prevalence and symptoms for track and field athletes and nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*, 274-286.
- Hausemblas, H.A., & Symons, D.D. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise, 3*, 89-123.

- Hewitt, P.L., Flett, G.L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes. Characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317-326.
- Holm-Denoma, J.M, Scaringi, V., Gordon, K.H., Van Orden, K.A., & Joiner Jr., T.E. (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 47-53.
- Johnson, M.D. (1994). Disordered eating in active and athletic women. *Clinics in Sports Medicine, 13*, 355-369.
- Kerr, G., Berman, E., & De Souza, M. (2006). Disordered eating in women's gymnastics: Perspectives of athletes, coaches, parents and judges. *Journal of Applied Sport Psychology, 18*, 28-43.
- Krane, V. (1993). A practical application of the anxiety-athletic performance relationship: The zone of optimal functioning hypothesis. *The Sport Psychologist, 7*, 113-126.
- Kurtzman, F.D., Yager, J., Landsverk, J., Wiesmeier, E., & Bodurka, D.C. (1989). Eating disorders among selected female student population at UCLA. *Journal of the American Dietetic Association, 89*, 45-53.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (2000). How emotions influence performance in competitive sports. *The Sport Psychologist, 14*, 229-252.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Grange, D., Tibbs, J., & Noakes, T.D. (1994). Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school. *International Journal of Eating Disorders, 15* (4), 369-376.
- Leary, M.R. (1992). Self-presentation processes in exercise and sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 14*, 339-351.
- Leary, M.R. (1994). *Self-presentation: Impression management and social behavior*. Dubuque, IA: Brown & Benchmark.
- Leary, M.R., & Kowalski, R.M. (1990). Impression management: A literature review and two component model. *Psychological Bulletin, 107*, 34-47.
- Leary, M.R., Tchividjian, L.R., & Kraxberger, B.E. (1994). Self-presentation can be hazardous to your health: Impression management and health risk. *Health Psychology, 13*, 461-470.
- Lester, R., & Petrie, T. (1995). Personality and physical correlates of bulimic symptomatology among Mexican-American female college students. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 199-203.
- Lipsey, Z., Barton, S.B., Hulley, A., & Hill, A.J. (2006). "After a workout" Beliefs about exercise, eating and appearance in female exercisers with and without eating disorder features. *Psychology of Sport and Exercise, 7*, 425-436.

- Luce, K.H., Crowther, J.H., & Pole, M. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 273–276.
- Machado, P.P.P. (2007). *Questionário de alimentação: EDE-Q5.2*. Centro de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Madison, J.K., & Ruma, S.L. (2003). Exercise and athletic involvement as moderators of severity in adolescents with eating disorders. *Journal of Applied Sport Psychology, 15*, 213-222.
- Martens, R., Burton, D., Vealey, R.S., Bump, L.A., & Smith, D.E. (1990). Development and validation of the Competitive State Anxiety inventory-2 (CSAI-2). In R. Martens, R.S. Vealey, & D. Burton (Eds.), *Competitive anxiety in sports* (pp.117-190). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Martin, K.A., & Leary, M.R. (2001). Self-presentational determinants of health risk behaviour among college freshman. *Psychology and Health, 16*, 17-27.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 53-62.
- Morgan, W.P. (1979). Negative addiction in runners. *Physican and Sports Medicine, 7*, 57-70.
- Mori, D., Chaiken, S., & Pliner, P. (1987). "Eating lightly" and the self-presentation of femininity. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 693-702.
- Muscat, A.C., & Long, B.C. (2008). Critical comments about body shape and weight: Disordered eating of female athletes and sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology, 20*, 1-24.
- Nicholls, J. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice and performance. *Psychological Review, 91*, 328-346.
- Nicholls, J.G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). (3rd ed.) *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Otis, C.L., Drinkwater, B., Johnson, M., Louks, A., & Wilmore, J. (1997). American College of Sports Medicine position stand: The female athlete triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 29*, 1-9.
- Pasman, L., & Thompson, K.J. (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 759-769.
- Petrie, T.A. (1996). Differences between male and female college lean sport athletes, nonlean sport athletes, and non-athletes on behavioral and psychological indices of eating disorders. *Journal of Applied Sport Psychology, 8*, 218-230.
- Petrie, T.A., & Greenleaf, C. (2007). Eating disorders in sport: From theory to research to intervention. In G. Tenenbaum, & R. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (3rd ed.) (pp. 352-378). Hoboken, NJ: Wiley.

- Petrie, T.A., Greenleaf, C., Carter, J.E., & Reel, J.J. (2007). Psychosocial correlates of disordered eating among male collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 1*, 340-357.
- Petrie, T.A., & Stoeber, S. (1993). The incidence of bulimia nervosa and pathogenic weight control behaviors in female collegiate gymnasts. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 64*, 238-241.
- Picard, C. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 583-594.
- Pliner, P., & Chaiken, S. (1990). Eating, social motives, and selfpresentation in women and men. *Journal of Experimental Social Psychology, 26*, 240-254.
- Prapavessis, H. (2004). Introduction to self-presentation in exercise and sport. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*, 1-2.
- Raich R. (2001). Anorexia e Bulimia. McGraw-Hill.
- Reel, J.J., SooHoo, S., Doetsch, H., Carter, J.E., & Petrie, T.A. (2007). The female athlete triad: Is the triad a problem among division I female athletes? *Journal of Clinical Sport Psychology, 1*, 358-370.
- Roberts, G.C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational processes. In G. C. Roberts (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp. 1–51). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rosen, L.W., McKeag, D.B., Hough, D.O., & Curly, V. (1986). Pathogenic weight-control behaviour in female athletes. *The Physician and Sports Medicine, 14*(1), 79-86.
- Rosen, L.W., & Hough, D.O. (1988). Pathogenic weight control behaviours of female college gymnasts. *The Physician and Sports Medicine, 16*, 141-144.
- Rotella, R.J., & Lerner, J.D. (1992). Responding to competitive pressure. In T. Horn (Ed.), *Advances in sport psychology* (pp. 528-541). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sanborn, C., Horea, M., Siemers, B., & Dieringer, K. (2000). Disordered eating and the female athlete triad. *Clinics in Sport Medicine, 19*, 199-213.
- Sanford-Martens, T.C., Davidson, M.M., Yakushko, O.F., Martens, M.P., Hinton, P., & Beck, N. (2005). Clinical and subclinical eating disorders: An examination of collegiate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 17*, 79-86.
- Schlenker, B.R., & Weigold, M.F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual Review of Psychology, 43*, 133-168.
- Sharma, S. (1996). *Applied multivariate statistics*. New York: John Wiley.
- Sherman, R.T., Thompson, R.A., Dehass, D., & Wilfert, M. (2005). NCAA Coaches Survey: The Role of the Coach in Identifying and Managing Athletes with Disordered Eating. *Eating Disorders, 13*(5), 447-466.
- Sinton, M.M., & Birch, L.L. (2005). Weight status and psychosocial factors predict the emergence of dieting in preadolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 346-354.

- Smith, A., & Petrie, T. (2008). Reducing the risk of disordered eating among female athletes: A test of alternative interventions. *Journal of Applied Sport Psychology, 20*, 392-407.
- Smith, R.E., Smoll, F.L., Cumming, S.P., & Grossbard, J.R. (2006). Measurement of multidimensional sport performance anxiety in children and adult: The sport anxiety scale-2. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 28*, 479-501.
- Smith, R.E., Smoll, F.L., & Schutz, R.W. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety Research, 2*, 263-280.
- Smolak, L., & Murnen, S.K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Eating Disorders, 31*(2), 136-1
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S., & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 247-262.
- Stoutjesdyk, D., & Jevne, R. (1993). Eating disorders among high performance athletes. *Journal of Youth and Adolescence, 22*, 271-282.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Presence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition, 3*, 29-40.
- Sundgot-Borgen, J. (1994a). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 26*(4), 414-419.
- Sundgot-Borgen, J. (1994b). Eating disorders in female athletes. *Sports Medicine, 17*, 176-188.
- Szabo, A., Frenkl, R., & Caputo, A. (1997). Relationships between addiction to running, commitment to running and deprivation from running: A study on the internet. In R. Seiler (Ed.), *European Yearbook of Sport Psychology*, Vol. 1 (pp. 130-147).
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Gillies, C., & Hayward, M.E. (1985). The implications of anorexia nervosa in a ballet school. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 177-181.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). New York: HarperCollins.
- Thompson, R., & Sherman, R. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T. (1999). "Good athlete" traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders, 7*, 181-190.
- Walling, M., Duda, J., & Chi, L. (1993). The perceived motivational climate in sport questionnaire: Construct and predictive validity. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 15*, 172-183.
- Weinberg, R., & Gould, D. (2007). Addictive and unhealthy behaviours. In R. Weinberg & D. Gould (Eds.), *Foundations of sport and exercise psychology* (pp.463-488). Champaign, IL:Human Kinetics.
- Zucker, N.L., Womble, L.G., Williamson, D.A., & Perrin, L.A. (1999). Protective factors for eating disorders in female college athletes. *Eating Disorders, 7*, 207-218.