

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**As Representações Sociais das Perturbações do Comportamento
Alimentar**

Ana Luísa Junça da Silva

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientador:
Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Junho, 2009

Agradecimentos

Este é para mim um dos capítulos mais importantes desta tese, por ser aqui que posso mencionar o nome de pessoas que para mim são muito especiais e me ajudaram a que este trabalho pudesse ter um início, um meio e um fim.

Agradeço especialmente aqueles que despenderam generosamente do seu tempo sem que eu possa alguma vez retribuir tamanha generosidade.

Agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Carla Moleiro, pelo seu trabalho enquanto orientadora e por toda a ajuda prestada ao longo do desenvolvimento desta dissertação;

Agradeço também à Professora Doutora Madalena Ramos, do Departamento de Métodos Quantitativos, por todos os conhecimentos estatísticos que me ensinou ao longo destes anos e ainda pela sua ajuda na aplicação dos questionários e no tratamento estatístico dos dados;

A todos os Docentes do ISCTE, em especial aos Docentes da Área da Psicologia Social e das Organizações, pelos conhecimentos que me transmitiram e pelo contributo importante que tiveram na minha formação;

Às minhas amigas e colegas,

À minha colega e amiga, Filipa Afonso, pela ajuda, apoio constante, tempo perdido, partilha de conhecimentos e inquietações, incentivo e solidariedade demonstrados. À minha colega e amiga, Rute Rodrigues por me ter ajudado na recolha de dados em ambos os estudos, sem a qual teria sido impossível desenvolver este trabalho. À minha colega e amiga Vânia Borges por todo o apoio nas alturas mais difíceis, pelos incentivos e por toda a amizade e carinho.

Quero ainda agradecer a todas as amigas que fiz nesta Instituição, ao longo destes cinco anos, pelas quais nutro uma grande amizade e que sempre se interessaram e motivaram com as suas palavras. Obrigada Cláudia Feijão, Mariana Campos e Vera Borges.

A todos os meus colegas, os quais tão pronta e solícitamente me responderam à imensidão de perguntas colocadas.

Gostaria também de agradecer a todos os meus amigos por terem paciência para os meus desabaços constantes, por me apoiarem, por compreenderem a minha ausência e por me ajudarem a descontraír em alturas de stress. Em suma, por serem bons amigos.

À minha amiga Vânia, minha estrelinha, onde quer que estejas, obrigada pela força, pela amizade e protecção que me deste e continuas a dar e que fizeram com que eu acreditasse neste projecto.

À minha avó e tia pelo incentivo e apoio que demonstraram ao longo destes anos. À minha avó Custódia, minha estrela guia, onde quer que me estejas a ver, obrigado por teres inculcido em mim a força, a confiança e o espírito de luta e sacrifício necessários para a vida.

E porque dizem que os últimos são os primeiros,

Um agradecimento do fundo do coração ao meu pai, pelo exemplo de força e perseverança que sempre foi na minha vida, pelo apoio incondicional que me dá, por me ter ensinado a lutar e por me ter feito acreditar. Á minha mãe adorada, talvez a mais prejudicada com este meu regime de reclusão forçada, cujas palavras de ânimo sempre foram reconfortantes, a paciência reparadora, o carinho infundo, a força inspiradora, a sua sabedoria e o apoio incondicional.

Ao meu filho, o menino dos meus olhos, por toda a ajuda, apoio e compreensão, e acima de tudo por tornar a minha vida mais colorida.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho o meu profundo agradecimento.

Resumo

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), das quais se destacam a Anorexia e a Bulimia Nervosa, são perturbações psicológicas caracterizadas pelo medo intenso de engordar, insatisfação corporal e pela percepção corporal distorcida. Para a sua génese e manutenção concorrem factores biológicos, psicológicos e psicossociais. O presente estudo teve como objectivo central explorar as representações sociais das PCA entre leigos. Ademais, como objectivo específico, pretendeu-se também verificar a existência de diferenças nas representações encontradas entre sexos e entre os contextos da recolha de dados. Foram realizados dois estudos, de natureza qualitativa e quantitativa. No primeiro realizaram-se grupos de discussão focalizada para identificar características associadas a pessoas com PCA. A partir da análise de conteúdo, que identificou características físicas, psicológicas e comportamentos alimentares típicos, bem como factores etiológicos, elaborou-se um questionário para o Estudo II. Este foi realizado em contexto universitário (n=71) e laboral (n=43), com um total de 114 participantes. Os resultados mostraram que as características mais frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar foram ser jovem, do sexo feminino, magra, com aspecto frágil, com comportamento alimentar descontrolado e dietas rígidas, baixa auto-estima, elevados níveis de ansiedade e depressão, sem auto-controlo, carente, sensível, introvertida e perfeccionista. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, com a excepção do facto das mulheres tenderem a atribuir mais características positivas e neutras do que os homens. Foram ainda encontradas 3 dimensões de factores etiológicos – individuais, socioculturais e psicopatológicas. Finalmente, foram encontrados 3 perfis das representações sociais através de Análise de Correspondências Múltiplas.

Palavras-Chave: Perturbações do Comportamento Alimentar; Anorexia Nervosa;
Bulimia Nervosa; Representações Sociais.

PsycINFO Classification Categories and Codes da Associação Americana de Psicologia:

3040 Social Perception & Cognition

3260 Eating Disorders

Abstract

Eating Disorders, such as Anorexia and Bulimia Nervosa, are psychological disorders characterized by the fear of becoming fat and cognitive distortions about one's body. There are biological, psychological and psycho social conditions which contribute to their etiology. Our aim in this study was to explore the social representations of eating disorders among lay people. We also intend to analyze the possible differences in social representations between genders and contexts. Two studys were developed - a qualitative and quantitative one. In the first one, we conducted focus groups in order to identify characteristics related to eating disorders. Through content analysis, we identified physical characteristics, psychological characteristics and eating behaviors, as well as etiologic conditions. We were, then, able to develop a questionnaire for the second study. This study took place in the Academic (n=71) and Professional Contexts (n=43), with 114 participants overall. Results showed that being young, female, thin, with a fragil appearance, with disordered eating behavior, diet self-restriction, low self-esteem, high levels of anxiety and depression, without self-control, sensitive, shy, perfectionist and needy, were all related to Eating Disorders. There were not significant differences between genders, with the exception of the fact that women tended to relate more positive and neutral characteristics than men. We found 3 dimensions of etiologic factors – individual, socio cultural and psychopathological. Finally, we found 3 profiles of social representations through Multiple Correspondence Analysis.

Keywords: Eating Disorders; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Social Representations.

PsycINFO Clasification Categories and Codes from the American Psychological Association:

3040 Social Perception & Cognition

3260 Eating Disorders

Índice Geral

	Página
Resumo	i
Abstract	ii
1. Introdução	1
I. Capítulo 1 - Fundamentação Teórica	5
1. Perturbações do Comportamento Alimentar	5
1.1 Anorexia Nervosa	6
1.1.2 Sintomatologia	7
1.1.3 Características e Perturbações associadas	8
1.1.4 Prevalência	9
1.2 Bulimia Nervosa	10
1.2.1. Sintomatologia	11
1.2.2. Características e Perturbações associadas	12
1.2.3. Prevalência	13
1.3. Etiologia das PCA	14
1.4. Epidemiologia	20
2. Representações Sociais	21
II. Capítulo 2 - Estudo Exploratório	27
1. Objectivos do Estudo	28
2. Estudo I	29
2.1. Método	30
2.1.1. Participantes	30
2.1.2. Instrumento	30
2.1.3. Procedimento	31
2.2. Resultados	34
2.2.1. Perturbação do Comportamento Alimentar em geral	35
2.2.2. Anorexia Nervosa	35
2.2.3. Bulimia Nervosa	36
2.2.4. Etiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar	37
3. Estudo II	40
3.1. Método	40
3.1.1. Participantes	40

3.1.2.	Instrumento	45
3.1.3.	Procedimento	47
3.2.	Resultados	48
3.2.1.	Representações Sociais	48
3.2.1.1.	Representações Sociais das PCA em Geral	48
3.2.1.2.	Representações Sociais da Anorexia Nervosa	49
3.2.1.3.	Representações Sociais da Bulimia Nervosa	49
3.2.1.4.	Representações Sociais da Etiologia das PCA	50
3.2.2.	Análise Factorial da Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA	51
3.2.3.	Análise de Conteúdo	56
3.2.4.	Análise de diferenças das representações sociais entre grupos	58
3.2.4.1.	Sexo Feminino vs. Masculino	58
3.2.4.2.	Contexto Laboral vs. Universitário	59
3.2.5.	Configuração Topológica do Espaço em Análise	59
3.2.5.1.	Representações Sociais das PCA	60
3.2.5.2.	Representações Sociais da Anorexia Nervosa	63
3.2.5.3.	Representações Sociais da Bulimia Nervosa	66
IV.	Capítulo 4 – Interpretação dos Resultados	69
4.	Discussão	70
5.	Referências	79
6.	Anexos	89
	Anexo A – Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes	90
	Anexo B – Análise de Fidelidade das Escalas de Representações Sociais	94
	Anexo C – Análise Descritiva e Análise de Comparação de Médias	99
	Anexo D – Análise Factorial em Componentes Principais	113
	Anexo E – Análise de Correspondências Múltiplas	121

Índice de Tabelas

<i>Estudo I</i>	29
Tabela 1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra – Estudo I.....	30
Tabela 2. Guião dos Grupos de Discussão Focalizada.....	31
Tabela 3. Características associadas às PCA	35
Tabela 4. Características associadas à Anorexia Nervosa.....	36
Tabela 5. Características associadas à Bulimia Nervosa.....	37
Tabela 6. Factores associados à etiologia das PCA.....	38
<i>Estudo II</i>	40
Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica.....	45
Tabela 2. Posicionamento dos participantes nas Características positivas, negativas e neutras das 3 Escalas de Representações Sociais.....	48
Tabela 3. Posicionamento dos participantes na Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA.....	50
Tabela 4. Posicionamento dos participantes nas 3 componentes	54
Tabela 5. Representação do factor mais influente na etiologia das PCA.....	54
Tabela 6. Representação do segundo factor mais influente na etiologia da PCA...	55
Tabela7. Representação do terceiro factor mais influente na etiologia da PCA	55

1 – Introdução

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações que reflectem a confluência entre condicionantes psicológicos, determinantes biológicos e factores socioculturais (Sampaio, 2005).

A Anorexia e a Bulimia Nervosa são principais perturbações neste campo. Inerentemente a ambos os casos predomina a insatisfação corporal, a preocupação exacerbada com o peso, o medo de engordar e consequente desejo de perder peso (e.g. Thompson, Coovert & Stormer, 1999; Polivy & Herman, 2002; Cooley e Toray, 2001; Heatherton, Mahamedi, Striepe, Field & Kell, 1997; Stice & Agras, 1998).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV- Text Review - DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association - APA, 2002), na Anorexia Nervosa prevalece a restrição auto imposta dos alimentos que ocorre progressivamente. Tende a começar por uma simples dieta e pode conduzir à desnutrição. Paralelamente existe uma auto-percepção negativa e irreal das (des)formas do corpo aliada ao acentuado medo de engordar e consequentemente uma continuação do processo de restrição alimentar. A Bulimia Nervosa caracteriza-se pela ocorrência de comportamentos compulsivos de ingestão alimentar seguidos de estratégias compensatórias para suprimir o que se ingeriu (e.g. vômito auto-induzido, abuso de laxantes e/ou diuréticos, períodos de jejum, exercício físico excessivo). Tendencialmente o peso não sofre alterações violentas e tende a enquadrar-se na curva normal correspondente à idade e altura (DSM-IV-TR, APA, 2002).

De facto, estas perturbações confirmam-se como a terceira perturbações psicológica mais comum entre mulheres e raparigas (Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000). Além de terem consequências graves (Sampaio, 2005), problematizam-se pela tendência para a cronicidade e recaída (e.g., Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000). Ademais, evidências empíricas mostram que a incidência das PCA aumentou nas últimas décadas (Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001; Sampaio, 2005).

Até à data, e segundo Shapiro (1988), existe necessidade de investigação das PCA mas não só no âmbito clínico. A ponte entre a Psicologia Clínica e da Saúde releva as necessidades existentes no conhecimento científico de um e outro campo. Contudo, a nível das PCA, denota-se uma lacuna entre estudos que estabeleçam a ponte entre o conhecimento clínico e social acerca das representações sociais das PCA.

Se estas perturbações existem na sociedade, será premente compreender como é que as mesmas são percebidas e representadas por leigos. Porém, a literatura ainda é omissa relativamente ao estudo das representações sociais das PCA. Será o conhecimento leigo similar ao científico? Em última instância será útil perceber que tipos de papel terão estas representações sobre os comportamentos sociais (e.g. auto-ajuda e entreaajuda). Tendo em conta que as PCA envolvem a discrição e sentimentos de vergonha (DSM-IV-TR, APA, 2002), terá esta representação um papel de bloqueio na procura de ajuda?

As Representações Sociais são conjuntos de ideias e conteúdos que facilitam a comunicação e interacção quotidiana (Moscovici, 1994). É essa forma peculiar de compreender os acontecimentos e comunicar no dia-a-dia que caracteriza uma sociedade em particular (Moscovici, 1984, cit. in Krause, 2002). As representações sociais são construídas social e não individualmente.

De acordo com Jodelet (1988, cit. in Joffe, 2002), as representações sociais permitem organizar os conteúdos e diferentes significados em categorias, facilitando a compreensão, descrição e explicação do que ocorre à nossa volta.

Inegavelmente, a representação social é determinante na forma como compreendemos e nos posicionamos face a algo. Ou seja, são estas que influem fortemente nas nossas opiniões, atitudes e comportamentos face ao que acontece. Com efeito, a forma como as PCA são definidas socialmente irá influir sobre os nossos juízos de valor e comportamentos sobre as mesmas.

Efectivamente se reconhece quão complexas são as PCA, bem como a diversidade de características presentes nas pessoas que as desenvolvem. Qual a representação social das PCA que veicula entre pessoas que não têm acesso ao conhecimento teórico-científico? Como são caracterizadas socialmente as pessoas com PCA? Haverá diferenças na representação social de bulímicas e anorécticas? Que factores são considerados socialmente como preditores e perpetuadores das PCA? São estas algumas das questões que servem de ponto de partida para o presente trabalho.

Deste modo, este estudo possui dois objectivos gerais: 1) a identificação e definição das representações sociais de pessoas com PCA. Para a obtenção destas, este estudo visa a identificação de padrões de características físicas, psicológicas e padrões alimentares. Por outro lado, também é nosso objectivo geral: 2) Determinar a representação social da multiplicidade de factores que estão na base do desenvolvimento das PCA. Ademais, como objectivo específico, pretende-se analisar a existência (ou não) de diferenças nas

representações sociais das PCA entre sexos (o sexo masculino e feminino) e diferentes contextos de recolha de dados (universitário e laboral).

Deste modo, pretende-se não só identificar as representações sociais das PCA, mas também perceber até que ponto se enquadram com a perspectiva teórica do conhecimento empírico-científico.

Por conseguinte, é pertinente a explicitação de perspectivas teóricas que abordam a temática das PCA e das representações sociais. A revisão de literatura, descrita no Capítulo I está dividida em dois subcapítulos. O primeiro aborda as PCA e subdivide-se em duas partes: a) a Anorexia Nervosa, e; b) a Bulimia Nervosa. O segundo remete para a temática das Representações Sociais e expõe as principais abordagens.

Este enquadramento teórico serve de base para a realização metodológica deste estudo. Para dar resposta aos objectivos supra citados realizaram-se dois estudos, um de natureza qualitativa e outro quantitativa. Assim, no Capítulo II procede-se à apresentação do Estudo I e Estudo II, dos seus participantes, instrumentos utilizados, procedimentos adoptados na recolha dos dados, tratamento e análise dos dados. Por fim, no Capítulo III, são apresentados os resultados obtidos nos dois estudos. Finalmente, procede-se à análise e discussão dos resultados, bem como as conclusões e recomendações para futuros estudos. Nesta parte também se evidenciam as principais limitações do trabalho realizado e as implicações dos resultados obtidos na definição de representações sociais de pessoas com PCA.

Capítulo I - Fundamentação teórica

Perturbações do Comportamento Alimentar

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) não são uma perturbação psiquiátrica recente. É um problema de saúde mental que afecta a comunidade há muitos anos, muito embora só na década de 80 é que as mesmas se tornaram foco sistemático de investigação por parte de clínicos e cientistas (Shapiro, 1988).

Sampaio, em 2002, descreve as PCA como perturbações psicológicas representadas por graves alterações do comportamento alimentar regular e com consequências ao nível psicológico, social e biológico, não só para o próprio, como também para a família e amigos mais próximos. Cooper e Fairburn (1992) salientam que as PCA caracterizam-se pela preocupação patológica com o peso e consequente imagem corporal como principal fonte de auto-estima. Esta preocupação exacerbada é personificada pela percepção corporal distorcida e consequente insatisfação corporal e pelo medo intenso de engordar. Por conseguinte, tendem a originar um comportamento alimentar de carácter ritualizado. Este uma vez iniciado pode gerar um ciclo auto-perpetuado de destruição física e emocional (Hoek, 2003), afectando também o funcionamento psicossocial (Fairburn, 1998; Lamoreux & Bortorf, 2005).

As PCA dividem-se em 2 tipologias principais: a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Contudo, isto não significa que outras PCA não sejam relevantes ou nefastas.

Existem aspectos comuns às diferentes patologias, como é o caso da distorção da imagem corporal (DSM-IV-TR, APA, 2002). Porém, o quadro de diagnóstico clínico apresenta singularidades inerentes a cada uma delas.

Os critérios de diagnóstico para estas perturbações têm sofrido alterações decorrentes do aumento de investigação das mesmas (APA, 1994). É de constatar as próprias alterações ao nível do manual de diagnóstico - *DSM*. Assim, no DSM-III-R (APA, 1993), quer a Anorexia Nervosa, quer a Bulimia Nervosa estavam enquadradas na secção das “Perturbações com Primeiras Evidências na Infância ou Adolescência”. Já no DSM-IV-TR (APA, 2002) aparecem enquadradas numa secção própria e específica com o nome “Perturbações do Comportamento Alimentar”. Nesta edição do DSM-IV-TR foi incluída uma nova categoria de PCA – a Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação. Esta categoria tem a finalidade de codificar perturbações que não preenchem os critérios necessários ao diagnóstico de um quadro clínico de Anorexia ou de Bulimia Nervosa (DSM-IV-TR - APA, 2002).

Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa é a mais antiga das PCA. Esta foi descrita pela primeira vez em 1694 por um médico inglês, R. Morton (Kinder, 1997). Este descreveu-a enquanto “*atrofia ou consumpção nervosa*” decorrente de “*violentas paixões do espírito*” (Sampaio, 2005, p. 379). Apesar desta descoberta, as primeiras descrições clínicas da doença surgiram somente no séc. XIX, cerca de 200 anos mais tarde. Em 1868, esta perturbação fora inicialmente considerada como uma forma peculiar de doença tipicamente caracterizada por uma desnutrição eminente que afectava sobretudo as jovens mulheres (Sampaio, 2005). Com efeito, Gull, em 1873, denominou-a como Anorexia Nervosa. Na mesma época, Laségne designou-a enquanto “*anorexia histérica*” (cit. in Sampaio, 2005, p.379).

Outros autores como Bruch (1973), Crisp (1980), Feighner (1972) e Russell (1970) foram decisivos para caracterização clínica desta perturbação (cit. in Kinder, 1997). Ao longo da sua conceptualização clínica existiram vários pontos de discórdia entre os diferentes investigadores. Nomeadamente, quanto à idade de surgimento desta perturbação e quanto ao nível mínimo de perda de peso para constituir-se enquanto parte do quadro clínico da Anorexia Nervosa.

Alguns autores sugeriam que a perturbação ocorreria entre os 11 e os 25 anos (e.g. Norris, 1979, cit. in Kinder, 1997). Muito embora o grupo etário predominante da Anorexia Nervosa seja a adolescência, esta perturbação pode ocorrer em idades anteriores ou mais tardias. Por conseguinte, no DSM-IV (APA, 1997) o critério de diagnóstico acerca do período etário de surgimento da perturbação deixou de ser mencionado.

Também a percentagem de perda de peso mínimo considerado como critério para o quadro clínico da Anorexia Nervosa gerou alguma controvérsia. Enquanto alguns autores sugeriam uma perda de 25% (Feighner, 1972, cit. in Kinder, 1997), outros oscilavam entre os 10 e os 20% (Dally, 1969, cit. in Kinder, 1997). Na terceira edição do DSM (APA, 1980) considerou-se como critério de diagnóstico uma perda de 25 por cento do peso. Todavia, na quarta edição revista do DSM este critério foi alterado para uma avaliação do enquadramento do peso mínimo em função da idade e altura. Por conseguinte, pessoas com peso 85% abaixo do nível normal mínimo para a idade e altura (na presença de outros sintomas) poderão estar enquadradas no quadro clínico da Anorexia Nervosa (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Outra alteração na conceptualização do quadro clínico no DSM-IV (APA, 1997) foi a sua sub-tipificação: (1) *Anorexia Nervosa Restritiva*, caracterizada por uma dieta rígida e uma negação irreal em manter o peso normal; e a (2) *Anorexia Nervosa do tipo Ingestão Compulsiva ou Tipo Purgativa* (também conhecida como Anorexia Nervosa Bulímica), onde predominam as crises de voracidade alimentar e os comportamentos compensatórios típicos de episódios bulímicos. Basicamente, no primeiro tipo, a perda de peso baseia-se na restrição alimentar e no exercício físico excessivo (Sampaio, 2005). Na segunda tipologia imperam os episódios de ingestão compulsiva seguidos de estratégias compensatórias para a perda de peso (e.g. os vômitos auto-induzidos, o uso e abuso de laxantes, diuréticos ou recurso frequente a enemas) (Crisp, Hsu, & Harding, 1980). Esta sub-tipificação reflecte os resultados de pesquisas que reflectem a existência de diferenças entre as tipologias. Nomeadamente, pessoas com Anorexia Nervosa do Tipo Ingestão Compulsiva tendem a ser mais velhas e mais pesadas (Kinder, 1997). Por norma, têm um historial de doenças físicas e um menor auto-controlo sobre os impulsos (DaCosta, & Halmi, 1992; Pryor, 1995).

Sintomatologia

Actualmente, e de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Anorexia Nervosa caracteriza-se pela recusa da manutenção do peso corporal mínimo para a idade, pela percepção corporal distorcida, pelo medo intenso de engordar e por alterações nos ciclos menstruais.

No caso das adolescentes ou mulheres após a menstruação, sucede a amenorreia. Nas raparigas pré-púberes, a menstruação tende a atrasar-se.

O quadro clínico sugere que pessoas com Anorexia Nervosa têm, pelo menos, um peso corporal 85% inferior ao nível normal mínimo para a sua idade e altura. A Classificação Internacional das Doenças (CID-10, *World Health Organization*, 1992) valoriza também o Índice de Massa Corporal ($[\text{peso}/(\text{altura})^2]$) onde os valores normais se enquadram entre 18.5 e 25. Assim, face a índices menores ou iguais a 17.5, na presença de outros sintomas, é altamente provável a presença da Anorexia Nervosa. Não obstante, a determinação do peso normal mínimo engloba não só estes padrões quantitativos, mas também a história de desenvolvimento corporal e ponderal.

Invariavelmente, na Anorexia Nervosa prevalece a restrição dos alimentos auto-imposta que tende a ocorrer progressivamente (Bouça & Sampaio, 2002). Pode ser desencadeada a partir de uma dieta leve (e.g. retirar alimentos calóricos da alimentação)

e conduzir a uma restrição rígida (dieta baseada em poucos alimentos diários).

Paralelamente, podem ocorrer métodos adicionais, como os purgativos (e.g., vômito e/ou uso de laxantes ou diuréticos) ou o aumento do exercício físico (Crisp, Hsu, & Harding, 1980). Muito embora, a perda de peso seja intensa, o medo de engordar não diminui, muito pelo contrário.

Estas pessoas experienciam crença exasperadas e irreais das (des)formas do corpo aliadas a um intenso medo de engordar e, conseqüentemente, uma prossecução do processo de restrição alimentar. A forma como percebem o próprio corpo difere de pessoa para pessoa (House, Eisler, Simic, & Micali, 2008). Da mesma maneira que umas se sentem totalmente gordas, outras sentem-se gordas em determinadas partes do seu corpo, especialmente o abdômen, as nádegas e as pernas (Thompson & Thompson, 1986).

A sobrevalorização do corpo é notória (Cash & Brown, 1987), daí que estas pessoas tendam a avaliá-lo repetidamente de diferentes formas (Hsu, 1982) (e.g. pesagens repetitivas, medição obsessiva de partes do corpo que consideram problemáticas e auto-verificação minuciosa das partes do corpo através do espelho). Esta sobrevalorização física advém da dependência entre a auto-estima e a elegância/magreza. Se por um lado, a perda de peso é entendida como um indício de auto-disciplina e uma conseqüente melhoria da auto-estima, o aumento do peso significará uma falha do auto-controle.

Tendencialmente, as anorécticas parecem não se queixar do problema. A negação ou a ausência de consciência do problema é uma característica frequentemente associada a esta perturbação (Goldberg, Halmi, Eckert, Casper, Davis, & Roper, 1980).

Há indícios de que quanto mais cedo for descoberta a existência da perturbação melhor será o prognóstico da mesma (Kinder, 1997).

Características e perturbações associadas

A hora da refeição é um dos períodos diários problemáticos para as pessoas com Anorexia Nervosa. Não raramente são observadas características obsessivo-compulsivas relacionadas (ou não) com a comida (Kinder, 1997). Quanto maior a subnutrição, maior tende a ser a obsessão-compulsão com a comida (e.g. armazenamento de comida às escondidas, obsessão com a quantidade calórica dos alimentos, cortar a comida em pequenas porções, ingerir pouca quantidade de alimentos sempre no mesmo horário) (DaCosta & Halmi, 1992).

Estas pessoas tendem a ser perfeccionistas e a ter uma elevada necessidade de controlar tudo o que se encontra à sua volta. Paralelamente à baixa auto-estima coexiste a ausência ou o baixo nível de auto-eficácia (e.g. Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, & Heatherton, 1999). Geralmente são pessoas tímidas, cuja espontaneidade social é diminuída e ostentam dificuldade de iniciativa e inibição emocional – dificuldade em expressar ou discutir emoções (Scott, 1987).

O seu estilo de pensamento é caracteristicamente rígido e inflexível com contornos dicotómicos (e.g. sim-não; bom-mau) – tendência para classificar todas as experiências em categorias opostas (Brush, 1973, cit. In Kinder, 1997).

Algumas pessoas com esta perturbação revelam sintomas depressivos, como o humor depressivo, a irritabilidade, a insónia, o isolamento social e a diminuição do interesse sexual (Kinder, 1997). Ou seja, podem apresentar sintomas englobados no quadro clínico da Perturbação Depressiva *Major*.

A Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo e a Anorexia Nervosa do Tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo difere em termos de auto-controlo dos impulsos (DaCosta & Halmi, 1992; Pryor, 1995). É a tipologia de ingestão compulsiva que se apresenta como mais vulnerável a problemas de controlo dos impulsos (e.g. álcool, drogas) (Coover, Kinder, & Thompson, 1989). Por outro lado, é também esta tipologia que evidencia uma maior perturbação do humor e uma maior frequência de ideação suicida (Abraham, & Beaumont, 1982).

A Anorexia Nervosa é frequentemente associada a outras perturbações psicológicas, tais como Perturbação da Personalidade, Ansiedade, Obsessionalidade e Abuso de Substâncias (e.g. Pollice, Kaye, Greeno, & Weltzin, 1997; Toner, Garfinkel, & Garner, 1986; Toner, Garfinkel, & Garner, 1988).

Prevalência

De um modo geral, cerca de 90% das pessoas que têm Anorexia Nervosa são mulheres (Stangler, & Printz, 1980). Contudo, a incidência desta perturbação revela um aumento nas últimas décadas, não só no sexo feminino, mas também no sexo masculino (Sampaio, 2005). O autor sugere que este aumento pode dever-se ao incremento de consciencialização da perturbação.

As taxas de prevalência associadas a esta perturbação variam entre 0.5%-1% no sexo feminino (Jones, Fox, Babigian, & Hutton, 1980, cit. in Kinder, 1997). Nos homens, a prevalência é cerca de 1/10 da das mulheres (DSM-IV-TR, APA, 2002).

É nas sociedades industrializadas, onde a quantidade de alimentos é farta e o ideal de beleza é a magreza, que a Anorexia Nervosa parece ser mais incidente (Nasser, 1988; Hoek, 2003). Esta tende a ser mais comum em países como os Estados Unidos da América, Canadá, países da Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul (Rolland, Farnill, & Griffiths, 1997). Porém, os estudos acerca da sua prevalência noutras culturas são escassos. A existência de emigrantes de culturas, cuja prevalência da Anorexia é menor, poderá ser explicada pela interiorização das normas culturais da cultura de acolhimento (Fairburn, & Beglin, 1990).

Em termos raciais, a Anorexia Nervosa evidencia ser mais incidente entre a população branca. Contudo, estudos preliminares reportam um aumento da prevalência da perturbação em população negra (Hsu, 1987).

Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa foi identificada em 1892, por Osler (Kinder, 1997). A sua conceptualização clínica não tem sido consensual, não só relativamente à sua denominação, como também no que respeita ao seu quadro clínico.

A Bulimia Nervosa começou por ser considerada como um subtipo da Anorexia Nervosa. Por exemplo, Ehrensing e Weitzman (1970) nomearam-na como *anorexia bulimia nervosa* (Kinder, 1997). Já Button e Whitehouse, em 1981, identificaram-na como *anorexia nervosa sub-clínica* (Kinder, 1997).

Contudo, existiram também menções à perturbação enquanto psicopatologia independente da Anorexia Nervosa. Nesta perspectiva temos as contribuições de Boskind-Lodohl e White, em 1978, que a referiram como *bulimarexia*. Ondercin, em 1979, definiu-a como *comportamento alimentar compulsivo* e Wardle, em 1980, identificou-a como uma *síndrome de binge eating* (Kinder, 1997).

Os episódios de voracidade alimentar são descritos em inúmeras publicações. Todavia, somente em 1979 através de Russell (cit. in Sampaio, 2005), é que a Bulimia Nervosa é considerada uma entidade clínica independente da Anorexia Nervosa. Com efeito, na terceira edição do DSM a Bulimia Nervosa alcançou o estatuto de entidade separada da Anorexia Nervosa (Kinder, 1997).

À semelhança do que acontece com a Anorexia Nervosa, também a Bulimia Nervosa é composta por duas sub-tipologias clínicas (DSM-IV-TR, APA, 2002): (1) *Bulimia Nervosa de tipo Purgativo*, onde as estratégias compensatórias envolvem a provocação

do vômito ou o abuso de laxantes, diuréticos e/ou enemas e (2) a *Bulimia Nervosa de tipo Não Purgativo*, onde as estratégias compensatórias restringem-se ao exercício físico intenso ou o jejum prolongado entre as crises de ingestão alimentar compulsiva.

Outra alteração na quarta edição do DSM é reforço do critério de que as crises de ingestão alimentar compulsiva e os comportamentos compensatórios devem ocorrer, em média, duas vezes por semana, num período igual ou superior a três meses.

Contudo, a maior alteração do terceiro para o quarto DSM é o critério que torna a Bulimia Nervosa não exclusiva da Anorexia Nervosa (Pryor, 1995).

Sintomatologia

Segundo a quarta edição revista do DSM (APA, 2002), a Bulimia Nervosa é caracterizada pela ocorrência de comportamentos compulsivos de ingestão alimentar aliados a estratégias compensatórias inadequadas para eliminar o que foi ingerido (vômitos auto-induzidos, jejuns, abuso de laxantes, diuréticos, enemas ou outras medicações e/ou o exercício físico excessivo). Os comportamentos de ingestão compulsiva e os compensatórios devem ocorrer, em média, pelo menos duas a três vezes por semana, durante um período mínimo de três meses. Nos casos graves, o ciclo vicioso ingestão-purgação tende a ocorrer várias vezes por dia e atinge o seu pico à noite (Sampaio, 2005).

Um episódio de ingestão compulsiva é definido pela ingestão de uma elevada quantidade de alimentos (quantidade superior ao que a maioria das pessoas consegue ingerir em circunstâncias análogas) num curto período de tempo (aproximadamente duas horas). Frequentemente, os alimentos de alto valor calórico (e.g. bolos, doces) são os privilegiados nos episódios de voracidade alimentar. Porém, o foco da ingestão compulsiva não é o tipo, mas a quantidade de alimento ingerida. O estudo realizado por Mitchell, Pyle e Eckert (1981) reporta uma média de 3.415 calorias por episódio, podendo variar entre as 1.200 e 11.500 calorias. Estes episódios tendem a durar, em média, 1.18 horas, contudo podem ter uma duração de 15 minutos a 8 horas.

Tendencialmente, as pessoas com Bulimia Nervosa esforçam-se por manter a sua perturbação alimentar em segredo devido à sensação de vergonha que lhe é inerente. Com efeito, o episódio de ingestão compulsiva caracteriza-se por um consumo extremamente rápido quer seja premeditado ou não. O episódio termina quando a pessoa atinge a sensação de mal-estar físico ou de dor de barriga. Os episódios de ingestão compulsiva tendem a ocorrer conjuntamente com uma sensação de perda de

controlo do comportamento alimentar. Irrevogavelmente, estes episódios causam mal-estar, auto-crítica depreciativa e humor depressivo.

Por norma, estes episódios são desencadeados pela fome intensa advinda de períodos de restrição alimentar, pela vivência de sentimentos desagradáveis (e.g. raiva, abandono, solidão), estados de humor disfórico, acontecimentos interpessoais stressantes ou sentimentos negativos relacionados com o peso, o corpo e/ou a comida.

Tal como na Anorexia Nervosa, na Bulimia Nervosa existe um medo intenso de engordar, um elevado desejo de perder peso e uma alta insatisfação corporal (e.g. Kaye, Greeno, Moss, Fernstrom, Lilenfeld, Weltzin & Mann, 1998; Stein, Kaye, Matsunaga, Orbach, Har-EvenFrank, McConaha & Rao, 2002). Na tentativa de contrabalançar os episódios de ingestão alimentar, as pessoas com Bulimia Nervosa recorrem a estratégias compensatórias inadequadas como forma de impedir o aumento do peso. A técnica mais usada é o vómito auto-induzido. Este método alivia a sensação de desconforto físico e reduz o medo de engordar. Outros comportamentos purgativos englobam o abuso de diuréticos ou laxantes após o episódio. Não raramente, pode haver alternância entre episódios de ingestão compulsiva, períodos de restrição alimentar (durante um ou mais dias) e/ou exercício físico excessivo (Crisp, Hsu & Harding, 1980).

Destes factos constata-se que a auto-avaliação das pessoas com Bulimia Nervosa é afectada exacerbadamente pela percepção do peso e da forma corporal (Wilmuth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro, & Gross, 1985), a qual está intimamente ligada à auto-estima. A percepção corporal e a auto-imagem são frequentemente afectadas por distorções cognitivas (Kinder, 1997). A preocupação intensa com o peso e forma corporal tende a ser maior do que nas anorécticas (Thompson, Berland, Linton, & Weinsier, 1986).

Características e perturbações associadas

Usualmente, a Bulimia Nervosa ocorre sobretudo no final da adolescência ou em adultos jovens (Sampaio, 2005; Strangler & Printz, 1980). Por norma, as pessoas que desenvolvem esta perturbação têm um historial de realização de dietas. Há indícios de que estas pessoas tenham peso superior ao dos seus amigos antes do desenvolvimento da PCA (Kinder, 1997).

Devido às estratégias compensatórias o peso não sofre alterações eminentes. Tendencialmente, as pessoas com Bulimia Nervosa propendem a ter o peso enquadrado

na curva normal correspondente à idade e altura, embora haja casos onde este esteja acima ou abaixo dos padrões normais (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Nos antecedentes pessoais destas pessoas encontra-se, frequentemente, historial de obesidade, abuso de álcool e/ou tóxicos (Hatsukami, Owen, Pyle, & Mitchell, 1982, cit. in Kinder, 1997).

As pessoas com Bulimia Nervosa caracterizam-se por um deficiente controlo dos impulsos e por recorrerem frequentemente ao abuso de álcool e drogas para lidarem com situações de stress ou sentimentos negativos (Mizes, 1985). Têm tendência a desenvolver sintomatologia depressiva (e.g. baixa auto-estima) que pode ser acompanhada de ideação suicida ou Perturbações do Humor (Abraham, & Beaumont, 1982). Pode ainda ocorrer o aumento do nível de ansiedade (e.g. fobia social) ou de Perturbações da Ansiedade (Hatsukami et al, 1984, cit in Kinder, 1997).

Tendencialmente, os bulímicos caracterizam-se por serem pessoas facilmente irritáveis, passivos, fracos e constrangidos (Mizes, 1985). Por norma, mantêm relações afectivo-sexuais impulsivas e instáveis. Podem ainda ser envolvidos em roubos e outros actos anti-sociais, sendo também frequente a coexistência da Perturbação Estado-limite da Personalidade (Mitchell, & Pyle, 1985, cit. in Kinder, 1997).

Alguns resultados apontam que as pessoas com Bulimia do Tipo Purgativo têm maior propensão ao desenvolvimento de sintomas depressivos e maiores preocupações com o peso e o corpo quando comparadas com as da Tipologia Não Purgativa (Kinder, 1997; Mizes, 1985).

A evolução da perturbação manifesta ser crónica ou intermitente alternando entre períodos de interrupção e períodos de ingestão compulsiva. Os períodos de interrupção superiores a um ano são preditores de um melhor prognóstico da perturbação (Herzog, Keller, & Lavori, 1988).

A Bulimia Nervosa agrava o risco futuro de obesidade, perturbações de humor, tentativas de suicídio, perturbações de ansiedade, consumo de substâncias e problemas de saúde (e.g. Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002; Stice, & Shaw, 2004).

Prevalência

Aproximadamente 90% das pessoas com Bulimia Nervosa são mulheres (Strangler, & Printz, 1980). A prevalência desta perturbação varia entre 1.0%-3% no sexo feminino. Na população masculina, a prevalência é de aproximadamente um décimo das mulheres (Pearson, Goldkang, & Striegel-Moore, 2002).

Existe alguma evidência do aumento da incidência desta perturbação (Sampaio, 2005). Segundo os autores, esta deve-se à crescente pressão cultural para a beleza (magreza) e conseqüente sobrevalorização do corpo e da atractividade.

Por conseguinte, a Bulimia Nervosa é mais prevalente nas sociedades industrializadas onde ser atraente significa ter um corpo esbelto e perfeito (Drenowski, Hopkins, & Kessler, 1988) (e.g. Estados Unidos da América, Canadá, países da Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul). Porém, não existem muitos estudos sobre a prevalência da perturbação noutras culturas. Talvez por isso, a sua prevalência e incidência seja muito reduzida em pessoas de raça negra (Hsu, 1987).

Etiologia das PCA

Quer a Anorexia Nervosa, quer a Bulimia Nervosa podem começar através de simples preocupações com a comida e/ou o peso. Todavia, na maioria dos casos são muito mais do que simples preocupações com a comida. Tendencialmente, as pessoas que desenvolvem estas perturbações usam a comida como forma de compensar sentimentos e emoções que podem de alguma forma ser devastantes (Sampaio, 2005). Para algumas pessoas fazer dieta e/ou ter episódios de comer compulsivamente e vomitar pode começar como uma forma de lidar com emoções dolorosas e sentir algum controlo na vida (Gendall, Joyce, Sullivan & Joyce, 1998). Contudo, a longo prazo, estes comportamentos colocam em risco não só a saúde física e mental, mas também a auto-estima, o sentido de controlo e auto-eficácia.

As causas que conduzem ao desenvolvimento das PCA são multifactoriais e atingem vários níveis (Polivy, & Herman, 2002; Striegel-Moore, & Kearney-Cooke, 1994). Sampaio (2005) refere que as mesmas resultam da confluência entre condicionantes idiossincráticos, determinantes biológicos e factores socioculturais.

Deste modo, os factores mais estudados e validados empiricamente como intercessores das PCA são múltiplos. Alguns têm sido entendidos como inerentes ao próprio indivíduo, enquanto outros envolvem experiências pessoais e parecem ocorrer algures entre o ambiente e o indivíduo (Polivy, & Herman, 2002).

Os *factores de natureza idiossincrática* são diversos. Na sua maioria, são condições que não actuam por si só, mas ao interagirem multiplamente aumentam o risco da PCA.

O *índice de massa corporal elevado* (Stice, 2002), a *percepção corporal errónea* (Montheath, & McCabe, 1997), a *insatisfação corporal* (Thompson, Coover, & Stormer, 1999), bem como a *realização de dietas* (Neumark, Butler & Palti, 1995;

Gendall, Joyce, Sullivan & Bulik, 1998) têm sido factores relacionados com o desenvolvimento e manutenção das PCA. Outros autores sugerem que as PCA concentram *distorções cognitivas* (e.g. Gleaves, Lowe, Snow, Green, & Murphy-Eberenz, 2000) - pensamentos obsessivos (sobre comida/comer, peso/forma e matérias relacionadas, juízos incorrectos (percepção corporal distorcida) e padrões rígidos de pensamento (formação de esquemas negativos do corpo). Estas *distorções cognitivas* têm um papel importante na génese das PCA.

Por outro lado, a revisão de literatura não negligencia o papel de perturbações psicológicas. Perturbações como a *perturbação do humor* (Godart, Flament, Lecubrier, & Jeammet, 2000), especificamente a *perturbação depressiva* (e.g., Raffi, Rondini, Grandi & Fava, 2000); e os *elevados níveis de ansiedade interpessoal* (e.g., Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, 2002) também se encontram fortemente associados ao desenvolvimento das PCA.

Incontornavelmente, as *influências afectivas* têm sido reportadas nos estudos da análise da relação entre a afectividade negativa e as PCA. Apesar da emocionalidade negativa não constituir uma condição necessária nem suficiente, por si só, para desencadear as PCA, estados de stress e de humor negativo são geralmente identificados como fortes antecedentes para as PCA (e.g., Leon, Keel, Klump & Fulkerson, 1997). Deste modo, a relação funcional entre o *afecto negativo* e os sintomas destas perturbações tem sido proposta por diversos autores (e.g. Gendall, Joyce, Sullivan & Bullik, 1998).

A *baixa auto-estima* pode conduzir a uma diversidade de perturbações, incluindo as PCA (e.g. Cervera, Lahortiga, Martinez-Gonzalez, Gual, Irala-Estévez & Alonso, 2003). A investigação confirma que as jovens com baixa auto-estima são mais susceptíveis de desenvolver PCA nos anos subsequentes (Gual, Pérez-Gaspar, Martínez-González, Lahortiga, Irala-Estévez & Cervera-Enguix, 2002). Por outro lado, alguns autores sugerem que a baixa auto-estima, quando associada a variáveis como o *perfeccionismo*, *insatisfação corporal* e o *afecto negativo* (e.g. Leon, Keel, Klump & Fulkerson, 1997) funciona como um preditor de pior prognóstico para as pessoas com PCA.

Teoricamente, o *perfeccionismo* está associado a pessoas com PCA (Kaye, Greeno, Moss, Fernstrom, Lilenfeld, Weltzin, & Mann, 1998), embora por si só não seja uma condição necessária ao desenvolvimento destas perturbações. Conjuntamente com condições como a *insatisfação corporal*, *baixa auto-eficácia*, *declínio da consciência*

interoceptiva, obsessionalidade, elevados índices de depressão, ansiedade e/ou baixa auto-estima tem recebido alguma consideração como factor de risco nas PCA (e.g. Stein, Kaye, Matsunaga, Orbach, Har-EvenFrank, McConaha, & Rao, 2002).

A *ausência de consciência interoceptiva* – a dificuldade em identificar emoções e estados internos, incluindo tanto esta dos fisiológicos quanto estados emocionais - (Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995) tem sido referenciada como causa e como consequência das PCA (e.g. Leon et al, 1995). Uma deficitária consciência interoceptiva pode resultar em confusão, na medida em que origina uma interpretação errada das emoções (e.g., fome) e compromete a alimentação. Assim, pessoas com Anorexia Nervosa não percebem a sensação de fome, embora tenham fome. Da mesma forma, pessoas com Bulimia comem porque percebem que sentem fome quando, na realidade, não têm (Pryor, 1995).

Empiricamente, tem-se verificado que a *acentuada auto-crítica* é também um factor de risco de desenvolvimento das PCA (Kearney-Cooke, & Strigel-Moore, 1997), tal como a *necessidade de controlo*, em relação à alimentação e outros aspectos do comportamento (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999).

Outro grupo de factores tem sido implicado como justificativo do desenvolvimento das PCA, os *factores interpessoais*. Neste campo, Os *factores familiares* têm sido reportados como importantes para a génese e/ou manutenção dos quadros de PCA. Schur, Sander e Steiner (2000) referem que a *família* pode desempenhar um poderoso papel no desenvolvimento das PCA. No campo familiar, vários têm sido os estudos que analisam os diferentes tipos de influência exercida pela família no surgimento das PCA.

Alguns estudos enfatizam a forma como o *ambiente familiar* (e.g. Casper & Troiani, 2001), as *interacções familiares* (e.g. Rorty, Yager, Rossotto & Buckwalter, 2000) e as *competências dos pais*, podem afectar o aparecimento das PCA (e.g., Vandereycken, 1993). Estes estudos têm evidenciado a existência de algumas características comuns (e.g. sobreprotecção familiar, ausência de autonomia, pouca comunicação, evitamento dos conflitos, resistência à mudança) em famílias com crianças com PCA (Vandereycken, 1993). Contudo, e devido à inexistência de consensualidade nos resultados, permanece por esclarecer o padrão de interacção específica que se encontra causalmente relacionado com o desenvolvimento das PCA.

A *modelagem comportamental da imagem corporal e das PCA* tem sido, igualmente, apontada como um mecanismo através do qual os pais transmitem as suas próprias

atitudes e valores afectando o comportamento e atitudes dos filhos relacionadas com o peso e forma corporal (Hill, & Franklin, 1998, cit. in Sampaio, 2005).

Por outro lado, não é só no ambiente familiar que se verificam condições que aumentam o risco de desenvolvimento das PCA. Igualmente, a *influência dos pares* é indicada como um contributo importante para a precipitação das PCA (e.g., Levine, Smolak & Hayden, 1994). As adolescentes aprendem atitudes (e.g., a importância da magreza) e comportamentos (e.g., dietas ou indução de vômito) com os seus pares (Levine et al, 1994). Assim, alguns autores suportam a hipótese de que, tal como os pais, exercem influência na modelagem directa da imagem corporal e das PCA, também os pares exercem essa influência (e.g. Stice, 2002).

Teoricamente, também o *suporte social percebido* da família e dos amigos é importante na génese e/ou manutenção da PCA. A literatura evidencia que quanto menor o *suporte social percebido*, menor será a percepção de aceitação, valorização e apoio pelos pais e pelos pares. Logo, maior será a vulnerabilidade para a PCA (e.g. Stice, Maxfield, & Wells, 2003).

Por conseguinte, o *feedback específico* em relação à aparência durante períodos críticos da infância e da adolescência (Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn, & Thompson, 1999) aumenta o risco de adopção de comportamentos e atitudes distorcidas pelos jovens. Ou seja, os *comentários trocistas* acerca do *tamanho e/ou peso* tendem a ter efeito negativo face à percepção da forma do corpo e, posteriormente, contribuem para o desenrolar da PCA (Cattarin & Thompson, 1994). Neste campo, são os pares que detêm um papel de destaque (comparativamente aos pais), na medida em que constituem as maiores fontes de críticas (e.g. Thompson & Coover, 1995).

Alguns autores apontam determinadas experiências ao longo do *percurso de vida* como um factor propiciante da PCA. Com efeito, as *experiências interpessoais*, frequentemente agregadas ao desenvolvimento das PCA, incluem situações de abuso sexual, trauma e humilhação (e.g. Kent & Waller, 2000). Porém, a ausência de evidências empíricas neste campo faz com que acontecimentos traumáticos ou de vida não constituam *per se* factores de risco particulares das PCA (Schaaf & McCanne, 1994). Este tipo de acontecimentos só aumenta o risco da PCA quando associado a efeitos de moderação e mediação de outras variáveis (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), como por exemplo, o baixo suporte social.

A investigação demonstra que as *relações pessoais tumultuosas* (e.g., Raffi, et al, 2000) e a *dificuldade em expressar emoções e sentimentos* (Stice & Whitenton, 2002)

podem desempenhar um papel etiológico na necessidade de agradar aos outros pelo aspecto. Consequentemente, esta necessidade actuará como factor etiológico no desenvolvimento de preocupações acerca do corpo, insatisfação corporal e/ou PCA (Stice, 2002).

Ainda, dentro dos *factores* etiológicos das PCA estão os *socioculturais*. Estes têm sido copiosamente considerados como um dos agentes mais importantes no desenvolvimento de condições propícias ao surgimento da percepção corporal errónea, imagem corporal negativa, dietas restritivas de calorias e mesmo PCA (e.g., Vandereycken, 1993).

As *pressões culturais* actuais veneram cada vez mais a magreza e valorizam a obtenção de corpos perfeitos. Se por outro lado, “ser gordo” é significado de pouco saudável, feio, incompetente e mesmo imoral (Levine et al, 1994), por outro lado, “ser magro” está associado à atracção, a ser feliz e bem sucedido, aceite, respeitado e a um estilo de vida saudável (Smolak, Murnen & Thompson (2005).

Todavia, o grau de influência destes factores difere de cultura para cultura. Alguns autores apontam a *cultura de abundância calórica* como uma causa imperativa na etiologia das PCA (e.g. Stice, 2002). Quando esta cultura coexiste associada à *pressão social para a magreza* são factores que servem a etiologia e manutenção das PCA (e.g. Abraham, & Beaumont, 1982).

Muitas pessoas arriscam o seu bem-estar e a sua saúde para se assemelharem aos modelos e actores que vêem quotidianamente nos *media*. A *adopção de ídolos* associados à beleza e a um corpo perfeito propendem para a interiorização do ideal de magreza e insatisfação corporal e, consequentemente, para o acréscimo do risco da PCA (e.g., Cattarin, Thompson, Thomas & Williams, 2000). Por conseguinte, os *mass media* são, em parte, responsabilizados pelo aumento da incidência das PCA, na medida em que as imagens veiculadas de magreza (sinónimo de elegância) motivam, ou mesmo pressionam, o alcance dum ideal de beleza inexecutável (Polivy & Herman, 2002).

Com efeito, a pressão para ser magro proveniente dos *media*, da família e dos pares, contribui para a interiorização do ideal de magreza e para uma valorização excessiva e generalizada da importância da aparência (Stice, 2002). Deste modo, a percepção da discrepância entre a forma/peso real e ideal do corpo pode originar numa percepção corporal errónea e/ou num sentimento de insatisfação corporal e baixa auto-estima (e.g., Gendall et al, 1998).

Em suma, parece ser consensual que as pressões socioculturais exercidas pela família, pelos pares e pelos *media* têm um papel crucial na emergência das PCA. Contudo, não é unânime qual dos três agentes detém a maior responsabilidade na etiologia e manutenção da PCA.

Para alguns autores, os *factores biológicos* seriam de origem biológica e genética. Contudo, a aceitação da sua importância na etiologia das PCA tem merecido alguma relutância, na medida em que alguns autores apontam-nos como causas, outros como consequências (Polivy & Herman, 2002). Com efeito, os investigados continuam à procura de possíveis causas biológicas ou químicas na etiologia das PCA.

Alguns estudos demonstram que algumas áreas do cérebro responsáveis pela fome, apetite e digestão não funcionam equilibradamente na presença de uma PCA (Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1991). Por exemplo, há estudos que reportam a *hipersensibilidade do receptor de serotonina e noradrenalina* no cérebro como um papel importante no desenvolvimento da PCA (Cowen, Clifford, Walsh, Williams, & Fairburn, 1996). Por outro lado, alguns investigadores consideram a existência de uma *perturbação do funcionamento neuroendócrino*. Porém, alguns autores chamam a atenção ao facto das PCA não se cingirem estritamente ao apetite (e.g. Polivy & Herman, 2002). Assim, parece não ser consensual compatibilizar a existência de uma perturbação neuroendócrina explicativa das PCA.

O papel dos *genes* na etiologia das PCA também tem sido alvo de investigação através da genética molecular (e.g. Kaye et al, 1998). Alguns estudos reportam a existência de relações entre cromossomas específicos e PCA. Porém, devido ao escasso apoio empírico não é prudente considerar os genes responsáveis pela emergência das PCA (Kinder, 1997).

Alguns autores salientam que as PCA são de origem familiar. Há estudos que demonstram o papel das *contribuições genéticas* sobre as PCA (e.g. Kaye et al, 1998). As evidências empíricas reforçam que os familiares de 1º grau de doentes com PCA têm um risco de contrair essas perturbações 6 a 10 vezes maior do que a população em geral (Sampaio, 2005).

Estudos efectuados com gémeos reportam níveis elevados de correlação positiva entre hereditariedade e PCA (e.g. Leon et al, 1997). Estes autores referem que 50 a 83% da variância das PCA é melhor explicada geneticamente. Incontestavelmente, estes resultados sugerem que os factores genéticos assumem alguma relevância para as PCA. Contudo, estudos posteriores sugerem que também existe uma correlação positiva

elevada entre as PCA e factores ambientais. Os resultados sugerem que 17% a 46% da variância das PCA pode ser explicada por factores ambientais não partilhados por ambos os irmãos (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000). Estes resultados apontam para um conjunto de condições ambientais (relações parentais diferenciais, tratamento diferenciado entre irmãos, comentários acerca do peso/corpo, experiências com o grupo de pares e acontecimentos de vida) que influenciam o surgimento da PCA em apenas um dos irmãos (Kaye et al, 1998). Com efeito, parece mais prudente afirmar-se que a etiologia das PCA inclui factores hereditários, cuja natureza não está completamente esclarecida (Sampaio, 2005).

Em suma, os múltiplos factores apontados são importantes, mas provavelmente não são suficientes para a génese das PCA. Cada um deles, de forma isolada, pode não constituir uma condição de risco suficiente. Parece ser a sua acção conjunta que propicia a transformação do risco na PCA. Com efeito, deve considerar-se as PCA etiologicamente multi-determinadas (Kinder, 1997).

Epidemiologia

Os estudos de prevalência das PCA referem que estas tendem a ocorrer maioritariamente no sexo feminino (e.g. Strangler, & Printz, 1980) e na fase da adolescência ou no início da idade adulta (Kinder, 1997). Porém, isto não significa que outras fases da vida estejam fora do risco da sua ocorrência. Existem evidências que reportam um aumento do número de casos em crianças e adolescentes pré-púberes (entre os 7 e os 13 anos) nas últimas duas décadas (e.g., Sampaio, 2005; Machado, et al., 2001). Da mesma forma que existem casos no sexo masculino e em mulheres de idade adulta e avançada (Hsu, 1987).

A Bulimia Nervosa tem uma incidência superior à Anorexia Nervosa (1%-3% face a 0.5%) (Hoek, 2003). Contudo, ambas as perturbações têm-se tornado mais comuns nas últimas décadas (Sampaio, 2005). Kinder (1997) menciona que este aumento pode dever-se ao acréscimo da consciência e do conhecimento médico e público das PCA.

As PCA são mais incidentes em países industrializados cuja norma cultural associe o conceito de atractividade a magreza (Strangler & Printz, 1980). Porém, estes resultados são pouco consistentes devido à ausência de estudos noutras culturas (Kinder, 1997).

Existem poucos estudos de prevalência destas perturbações que inclua não só grupos de raça branca (Fairburn & Beglin, 1990). Dados preliminares de estudos com pessoas de raça negra referem um aumento da prevalência das PCA neste grupo (Hsu, 1987).

Em Portugal os estudos epidemiológicos sobre as PCA são escassos (Machado, et al., 2001). Contudo, os resultados encontrados são similares aos de outros países ocidentais (Machado, 2001, cit. in Bouça & Sampaio, 2002). Os resultados destes estudos apontam para uma prevalência maior da Bulimia Nervosa comparativamente à Anorexia Nervosa, entre adolescentes e jovens do sexo feminino (e.g. Carmo, Reis, Varandas, Bouça, Padre-Santo, Neves, Sampaio & Galvão-Teles, 1996 e 1999).

Nas últimas duas décadas tem havido um aumento da atenção sobre estas perturbações (Machado, et al., 2001). Porém, e apesar dos progressos, ainda há muito por estudar e compreender acerca das PCA - mais ainda, quando existem evidências do aumento da incidência destas perturbações (e.g. Sampaio, 2005). Alguns autores relacionam o aumento desta incidência com o incremento de conhecimento médico e científico sobre as PCA (Kinder, 1997). De facto, o conhecimento médico e científico das PCA tem vindo a aumentar devido às inúmeras investigações realizadas no âmbito clínico. Todavia, até que ponto os leigos têm acesso a esse conhecimento? Ou melhor, que conhecimentos acerca das PCA veiculam entre a população leiga?

As pontes entre a Psicologia Clínica e Social são várias e existem a vários níveis. Os investigadores têm-se focado na forma como determinadas questões acerca da saúde mental são percepcionadas socialmente. Com efeito, tem sido alvo de investigação as representações sociais de Perturbações Psicológicas (Krause, 2002), de saúde e doença (e.g. Murray, & Flick, 2002; Flick, Fischer, Schwartz, & Walter, 2002), de saúde mental (Morant, 1998), entre outras. Entre os estudos que abordam as representações sociais de perturbações psicológicas destaca-se a Depressão (Ratty, Ikonen, & Honkalampi, 2006) e a Esquizofrenia (Petry, 2009).

Até à data, não existe literatura que apresente a forma como as PCA são representadas socialmente entre a população leiga. O conhecimento da forma como as PCA são encaradas pelo senso comum é importante devido ao papel na compreensão da perturbação e conseqüente comportamento e atitude face à mesma, em particular, o comportamento de pedido de ajuda.

Representações Sociais

A Psicologia Social das Representações Sociais tem vindo a questionar teorias que ignoram, por um lado, o peso do pensamento dos indivíduos na construção da

sociedade, e por outro lado, o próprio contexto social na qual os indivíduos pensam (Murray, 2002).

A relação entre o pensamento do indivíduo e o sistema sociocultural abrangente tem sido claramente sub-representada (Moscovici, 1961, cit. in Vala, 2004). Assim, a Teoria das Representações Sociais foca-se no grupo, na compreensão do simbolismo e da comunicação relacionada com todas as questões sociais. Fornece ainda ferramentas valiosas para mostrar como as forças socioculturais têm impacto sobre os pensamentos e acções do indivíduo sobre a saúde (Joffe, 2002).

Existem várias definições válidas para as representações sociais. Estas podem ser entendidas como uma modalidade de conhecimento socialmente elaborado e partilhado com um objectivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum e um conjunto social (Jodelet, 1989, cit. in Krause, 2002). Ou seja, referem-se a um fenómeno comum a todas as sociedades – a produção de sentido para os acontecimentos quotidianos. Não obstante, são os indivíduos que possuem um papel activo nesta construção. Estes não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social (Vala, 2004).

Moscovici (1994) considera que as representações sociais dizem respeito aos conteúdos do pensamento quotidiano e ao conjunto de ideias que conferem coerência às crenças religiosas, políticas e às ligações criadas espontaneamente entre elas. Mais ainda, defende que são elas que tornam possível a categorização de pessoas e de objectos. Segundo o autor, será através desta categorização que é possível comparar e explicar comportamentos, bem como objectificá-los como parte do contexto social (Moscovici, 1988, cit. in Joffe, 2002). As representações sociais são ainda concebidas como uma rede interactiva de conceitos e imagens cujos conteúdos evoluem continuamente ao longo do tempo e do espaço (Moscovici, 1994).

Segundo Moscovici (1994), as representações sociais envolvem uma forma particular de compreensão e comunicação que caracteriza uma sociedade em particular ou um grupo social. É através destas que se constrói subjectivamente a realidade e o conhecimento quotidiano. As representações sociais, na sua relação com os conteúdos do pensamento quotidiano, referem-se especificamente às imagens e aos modelos explicativos partilhados por grupos sociais específicos acerca de determinados fenómenos. Ou seja, são factores produtores da realidade com repercussões, não só na forma como interpretamos o que acontece, mas também nas respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido (Vala, 2004).

Teoricamente, as representações sociais são sistemas de valores, ideias e práticas (Jodelet, 1989, cit. in Krause, 2002). Têm duas funções inerentes: 1) estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se e terem controlo sobre o seu mundo físico; 2) facilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade, fornecendo uma espécie de código que ajuda na denominação e classificação de variados aspectos do seu mundo e da sua história, quer como indivíduos, quer como grupo (Morant, 1998).

A sua finalidade é facilitar a compreensão das pessoas acerca do que acontece à sua volta. Transformam o que não é familiar em familiar: convencionam objectos, pessoas e eventos; dão-lhes forma, categorizam-nos e, gradualmente, estabelecem-nos como modelos diferenciais partilhados por grupos de pessoas (Moscovici, 1994). Por conseguinte, tudo o que é novo é adicionado a este modelo e imerso no mesmo. As representações sociais ditam a direcção inicial, através da qual o grupo tenta gerir o que não é familiar (Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells & Tovée, 1997).

De um outro ângulo, as representações sociais são também prescritivas, no sentido que, aquilo que é percebido e/ou imaginado impõe-se e influencia o nosso comportamento individual. Neste sentido, os processos colectivos são considerados factores dominantes sobre o pensamento individual (Moscovici, 1994).

De acordo com Jodelet (1988, cit. in Krause, 2002), as representações sociais expressam convergências de opiniões, atitudes, estereótipos e modelos explicativos. Neste sentido, são consideradas entidades complexas, onde se distinguem as suas configurações e os conteúdos que nelas estão imersos. Assim, as representações sociais não devem ser consideradas somente como um agregado de conteúdos e significados, mas também como estruturas que dão organização a esses mesmos conteúdos em termos de categorização (Murray & Flick, 2002).

Enquanto estruturas, as representações sociais são redes que agregam a diversidade de significados e imagens atribuídas ao objecto que representam. Dentro destas redes, os elementos de diferentes níveis hierárquicos podem ser identificados como o “núcleo central” ou “sistema periférico” (Morant, 1998). O primeiro nível remete para a essência do conceito, teoria ou ideia. É mais estável, menos consciente e o produto é menos dependente do contexto, para além de que esquematiza todo o conteúdo da rede de significados à qual está imerso. O sistema periférico agrega toda a diversidade de significados sobre um fenómeno ou objecto. Os seus conteúdos são menos estáveis ao longo do tempo, mais conscientes, mais heterogéneos e mais dependentes do contexto.

Constituem a ligação intermédia entre a realidade externa e o sistema central (Krause, 2002).

A dinâmica das representações sociais refere-se ao processo que envolve a sua formação e transformação, composto pela objectificação e ancoragem, que segundo Moscovici (1994) estão inter-relacionados. A objectificação é a materialização do conhecimento em objectos concretos, ou seja, é o mecanismo essencial para a transformação do conteúdo abstracto em conteúdo concreto. Através deste processo, aquilo que não é familiar torna-se perceptível. Existem duas fases na objectificação: a transformação icónica e a naturalização. Durante a transformação icónica, o potencial conteúdo da representação social é seleccionado e descontextualizado (Flick, 1994). Ao seleccionar-se informação, reduz-se automaticamente a sua quantidade, mantendo somente uma parte do objecto seleccionado. Da mesma forma, os conteúdos também são descontextualizados, separando-se da fonte à qual estavam ligados. Assim, forma-se o núcleo figurativo que captura a essência do conceito, teoria ou ideia a ser objectificada (Krause, 2002).

A naturalização constitui o processo através do qual a imagem perde o seu carácter simbólico arbitrário, tornando-se uma realidade com uma existência autónoma e substitui o objecto original (Moscovici, 1988, cit. in Joffe, 2002). Assim, conceitos abstractos são substituídos por imagens que constituem a realidade quotidiana. Este toma lugar através da ancoragem.

A ancoragem refere-se à raiz social da representação e do seu objecto (o objecto reconstruído). Este é inserido na realidade social tornando-se parte do conhecimento já existente. Ou seja, é a incorporação do que é novo ou estranho nas representações existentes. (Morant, 1998). Este processo é composto por duas características: a inserção do objecto representado num quadro já existente e conhecido, onde a ancoragem significa a adaptação da nova ideia ou imagem às coordenadas das representações já existentes e a instrumentalização social do mesmo, que remete para o seu uso na acção social. Através da sua inserção na dinâmica social, as novas representações tornam-se úteis instrumentos de comunicação e compreensão (Joffe, 2002). Deste modo, a objectificação e ancoragem estão ligadas para tornar a realidade inteligível de forma a produzir-se conhecimento prático e funcional (Krause, 2002), ou seja, conhecimento social que facilita o nosso funcionamento na nossa rede de relações e situações que compõem o nosso dia-a-dia.

O contexto sociocultural influencia fortemente as representações sociais dos problemas psicológicos (Jodelet, 1991, cit. in Vala, 2004). Por exemplo, em algumas sociedades, principalmente em regiões menos desenvolvidas, a conceptualização dos problemas psicológicos está ancorada num limite próximo da doença mental. Já nas cidades mais industrializadas, o aumento cultural da presença da psicologia tem levado a uma atenuação e transformação desta representação. Com efeito, as *velhas crenças* são, progressivamente, substituídas por novas ideias que enfatizam a necessidade da ajuda psicológica para os problemas do dia-a-dia (Winkler & Prado, 1986, cit. in Krause, 2002).

Existem várias formas de construção de uma Representação social. Estas variam em função das fontes de informação existentes (Krause, 2002). No que concerne ao conhecimento médico e científico acerca de questões sobre a saúde/saúde mental-doença, Moscovici (1994) enfatiza a importância dos *mass media* como fonte de disseminação deste conhecimento.

A informação ao ser veiculada socialmente é incorporada, progressivamente, nas representações sociais, dando forma a factores existentes no quotidiano. Em última instância irá influenciar o comportamento individual e social face ao problema. Por exemplo, face a um determinado problema que não é definido socialmente como problemático, não haverá a ideia da necessidade de procura de ajuda especializada para o resolver. Nuno-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei e Rodriguez-Cerda, em 2008, especificam que algumas condições psicológicas, como por exemplo o stress, ao serem definidas socialmente como inerentes ao dia-a-dia, são encaradas como algo que não justifica a procura de ajuda profissional. Por conseguinte, a consequência desta representação poderá ser o aumento do mal-estar psicológico e da gravidade do problema. Da mesma forma, a definição social das PCA é crucial para motivar a procura de ajuda ou a preparação de estratégias preventivas.

O conhecimento das representações sociais das PCA é importante devido ao seu papel na compreensão da perturbação e na procura de ajuda. A este respeito, Krause (2002) realça que a tomada de decisão acerca, quer da procura de ajuda, quer do tipo de profissional a procurar é baseada nas representações que as pessoas têm sobre a doença. Analogamente, face a alterações inadequadas no padrão alimentar, a representação social das PCA condicionará o grau de atenção sobre o comportamento. Além do mais, existem evidências empíricas que realçam a importância das representações sociais no desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança (Joffe, 2002).

As PCA são a terceira perturbação de saúde mental mais comum entre as jovens mulheres (Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000). Estas são, em parte, caracterizadas pelo sentimento de vergonha e negação do problema, daí a existência de uma elevada resistência na procura de ajuda, e consequentemente tendência para o aumento da gravidade do problema. Por outro lado, esta perturbação problematiza-se pela tendência à cronicidade e propensão a recaídas sistemáticas (Lewinsohn et al, 2000). Mais ainda, evidências clínicas sugerem que quanto mais cedo for efectuado o diagnóstico do problema, maior a probabilidade de um melhor prognóstico (Herzog et al, 1988).

De facto, impere questionar quais os conhecimentos dos leigos acerca das PCA. Murray e McMillan (1989, cit. in Krause, 2002) chamam a atenção para a importância da conceptualização dos problemas psicológicos pelos leigos. Quais as suas representações sociais destas perturbações no senso comum? Joffe (2002) realça a importância das diferenças existentes nas representações sociais da saúde mental e dos problemas psicológicos entre especialistas e leigos. Nesse sentido, parece relevante saber se as representações sociais das PCA nos leigos são equivalentes ou similares ao conhecimento médico e científico. Por outro lado, e tendo em conta a resistência na procura de ajuda profissional nas PCA, importa perceber se estas representações terão um papel bloqueador na procura de ajuda.

Em suma, estudar as representações sociais das PCA poderá ajudar a compreender não só como são as perturbações entendidas pelos leigos como também a identificar que informação das PCA é veiculada pelo senso comum. Em última instância contribuir com informação que auxilie o desenvolvimento e eficácia do apoio psicológico.

Capítulo II - Estudo Exploratório

1. Objectivos do Presente Estudo

O presente trabalho consiste num estudo exploratório que tem como objectivo principal conhecer as representações sociais das PCA e dos seus factores etiológicos entre a população leiga.

Para o efeito foram realizados dois estudos: um de natureza qualitativa e outro de âmbito quantitativo. Alguns autores (e.g. Flick, 1994,1998) referem que o uso da triangulação de métodos é preditor de resultados mais consistentes e fidedignos.

De acordo com a Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1994), uma das formas de abordar o tópico das representações sociais de perturbações psicológicas é questionar como é que as pessoas imaginam uma pessoa que sofra dessa patologia ou quais as características mais associadas a essas pessoas (Krause, 2002; Joffe, 2002). Seguindo esta abordagem, o primeiro estudo teve como finalidade perceber quais as características associadas às PCA por leigos e quais os factores que estes consideram estar na génese das perturbações.

Por conseguinte, optou-se pela realização de grupos de discussão focalizada – vulgo grupos focais. Segundo Krause (2002), este é o método qualitativo mais adequado a estudos de representações sociais no âmbito da saúde mental (Corbin & Strauss, 1990). Apesar da sua morosidade, quando o conhecimento empírico é escasso e o problema em estudo complexo é uma ferramenta poderosa na recolha e tratamento da informação (Taylor, & Bogdan, 1986, cit. in Corbin & Strass, 1990), na medida em que permite recolher maior quantidade e diversidade de informação e conduz a resultados mais ricos (Krause, 2002).

O guião para dos grupos de discussão foi construído com base nos estudos que abordam a saúde mental sob o prisma das Representações Sociais (e.g. Krause, 2002; Joffe, 2002; Flick, 1994/1998). Os grupos de discussão foram realizados em dois contextos, universitário e laboral, de forma a conseguir uma amostra mais heterogénea que permitisse obter resultados mais variados.

Para analisar os dados recorreremos ao método da codificação aberta da *grounded theory* (Strauss, & Corbin 1990). Um dos objectivos deste método é gerar teoria através da recolha e análise sistemática dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento (Strauss, & Corbin, 1990). Não obstante o rigor e precisão procedimental, este método permite a flexibilidade necessária na interpretação e conceptualização dos dados (Strauss, & Corbin, 1990).

Esta flexibilidade suporta a sensibilidade teórica, ou seja, a capacidade para dar sentido e significado aos dados (Strauss, & Corbin, 1990). Esta análise teve como objectivo extrair adjetivos/características que servissem de base à construção do questionário.

O segundo estudo consistiu na aplicação do questionário construído com base nas características encontradas no estudo 1 e nas teorias que abordam as PCA. A finalidade central foi identificar a representação social das PCA na população leiga. Todavia, e seguindo a perspectiva de Krause (2002), quando se explora a representação social de um problema de saúde mental a análise da representação social da sua etiologia não deve ser negligenciada. Por conseguinte, foi também nosso objectivo perceber quais os factores/condições que os leigos consideram ser influentes para o desenvolvimento e/ou manutenção das PCA. Como objectivos específicos tentámos perceber qual a representação social das PCA em separado, ou seja, da Anorexia e da Bulimia Nervosa. Por fim, pretendeu-se verificar se existiam diferenças de perspectivas entre homens e mulheres nas representações sociais. Tal como no estudo 1, a recolha de dados foi feita em contexto universitário e laboral.

Estudo 1

Método

Participantes

Neste estudo participaram 27 participantes, dos quais 59.3% eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 37 anos, tendo em média 26 anos ($M=26.44$, $DP=4.36$).

Os participantes foram seleccionados em dois contextos: Universitário¹ e Laboral² e fizeram parte de uma amostra de conveniência. Recorremos a dois contextos diferentes para tornar a informação recolhida mais rica.

Em contexto Universitário, foram realizadas três entrevistas de grupo, com um total de 13 participantes (48.1% do total da amostra), dos quais 76.9% eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 37 anos, tendo em média 26 anos.

No que concerne ao contexto Laboral, participaram 14 indivíduos, sendo 51.9% da amostra total. Estes participantes foram divididos por três entrevistas de grupo. Do total deste grupo, 42.8% eram participantes do sexo feminino e as idades variaram entre 22 e 31 anos, tendo em média 26 anos.

Tabela 1 – Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Participantes	N	Média de idades	Mínimo	Máximo	Sexo masculino	Sexo feminino
Contexto Universitário	13	26	21	37	3	10
Contexto Laboral	14	26	22	31	8	6
Total	27				11	16

Instrumento

De forma a dar resposta aos objectivos do presente estudo, a Teoria das Representações Sociais de Moscovici e investigações empíricas que abordam a saúde mental sob o prisma das Representações Sociais serviram de base teórica. Deste modo, para a recolha dos dados foram realizados grupos de discussão focalizada – grupos focais. O guião foi construído com base nas abordagens das representações sociais sobre a saúde mental/problemas psicológicos (e.g. Krause, 1992; Joffe, 2002).

¹ Recolha de dados a participantes que frequentavam o ensino superior sem actividade profissional.

² Recolha de dados a participantes que já trabalhavam.

O guião dos grupos de discussão foi segmentado em duas partes. A primeira remeteu para a conceptualização das PCA. Esta parte, por sua vez, dividiu-se em três sub-partes. A conceptualização das PCA de uma forma genérica (por exemplo, através da questão: “*Quando pensam numa pessoa que sofre de Perturbações do Comportamento Alimentar, como a imaginam?*”), a conceptualização relativamente à Anorexia Nervosa (por exemplo: “*E se pensarem numa pessoa com AN como a vêem?*”) e por fim, a conceptualização relativa à Bulimia Nervosa (por exemplo: “*Se pensarem numa pessoa com BN qual a primeira imagem que vos vem à cabeça?*”). A segunda parte dizia respeito aos tipos de factores susceptíveis de originar estas perturbações (i.e. representações sociais da etiologia das PCA) através da questão para o grupo: “*Que factores consideram responsáveis pelo surgimento destas perturbações na vida das pessoas?*”.

Tabela 2 - Guião dos Grupos de Discussão

Questão I: “*Quando pensam numa pessoa que sofre de Perturbações do Comportamento Alimentar como a imaginam?*”

Questão II: “*E se pensarem numa pessoa com Bulimia Nervosa qual a primeira imagem que vos vem à cabeça?*”

Questão III: “*E se pensarem numa pessoa com Anorexia Nervosa como a vêem ou imaginam?*”

Questão IV: “*E que factores consideram responsáveis pelo surgimento destas perturbações na vida das pessoas ou o que consideram que possam desencadear tudo que referiram?*”

Procedimento

Como foi mencionado em cima, os participantes fizeram parte de uma amostra de conveniência. O recrutamento foi feito em contexto universitário e laboral. Este consistiu num pedido de participação onde era explicado o problema em estudo, o objectivo proposto, e em que se baseava a sua participação. Era ainda pedido

autorização para o registo das declarações feitas no decorrer das entrevistas e que as mesmas seriam feitas em forma de anonimato e seriam totalmente confidenciais (APA, 2002; FEAP, 1995).

Foi-lhes explicado que a sua participação consistia em entrevistas de grupo, ou seja, em integrarem um grupo e falarem abertamente sobre a temática das Perturbações do Comportamento Alimentar. Referiu-se que iam ser colocadas questões para abrir e facilitar a dinâmica, e que não havia respostas/opiniões certas ou erradas porque o objectivo era ouvir a opinião de cada um acerca do tema. Sublinhou-se que nenhum deles deveria criticar negativamente alguma opinião que fosse lançada para “a mesa”, independentemente de concordarem ou não. Foi-lhes dito ainda que a sua participação era voluntária e que as entrevistas não durariam mais do que uma hora.

No total, foram realizadas seis entrevistas de grupo ao longo do mês de Janeiro. Estas foram feitas em contexto universitário e laboral. Em ambos os contextos, as entrevistas foram consumadas numa sala ampla. Os participantes estavam sentados em mesas dispostas em rectângulo, ficando lado a lado e frente a frente uns com os outros.

Em cada um dos contextos foram realizadas três entrevistas. Nesse sentido, foram conduzidas três entrevistas em contexto universitário, duas com quatro participantes e uma com cinco participantes. No contexto laboral, foram também efectuadas três entrevistas, duas com cinco participantes e uma com quatro participantes. As entrevistas duraram em média 35 minutos.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e posteriormente analisadas através da análise de conteúdo das mesmas. Esta análise foi feita através da codificação aberta da *Grounded Theory*; Corbin & Strauss, 1990). Escolhemos este método por ser um dos mais indicados quando não existe muita informação e porque é indicado para o estudo das representações sociais através construção de modelos a partir da informação obtida (Krause, 2002; Joffe, 2002).

O procedimento de codificação aberta consiste na decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados (Strauss & Corbin, 1990). Os procedimentos para codificação aberta são essencialmente: fazer questões, comparações, rotular e etiquetar.

Com efeito, a estratégia aplicada à codificação da informação foi a comparação contínua entre os dados e o agrupamento destes em conceitos análogos. Para tal, foi levada a cabo uma análise descritiva e relacional sobre os conteúdos, estrutura e transformações das representações sociais das PCA. Ou seja, estabelecemos relações de

similaridade entre os conceitos que pareciam associar-se e formavam uma categoria conceptual (e.g. Características Psicológicas). As categorias criadas permitiram articular analiticamente a informação em análise.

Esta análise teve por base os conhecimentos teóricos das PCA à luz da Psicologia Clínica.

O objectivo da análise foi a extracção de adjectivos/características que serviram de base à construção do questionário para aplicar no segundo estudo.

Resultados

A análise permitiu dividir os dados em três categorias gerais: as Características Psicológicas; as Características Físicas e os Comportamentos Alimentares; os Factores Predisponentes. Dentro das duas primeiras distinguiu-se entre: PCA em geral; Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Na categoria “factores predisponentes” foram encontradas quatro sub-categorias: factores genéticos, psicológicos, interpessoais e socioculturais.

Dentro das categorias mencionadas estão agrupadas várias características associadas às PCA. Para identificar quais as características mais prototípicas de cada uma das categorias quantificaram-se as relações estabelecidas entre elas o que permitiu definir uma estrutura hierárquica a partir da frequência dessas relações entre características. Ou seja, somou-se o número de vezes enunciadas e dividiu-se pelo total de participantes.

Uma vez que a recolha de dados foi realizada em dois contextos distintos, apresentaremos os resultados divididos por contexto.

PCA em geral

Relativamente às PCA em geral, os participantes identificaram um conjunto de características físicas, psicológicas e relativas ao comportamento alimentar. Cada participante identificou mais do que uma característica.

A Tabela 3 mostra que as características físicas mais frequentemente mencionadas foram sexo feminino e ser magríssima. Já as características psicológicas mais apontadas foram a insegurança e a baixa auto-estima.

O período da adolescência e juventude foi frequentemente mencionado pelos participantes do contexto universitário enquanto o sexo feminino foi enfatizado pelos participantes do contexto laboral.

As dietas rígidas (e.g. “*não comem nada*”), a consequente magreza extrema (e.g. “*só se vêem ossos*”; “*esqueléticas*”) e o aspecto não só frágil, mas também doente (e.g. “*débil*”; “*aspecto doente e frágil*”) foram características físicas associadas às PCA pelos participantes do contexto universitário. Por sua vez, os participantes do contexto laboral indicaram frequentemente: o aspecto frágil (e.g. “*fracas fisicamente*”; “*fraquinhas*”), o comportamento alimentar descontrolado (e.g. “*comer muito e vomitar*”; “*come demais ou de menos*”) e mencionaram de igual modo ser magra e ser gorda.

No que concerne às Características Psicológicas, os participantes do contexto universitário mencionaram frequentemente a baixa auto-estima (e.g. “*falta de amor próprio*”), enquanto os participantes do contexto laboral apontaram a insegurança (e.g. “*não têm auto-confiança*”). Não obstante, a insegurança também foi muitas vezes referida pelos participantes do contexto universitário. Ainda assim, os participantes do contexto laboral associaram frequentemente ser ansiosa (e.g. “*nervosas*”) e perturbada (e.g. “*pessoas desequilibradas mentalmente*”) a pessoas com PCA.

Tabela 3 – Características associadas às PCA segmentadas pelas categorias

Características	Contexto Universitário	Contexto Laboral	Total
<i>Características Físicas e Comportamento Alimentar</i>			
Sexo Feminino	8 (30%)	14 (52%)	22 (82%)
Magríssima	9 (33%)	-	9 (33%)
Magra	-	7 (26%)	7 (26%)
Gorda	-	7 (26%)	7 (26%)
Jovem	5 (18.5%)	2 (7%)	7 (26%)
Aspecto Frágil e doente	6 (22%)	-	6 (22%)
Aspecto Frágil	-	5 (18.5%)	5 (18.5%)
Comportamento alimentar descontrolado	-	4 (15%)	4 (15%)
Dietas Rígidas	2 (7%)	-	2 (7%)
<i>Características Psicológicas</i>			
Insegura	6 (22%)	8 (30%)	14 (52%)
Baixa auto estima	8 (30%)	3 (11%)	11 (41%)
Tímida socialmente	4 (15%)	4 (15%)	8 (30%)
Perturbada	3 (11%)	5 (18.5%)	8 (30%)
Ansiosa	3 (11%)	5 (18.5%)	8 (30%)
Deprimida	2 (7%)	3 (11%)	5 (18.5%)
Perfeccionista	2 (7%)	3 (11%)	5 (18.5%)
Total	13 (48%)	14 (52%)	27 (100%)

Anorexia Nervosa

A tabela 4 expõe as características mencionadas pelos participantes face à Anorexia Nervosa. As Características Físicas mais frequentemente associadas à perturbação foram o sexo feminino e a magreza extrema. Na categoria das Características Psicológicas destacaram-se ser perturbada e tímida socialmente.

Todos os participantes do contexto laboral associaram a Anorexia Nervosa ao sexo feminino. Estes também mencionaram frequentemente a magreza excessiva como característica de quem sofre desta perturbação. Estas características também foram

fortemente referidas pelos participantes do contexto universitário. Ademais, estes mencionaram o aspecto frágil/doente da pessoa e o período etário característico ocorreria algures entre a adolescência e a juventude.

Em contexto laboral, mencionou-se frequentemente a baixa auto-estima, enquanto em contexto universitário a timidez social e o perfeccionismo tiveram representadas nas entrevistas. Em ambos os contextos, a característica “perturbada” foi frequentemente mencionada.

Tabela 4 – Características associadas à Anorexia Nervosa segmentadas pelas categorias

Anorexia Nervosa	Contexto Universitário	Contexto Laboral	Total
<i>Características Físicas e Comportamento Alimentar</i>			
Sexo Feminino	8 (30%)	14 (52%)	22 (82%)
Magríssima	9 (33%)	10 (37%)	19 (70%)
Jovem	5 (18.5%)	1 (4%)	6 (22%)
Aspecto Frágil e doente	6 (22%)	-	6 (22%)
Aspecto Frágil	-	1 (4%)	1 (4%)
Dietas Rígidas	2 (7.4%)	2 (7.4%)	4 (15%)
<i>Características Psicológicas</i>			
Perturbada	6 (22.2%)	5 (18.5%)	11 (42%)
Baixa auto estima	3 (11%)	7 (26%)	10 (37%)
Tímida socialmente	5 (18.5%)	2 (7%)	7 (26%)
Insegura	3 (11%)	4 (15%)	7 (26%)
Ansiosa	3 (11%)	3 (11%)	6 (22%)
Perfeccionista	5 (18.5%)	-	5 (18.5%)
Deprimida	2 (7%)	3 (11%)	5 (18.5%)
Arrogante	3 (11%)	-	3 (11%)
Total	13 (48%)	14 (52%)	27 (100%)

Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa foi mais frequentemente associada ao sexo feminino e a padrões alimentares descontrolados. Por outro lado, as pessoas com esta perturbação foram regularmente caracterizadas como perturbadas e inseguras.

Os participantes do contexto universitário atribuíram frequentemente esta perturbação a pessoas do sexo feminino, jovens e com um aspecto frágil. Além de terem mencionado o sexo feminino, os participantes do contexto laboral focaram o comportamento alimentar descontrolado e o peso médio.

Na categoria das Características Psicológicas, houve um reporte regular da existência de perturbações, insegurança, estado depressivo e baixa auto-estima pelos participantes

do contexto laboral. Já os participantes do contexto universitário enfatizaram a ansiedade e a existência de perturbações às bulímicas.

Tabela 5 – Características associadas à Bulimia Nervosa segmentadas pelas categorias

Bulimia Nervosa	Contexto Universitário	Contexto Laboral	Total
<i>Características Físicas e Comportamento Alimentar</i>			
Sexo Feminino	9 (33%)	8 (30%)	17 (63%)
Comportamento Alimentar Descontrolado	6 (22%)	8 (30%)	14 (52%)
Aspecto frágil	10 (37%)	2 (7%)	12 (44%)
Jovem	9 (33%)	2 (7%)	11 (41%)
Não é magra	-	5 (18.5%)	5 (19%)
Magra	-	3 (11%)	3 (11%)
<i>Características Psicológicas</i>			
Perturbada	7 (26%)	9 (33%)	16 (59%)
Insegura	5 (18.5%)	10 (37%)	15 (56%)
Deprimida	2 (7%)	7 (26%)	9 (33%)
Ansiosa	7 (26%)	-	7 (26%)
Timida Socialmente	3 (11%)	4 (15%)	7 (26%)
Perfeccionista	4 (15%)	2 (7%)	6 (22%)
Baixa auto-estima	-	5 (18.5%)	5 (19%)
Desconfiada	2 (7%)	-	2 (7%)
Total	13 (48%)	14 (52%)	27 (100%)

Etiologia das PCA

A Tabela 6 mostra os factores etiológicos das PCA mais reportados pelos participantes. Tal como foi referido, dentro desta categoria foram encontradas quatro sub-categorias de factores etiológicos: os factores sociais, genéticos, psicológicos e interpessoais.

Os factores sociais foram frequentemente representados como influentes na génese das PCA. Entre os participantes de ambos os contextos, o factor mais destacado foi a pressão social (e.g. “*A crescente pressão, principalmente sobre os jovens, sobre a sua imagem, aparência, digamos que são consequências de uma modernidade sem regras, sem consideração pela perigosidade das suas imposições*”).

Os factores psicológicos mais reportados foram o perfeccionismo, a depressão e a insegurança. Estes foram frequentemente reportados pelos participantes do contexto laboral, enquanto os participantes do contexto universitário mencionaram a baixa auto-estima.

De notar é também o facto dos participantes do contexto universitário terem responsabilizado frequentemente os factores interpessoais (problemas familiares, problemas relacionais, problemas profissionais e insucesso escolar. Dentro desta categoria destacaram-se os problemas familiares (e.g. “ausência de atenção dos pais”; “maus hábitos alimentares em família”) e os relacionais (e.g. “rejeições”; “relações problemáticas”; “fins de relação”).

Tabela 6 – Factores associados às PCA segmentados pelas categorias correspondentes

Categorias	Etiologia das PCA	Contexto Universitário	Contexto Laboral	Total
<i>Sociais</i>	Pressão Social	8 (30%)	11(40%)	19(70%)
	Mass Media	3(11%)	4 (15%)	7(26%)
	Pressão dos Pares	2 (7%)	2 (7%)	4(15%)
	Consumismo	-	4 (15%)	4(15%)
<i>Genéticos</i>	Genética	1 (3.7%)	1 (3.7%)	2(7%)
<i>Psicológicos</i>	Necessidade de atenção	3 (11%)	-	3(11%)
	Perfeccionismo	4 (15%)	10 (37%)	14(52%)
	Depressão	-	6 (22%)	6(22%)
	Baixa auto-estima	8 (30%)	3 (11%)	11(41%)
	Percepção corporal errónea	-	4 (15%)	4(15%)
	Insegurança	-	6 (22%)	6(22%)
	<i>Interpessoais</i>	Insucesso Escolar	2 (7%)	-
	Idade	2 (7%)	-	2 (7%)
	Acontecimentos Traumáticos	3 (11%)	-	3(11%)
	Problemas Diversos	-	3 (11%)	3(11%)
	Problemas Profissionais	2 (7%)	1 (3.7%)	3(11%)
	Problemas Relacionais	4 (15%)	3 (11%)	7(26%)
	Problemas Familiares	7 (26%)	3 (11%)	10(37%)

Sumariamente, as características mais associadas às PCA foram o sexo feminino, o período entre a adolescência e a juventude, a magreza extrema, o aspecto frágil e doente, o comportamento alimentar descontrolado e as dietas rígidas. Psicologicamente, destacaram-se a insegurança, a baixa auto-estima, a timidez social, as perturbações, o elevado nível de ansiedade, perturbação depressiva e o perfeccionismo.

As pessoas anorécticas foram imaginadas como jovens, do sexo feminino, extremamente magras e com um aspecto frágil e doente devido às dietas rígidas que mantêm. Foram também caracterizadas como perturbadas, com baixa auto-estima, tímidas socialmente, inseguras, ansiosas, deprimidas e arrogantes.

Já as bulímicas foram caracterizadas como jovens do sexo feminino, com comportamentos alimentares descontrolados, aspecto frágil embora sem serem magras. As características psicológicas que lhes foram mais associadas foram serem perturbadas, inseguras, deprimidas, ansiosas, tímidas socialmente, perfeccionistas, com baixa auto-estima e desconfiadas.

De um modo geral, os factores sociais (pressão social, *mass media* e pressão dos pares) e os psicológicos (perfeccionismo, baixo auto-estima, depressão e insegurança) foram mais regularmente associados na etiologia das PCA.

Estudo II

Método

Participantes

Para a segunda parte do estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, da qual fizeram parte 114 participantes, sendo 70.2% do sexo feminino e 29.8% do sexo masculino. Estes tinham idades compreendidas entre os 13 e os 55 anos, tendo em média 25.82 anos ($M=25.82$, $DP=8.4$). Do total de participantes, 37.7% eram trabalhadores e 62.3% eram estudantes. No que remete para as habilitações literárias, 58.8% do total da amostra tinham o Ensino Secundário, 36.8% possuíam o Ensino Superior e 4.4% detinham o Ensino Básico.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

	N	Média de Idades	DP	Mínimo	Máximo	% Total
Contexto Universitário	71	22.2	4.57	13	45	62.3%
Contexto Laboral	43	31.70	9.94	21	55	37.7%
Sexo Feminino	80	24.49	7.30	13	49	29.8%
Sexo Masculino	34	28.97	10.01	19	55	70.2%
Total	114	25.82	8.41	13	55	80

Instrumento

O questionário utilizado para a recolha de dados teve por base a revisão de literatura acerca das PCA e as características obtidas na análise de conteúdo das entrevistas do Estudo I.

O questionário é composto por uma parte quantitativa e outra qualitativa. O mesmo foi segmentado em 4 partes: caracterização socio-demográfica do participante; II) Escala de RS das PCA; III) Escala de RS dos Factores Etiológicos das PCA; IV) Questões Abertas sobre a forma como os factores propiciam o desenvolvimento das PCA.

A primeira parte remete para os dados biográficos do participante. A segunda parte diz respeito à Escala de Representações Sociais das PCA, e subdivide-se em três escalas: 1) Representações Sociais das PCA em geral; 2) Representações Sociais da Anorexia Nervosa e; 3) Representações Sociais da Bulimia Nervosa. Todas as escalas

continham 40 características³. O participante tinha que assinalar quão essas características representavam alguém com: a) PCA; b) Anorexia Nervosa e; c) Bulimia Nervosa. A Escala de Representações Sociais das PCA em geral obteve um índice de consistência interna de $\alpha=.727$. Analisadas as correlações item-total, verificou-se que estas variaram entre 0.001 e 0.430. Por sua vez, a Escala de Representações Sociais da Anorexia Nervosa obteve um índice de consistência interna de $\alpha=.686$, sendo que as correlações item-total variaram entre 0.005 e 0.528. O índice de consistência interna da Escala de Representações Sociais da Bulimia Nervosa foi $\alpha=.694$ e, após a análise das correlações inter-item, verificou-se uma variação entre 0.046 e 0.581.

No sentido de perceber se as 40 características eram positivas, negativas ou neutras, foi realizado uma análise com três juízes independentes. As características eram apresentadas ao juiz cuja tarefa consistia em classifica-las qualitativamente como positivas, negativas ou neutras. Assim, e de acordo com os resultados validaram-se 14 características positivas (desportista, alegre, com auto controlo, com aspecto saudável, afectuosa, com elevada auto-estima, emocionalmente estável, dedicada, simpática, perseverante, profissional, confiante, extrovertida e responsável), 13 negativas (deprimida, desconfiada, arrogante, gorda, com aspecto frágil, sem auto controlo, ansiosa, introvertida, com baixa auto-estima, volúvel, em dietas rígidas, com comportamento alimentar descontrolado e carente) e 6 características neutras (com peso médio, sexo Feminino, jovem, adulta, perfeccionista e sexo masculino).

Já a terceira parte do questionário referia-se às Representações Sociais da Etiologia das PCA. A escala era composta por um conjunto de factores (17), e o participante tinha que assinalar qual o grau de influência dos mesmos na origem das PCA, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo *1- Nada Influyente* e *5- Muito Influyente*. Esta escala apresentou um índice de consistência interna de 0.801. As correlações item-total variaram entre 0.214 e 0.547.

A última parte era de natureza qualitativa e tinha por objectivo complementar a informação obtida na questão anterior. Era pedido aos participantes para identificarem os três factores que, na sua opinião, eram mais influentes na origem dos PCA. Face aos factores identificados, era ainda solicitado que explicitassem de que forma é que os mesmos poderiam propiciar o surgimento da perturbação.

³ Características segmentadas em 2 grupos segundo a Análise de Resultados do Estudo I: a) Características Psicológicas de Pessoas com PCA; b) Características Físicas e Comportamentos Alimentares de pessoas com PCA.

Procedimento

A recolha de dados foi feita em contexto Universitário e Laboral durante os meses de Abril e Maio pela mesma pessoa que efectuou os grupos focais no Estudo I.

Para pedirmos a colaboração dos participantes no estudo, inicialmente, explicou-se o âmbito do mesmo, dizendo que era um estudo sobre a forma como as pessoas percebem as PCA. Realçou-se não só a natureza confidencial da informação e o anonimato dos questionários (APA, 2002; FEAP, 1995), mas também a importância da sinceridade nas respostas para aumentar a validade dos resultados o mais possível. De forma a evitar enviesamentos de investigador, a recolha dos dados foi sempre feita pela mesma pessoa.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do software SPSS (Statistical Package for Social Scientists 15.0). Para dar resposta aos objectivos propostos, a análise dos dados foi descritiva e comparativa. Nesse sentido, foram calculadas as frequências das várias categorias de resposta às diferentes variáveis do questionário. Foi também efectuada uma comparação de médias de respostas entre as variáveis seleccionadas (sexo e contexto de aplicação dos questionários). Para o efeito realizou-se o Teste *t – Student* de Comparações da Igualdade de Médias entre dois grupos (sexo feminino e masculino; contexto laboral e universitário). Este teste permite-nos verificar se a variação das respostas ocorre em função dos diferentes grupos.

Realizou-se uma Análise Factorial em Componentes Principais (ACP) à Escala das Representações Sociais da Etiologia das PCA.

Na análise também contemplámos a análise da interdependência entre as diferentes variáveis no espaço em análise e a sua configuração topológica. Esta análise foi efectuada através da Análise de Correspondências Múltiplas (ACM).

Para analisar a parte qualitativa do questionário, foi efectuada uma análise de conteúdo às respostas dos participantes através do método da Codificação aberta da *Grounded Theory* (Corbin, & Strass, 1990).

Resultados

Para dar resposta ao objectivo geral do presente procedeu-se à descrição das Representações Sociais das Perturbações do Comportamento Alimentar. Nesta parte, distinguimos entre as representações sociais de Perturbações do Comportamento

Alimentar no geral; Representações Sociais de Anorexia Nervosa; Representações Sociais de Bulimia Nervosa; e Representações Sociais da Etiologia destas perturbações.

Para analisar estas representações foi feita uma análise descritiva das respostas dos participantes a cada uma das características presentes no questionário. Tendo em conta a classificação da valência das características, as mesmas foram agrupadas segundo a valência atribuída (positiva, negativa e neutra). Assim, e para cada uma das questões foram constituídas 3 novas variáveis. Objectivou-se perceber em que medida os participantes atribuíram características positivas, negativas e neutras às diferentes perturbações. Na tabela 2 apresentam-se as análises descritivas das novas variáveis.

Para facilitar a leitura dos resultados, apresentaremos os mesmos divididos pelas diferentes representações analisadas.

Tabela 2 – Posicionamento dos participantes nas Características positivas, negativas e neutras das 3 Escalas de Representações Sociais

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
<i>PCA Geral</i>					
Características Positivas	114	1.14	4.07	2.42	0.43
Características Negativas	114	2.23	4.69	3.65	0.40
Características Neutras	114	1.17	4.67	3.12	0.45
<i>Anorexia Nervosa</i>					
Características Positivas	114	1.21	3.86	2.46	0.43
Características Negativas	114	2.00	4.69	3.71	0.37
Características Neutras	114	1.50	4.83	3.07	0.33
<i>Bulimia Nervosa</i>					
Características Positivas	114	1.00	3.71	2.60	0.39
Características Negativas	114	2.15	4.69	3.57	0.41
Características Neutras	114	1.00	3.83	3.10	0.34

Representações Sociais das Perturbações do Comportamento Alimentar em Geral

Como se pode ver pela tabela 2, os participantes, em média, consideraram que as características negativas (M=3.65; DP=0.40) eram mais representativas das PCA do que as características positivas (M=2.42; DP=0.43) e neutras (M=3.1; DP=0.45).

Para especificar as representações sociais das PCA em geral, efectuou-se uma análise descritiva a cada uma das características (ver tabela 1 no Anexo C). Tendo por base as médias de resposta a cada um dos itens da escala considerou-se aqueles com média igual ou superior a 3.5 como os mais característicos de alguém com PCA.

Assim, as representações sociais de alguém com PCA foram o comportamento alimentar descontrolado (M=4.46), a baixa auto-estima (M=4.22), pessoas do sexo feminino (M=3.98), o estado depressivo (M=3.95), a ansiedade (M=3.92), estar perturbada (M=3.93), o aspecto frágil (M=3.83), ser jovem (M=3.87), as dietas rígidas (M=3.82), ser carente (M=3.76), ser sensível (M=3.62), não ter auto-controlo (M=3.72), a magreza (M=3.71), a introversão (M=3.53) e o perfeccionismo (M=3.52).

Representações Sociais da Anorexia Nervosa

Face às representações sociais da Anorexia Nervosa, constatou-se que, em média, existiu um maior posicionamento sobre as características negativas (M=3.71; DP=0.37) comparativamente às positivas (M= 2.46; DP= 0.43) e neutras (M= 3.07; DP= 0.33).

Estes resultados foram consistentes com a análise descritiva de cada uma das variáveis anteriores, onde podemos constatar que as representações sociais da Anorexia Nervosa foram maioritariamente negativas.

Também para esta análise considerámos as características representativas da Anorexia Nervosa com média de resposta igual ou superior a 3.5. Assim, os participantes apontaram a baixa auto-estima (M=4.27), o comportamento alimentar descontrolado (M=4.38), as dietas rígidas (M=4.32), o aspecto frágil (M=4.32), a ansiedade (M=4.01), o estado depressivo (M=4.02), estar perturbada (M=4.05), pessoas do sexo feminino (M=4.06), a magreza (M=4.28), a carência (M=3.90), a ausência de auto-controlo (M=3.78), ser jovem (M=3.73), o perfeccionismo (M=3.75), a sensibilidade (M=3.54) e a desconfiança (M=3.62) como a representação de alguém com Anorexia Nervosa (ver Tabela 2 do Anexo C).

Representações Sociais da Bulimia Nervosa

Perante a Bulimia Nervosa os participantes atribuíram em média mais características negativas (M= 3.57; DP= 0.41) do que positivas (M= 2.60; DP= 0.39) e neutras (M= 3.10; DP= 0.34).

Para complementar esta análise, foi efectuada uma análise descritiva de cada uma das características. Tendo por base a escala, considerou-se como ponto de referência as respostas com valores médios iguais ou superiores a 3.5. De acordo com as respostas dos participantes as características que se revelaram estar mais associadas à Bulimia

Nervosa foram o sexo feminino ($M=3.95$), a sensibilidade ($M=3.57$), a baixa auto-estima ($M=4.15$), a ansiedade ($M=3.82$), o comportamento alimentar descontrolado ($M=4.38$), as perturbações ($M=3.96$), a ausência de auto-controlo ($M=3.90$), o estado depressivo ($M=3.77$), a carência ($M=3.72$), ser jovem ($M=3.75$), a sensibilidade ($M=3.57$), a desconfiança ($M=3.50$), a magreza ($M=3.50$) e as dietas rígidas ($M=3.50$) – ver Tabela 3 do Anexo C.

Representações Sociais da Etiologia das PCA

Para analisar quais as representações sociais da etiologia das PCA foi feita uma análise descritiva de cada um dos factores inscritos na escala. Como se pode verificar pela tabela 3, o factor com média mais elevada foi a “baixa auto-estima” ($M=4.64$; $DP=0.51$). Inversamente, o “Insucesso Escolar” obteve a média mais baixa ($M=2.83$; $DP=1.00$).

Tabela 3 – Posicionamento dos participantes na Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Baixa auto-estima	114	3	5	4,64	,517
Percepção corporal distorcida	114	3	5	4,51	,599
Pressão social	114	2	5	4,34	,663
Insegurança	114	2	5	4,18	,707
Depressão	114	2	5	4,17	,763
Mass Media	114	1	5	4,04	,921
Pressão dos pares	114	2	5	4,03	,770
Problemas relacionais	114	2	5	3,91	,815
Necessidade de atenção	114	1	5	3,91	,804
Perfeccionismo	114	1	5	3,77	,950
Problemas familiares	114	1	5	3,75	,929
Acontecimentos traumáticos	114	1	5	3,73	,943
Personalidade dependente	114	1	5	3,65	,902
Consumismo	114	2	5	3,31	,884
Problemas profissionais	114	1	5	3,16	,908
Factores genéticos	114	1	5	2,89	1,042
Insucesso escolar	114	1	5	2,83	1,004

De um modo geral, verificou-se que a baixa auto-estima, a percepção corporal distorcida, a pressão social, a insegurança, a depressão, os *mass media*, a pressão dos pares, problemas relacionais e necessidade de atenção, foram factores representados como influentes no desenvolvimento de uma PCA.

Por outro lado, o insucesso escolar e os factores genéticos foram, em média, representados como pouco responsáveis na génese de uma PCA. Problemas profissionais, consumismo, personalidade dependente, acontecimentos traumáticos, problemas familiares e perfeccionismo foram factores cuja média os representa como nem muito nem pouco influentes.

Para perceber a dispersão das respostas, foi feita uma análise das frequências⁴ das respostas. Verificou-se que existe algum consenso face aos factores que, na percepção dos participantes, mais influenciam o desenvolvimento das PCA. Deste modo, a baixa auto-estima (M=4.64; DP=0.51) foi o factor onde existiu maior unanimidade, pois agrupou 98% de respostas que a representam como muito influente no surgimento das PCA. Também a percepção corporal distorcida (M=4.59; DP=0.59) a pressão social (M=4.34; DP=0.66) e a insegurança (M=4.18; DP=0.70) foram factores considerados pelos participantes como influentes, com 95%, 91% e 89%, respectivamente de respostas. A depressão (M=4.17; DP=0.76), os *mass media* (M=4.04; DP=0.92) e a pressão dos pares (M=4.03; DP=0.77) apresentaram uma amplitude maior nas respostas. Ou seja, 83%, 77% e 82% dos participantes, respectivamente, consideraram-nos como influentes.

Inversamente, 38% dos participantes consideraram que o Insucesso Escolar (M=2.83; DP=1.00) é um factor que pouco ou nada influencia. É importante salientar que verificou-se uma elevada dispersão de resposta para os factores genéticos - 34% dos participantes consideraram-no como pouco influente. Contudo, 36% identificaram-nos como nem muito nem pouco influente, mas também 30% de respostas apontaram-nos como influentes na etiologia das PCA. No Anexo C encontram-se as tabelas com as frequências pormenorizadas (Tabela 4 a 20).

Análise Factorial

De forma a complementar a informação obtida e com o intuito de perceber se existiam dimensões ou temas coerentes e significantes foi realizada uma Análise Factorial em Componentes Principais (ACP). A ACP permite identificar diferentes dimensões da estrutura de variáveis (neste caso os factores) e determinar em quanto cada uma das variáveis originais é explicada por essas dimensões (Carvalho, 2007).

⁴ Para facilitar a análise de frequências somaram-se as frequências dos dois pontos mais baixos da escala (1 e 2 - nada e pouco influente) e as dos dois mais altos (4 e 5 - influente e muito influente).

Primeiramente, procedeu-se ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao Teste de Esfericidade de Bartlett no sentido de perceber se existiam as condições para se prosseguir com a análise factorial (Maroco, 2003). O valor do KMO encontrado foi 0.726 (ver Tabela 2 no Anexo D). Este é considerado aceitável a partir de 0.7 (Maroco, 2003). Igualmente, o Teste de Esfericidade de Bartlett (Teste de Bartlett (136) = 529.100, $p < .001$) indicou a existência de correlações significativas entre as variáveis (Maroco, 2003). Ambos os resultados mostraram condições para se prosseguir com a análise factorial.

Procedeu-se à realização da Análise Factorial propriamente dita. Com base no *Scree Test* (Cattell, 1978) e no Critério de extracção de Kaiser⁵, a análise factorial inicial extraiu 5 factores. O método de rotação usado foi o Ortogonal, proposto por Kaiser. Este método garante que as componentes extraídas permanecem independentes entre si (Carvalho, 2007). Os 5 factores explicaram 60.3% da variância total. O quinto factor continha três itens e contribuía somente com 6.6% para a explicação da variância total. Ademais, tematicamente o 5º e o 3º factor remetiam para temáticas similares.

Deste modo, justificou-se forçar a extracção a 4 factores. No total, estes factores explicaram 53.6% da variância total. Porém, o 4º factor continha somente três itens e contribuía com 6.8% na explicação da variância total. Por outro lado, a sua interpretação analítica era coincidente com a interpretação do factor 1. Assim, não se justificou ter mais uma variável cuja contribuição não era elevada e cuja interpretação não acrescia nada de novo.

Por conseguinte, realizou-se uma nova ACP com uma extracção forçada a três factores. Esta extracção possibilitou uma maior coerência quanto à definição analítica das dimensões. Para as interpretar, seleccionou-se para cada uma delas os itens que apresentaram pesos mais elevados.⁶ Estes tinham um peso de pelo menos 0.4 na respectiva componente. Dos 17 itens da escala, sete faziam parte da 1ª componente, cinco pertenciam à 2ª componente e cinco representavam a 3ª componente.

⁵ Extracção de componentes com valor próprio superior a 1.

⁶ Quanto mais perto de 1, mais forte é a associação entre cada variável e a componente, ou seja, mais representativa é a variável nessa componente.

As correlações entre as três componentes variaram entre 0.272 e 0.417 revelando a existência de correlações significativas ($p < 0.05$)⁷. Os coeficientes de correlação de Pearson podem ser vistos na Tabela 9 do Anexo D.

Assim, as três componentes sugeriram que as representações sociais da etiologia das PCA se agrupam da seguinte forma: (1) *Factores Individuais*; (2) *Factores Socioculturais*; (3) *Factores Psicopatológicos*. A definição analítica de cada componente reflecte o conteúdo dos itens que a representam.

A componente *Factores Individuais* agrupou as variáveis: Acontecimentos Traumáticos; Necessidade de Atenção; Problemas Relacionais; Problemas Familiares; Insucesso Escolar, Problemas Profissionais, Consumismo e Factores Genéticos. Esta componente explicou 25.4% da variância total dos dados e o seu valor próprio foi 4.32. Obteve um índice de consistência interna de 0.734 e as correlações item-total variaram entre 0.239 e 0.559.

As variáveis que compõem a dimensão *Factores Socioculturais* foram os *Mass Media*, a Pressão Social, a Pressão dos Pares, o Perfeccionismo e a Percepção Corporal Distorcida. Esta dimensão explicou 12.7% da variância total dos dados e o seu valor próprio foi 2.16. A componente tem um alfa de Cronbach de 0.708. As correlações item-total variaram entre 0.414 e 0.558.

Os factores representativos da dimensão *Factores Psicopatológicos* foram a insegurança, a baixa auto-estima, a personalidade dependente e a depressão. O valor próprio da componente foi 1.47 e esta explicou 8.6% da variância dos dados. O índice de consistência interna foi $\alpha=0.676$ e as correlações item-total variaram de 0.253 a 0.537.

Para perceber como se posicionaram os inquiridos em termos médios nas diferentes componentes extraídas, foi calculado um valor para cada indivíduo em cada um dos factores. Criaram-se 4 novas variáveis através do somatório dos itens correspondentes em cada componente e dividiu-se a soma pelo total de itens. Verificou-se que foram os “factores socioculturais” ($M=4.13$; $DP=0.53$) e os “factores psicopatológicos” ($M=4.10$; $DP=0.49$) que, em média, pareceram estar representados como os mais influentes para as PCA, já que assumiram níveis médios mais elevados (tabela 4). Foram também os

⁷ Segundo Cohen e Holliday (1982 cit. por Bryman, & Cramer, 2003), abaixo de 0.19 a correlação é muito baixa; de 0.20 a 0.39 é baixa; entre 0.40 e 0.69 é moderada; de 0.70 a 0.89 é alta, e; de 0.90 a 1 é muito alta.

que expressaram opiniões mais consensuais já que apresentaram os desvios-padrão mais baixos.

Tabela 4 – Posicionamento dos participantes nas 3 componentes

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Factores Socioculturais	114	2.80	5.00	4.1368	.53831
Factores Psicopatológicos	114	2.60	5.00	4.1088	.49646
Factores Individuais	114	1.57	5.00	3.3684	.57955

Outra forma de analisar as representações sociais dos factores foi explorar quais os três factores representados como mais influentes e compreender a forma como os participantes consideravam que esses factores contribuem para as PCA. Esta informação complementou os resultados anteriores porque permitiu especificar não só quais os factores mais associados à etiologia das PCA, como também a forma pela qual os participantes consideraram que esta influência é conduzida.

Inicialmente, procedeu-se a uma análise descritiva desta questão. A Tabela 5 apresenta os factores considerados em primeiro lugar como os mais influentes.

Tabela 5 – Representação do factor mais influente na etiologia das PCA

	N	%	% acumulada
Pressão Social	34	29.8	29.8
Depressão	18	15.8	45.6
Percepção corporal distorcida	16	14.0	59.6
Baixa auto-estima	16	14.0	73.7
<i>Mass Media</i>	16	14.0	87.7
Problemas Familiares	5	4.4	92.1
Pressão dos Pares	4	3.5	95.6
Insegurança	2	1.8	97.4
Problemas Profissionais	1	.9	98.2
Perfeccionismo	1	.9	99.1
Problemas relacionais	1	.9	100.0
Total	114	100.0	

Como se pode verificar pela tabela, o factor mais frequentemente apontado como o mais influente foi a “pressão social”, onde 30% dos inquiridos o mencionaram. Por outro lado, 16% dos participantes apontaram a “depressão”. Igualmente, a baixa auto-estima, a percepção corporal distorcida e os *mass media* foram frequentemente

mencionados como o factor mais influente no desenvolvimento da PCA (todos com 14% de respostas).

Tabela 6 – Representação do segundo factor mais influente na etiologia da PCA

	N	%	% Acumulada
Baixa auto-estima	28	24,6	24,6
<i>Mass Media</i>	16	14,0	38,6
Pressão Social	14	12,3	50,9
Percepção corporal distorcida	14	12,3	63,2
Pressão dos pares	10	8,8	71,9
Problemas Familiares	7	6,1	78,1
Problemas relacionais	6	5,3	83,3
Insegurança	6	5,3	88,6
Depressão	4	3,5	92,1
Acontecimentos Traumáticos	4	3,5	95,6
Necessidade de atenção	3	2,6	98,2
Perfeccionismo	2	1,8	100,0
Total	114	100,0	

Relativamente aos factores colocados em segundo lugar destacaram-se a baixa auto-estima, apontada por 24.6% dos inquiridos, os *mass media* referenciados por 14% dos participantes, a percepção corporal distorcida e a pressão social, ambos com 12% de respostas.

Tabela 7 – Representação do terceiro factor mais influente na etiologia da PCA

	N	%	% Acumulada
Baixa auto-estima	17	14.9	14.9
Insegurança	14	12.3	27.2
<i>Mass Media</i>	10	8.8	36.0
Pressão dos pares	10	8.8	44.7
Percepção corporal distorcida	9	7.9	52.6
Necessidade de atenção	9	7.9	60.5
Depressão	8	7.0	67.5
Prob Familiares	7	6.1	73.7
Pressão Social	6	5.3	78.9
Prob relacionais	6	5.3	84.2
Perfeccionismo	5	4.4	88.6
Consumismo	4	3.5	92.1
Acontecimentos traumáticos	4	3.5	95.6
Factores Genéticos	3	2.6	98.2
Prob Profissionais	1	.9	99.1
Personalidade dependente	1	.9	100.0
Total	114	100.0	

A baixa auto-estima foi apontada por 15% dos participantes como o terceiro factor mais influente, seguido da insegurança, com 12% de respostas. Também, os *mass media* e a pressão dos pares foram frequentemente mencionados (ambos com 9% de respostas).

Posteriormente, e para complementar esta informação procedeu-se à análise de conteúdo pelo método da codificação aberta da *Grounded Theory* (Corbin e Strass, 1990). Com efeito, analisaram-se as respostas que explicitavam a forma como os factores escolhidos poderiam contribuir para o surgimento das PCA. Foram identificadas cinco categorias gerais: 1) Padrões culturais de beleza rígidos e limitados; 2) Imagens veiculadas pelos *media*; 3) Valorização excessiva e generalizada da aparência física; 4) Baixa auto-confiança/insegurança e; 5) Mecanismos de redução de tensão/afecto negativo.

Não obstante, estas categorias não são mutuamente exclusivas, ou seja, parecem concorrer entre elas e contribuir para vários factores paralelamente.

Padrões culturais de beleza rígidos e limitados

Por um lado, os participantes reforçaram a existência de *padrões culturais de beleza rígidos e limitados* que incitam e motivam a aproximação a este ideal de magreza. Estas influências foram frequentemente associadas à pressão social e aos *mass media*. Exemplos destas categorias são: “A existência de padrões de beleza limitados e que apelam à magreza excessiva”; “A imagem que a sociedade transmite com cada vez mais insistência relativamente às medidas ideais que o homem/mulher devem ter”; “Cada vez mais a sociedade nos indica que o belo é magro e isso faz com que as pessoas se queiram ajustar aos parâmetros para se sentirem integrada”.

Imagens veiculadas pelos mass media

A difusão da imagem ideal (ou elegância inexequível) característica dos modelos e celebridades representou-se como uma forma de influência sobre as PCA, tendo sido associada aos *mass media*. Exemplos de citações categorizadas desta dimensão foram: “A imposição da imagem perfeita”; “A imagem dos modelos esqueléticos que passam nos media e são associados ao sucesso, imensa beleza e grandes somas de dinheiro”;

“Nas revistas e na TV aparecem muitas imagens do que pode ser a perfeição e principalmente as jovens querem aproximar-se dessas imagens.”

Valorização excessiva e generalizada da aparência física

A sobrevalorização do corpo e conseqüente necessidade de agradar pelo físico foi muito representada como meio de precipitação das PCA. Esta apareceu associada à pressão dos pares, aos problemas relacionais, ao perfeccionismo e à baixa auto-estima. Alguns exemplos são a *“Ideia de que somos aceites pelos amigos, colegas, trabalho em função do corpo”*; *“A necessidade/desejo exacerbada de agradar o próximo pelo físico”*; *“Necessidade de um bom aspecto físico para estabelecer relações”*.

Baixa auto-confiança/insegurança

A concepção negativa do *self* aliada à baixa auto-confiança e insegurança parece ser representado como um factor de risco para as PCA. Estes foram frequentemente associados à baixa auto-estima, insegurança, necessidade de atenção, pressão dos pares, depressão e aos problemas relacionais. Citações representativas são: *“O facto da própria pessoa não gostar da sua forma física e não se sentir bem consigo faz com que se veja como um modelo inadaptado à sociedade e ao que é considerado ideal”*; *“O facto da pessoa se achar sempre inferior a todos os que a rodeiam vai ter tendência a achar que nunca está bem e querer sempre mais”*; *“Não gostar de si próprio é meio caminho andado para procura “um outro” que seja melhor do que nós”*; *“Pessoas com baixa auto-estima tendem a perceberem-se de forma depreciativa e a desvalorizarem tudo o que vêem em si próprios”*).

Mecanismos de redução de tensão/afecto negativo

Finalmente, os *mecanismos de redução de tensão/afecto negativo* foram indicados, pelos participantes, como um modo de desencadeamento da PCA frequentemente associados à depressão, necessidade de atenção, problemas relacionais e baixa auto-estima. Por exemplo, *“Pode-se encontrar na comida um meio de descarga emocional”*. *“A comida é uma fuga para se agarrar a algo”*; *“O que se come pode ser a única coisa possível de controlar para fazer face a situações que não podemos controlar.”*

*Análise de diferenças de Representações Sociais entre grupos**Sexo Masculino e Feminino*

Em termos médios, pareceu verificar-se que as mulheres atribuíam mais características positivas e neutras nas representações sociais das PCA, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, comparativamente aos homens (ver Tabelas 21, 23 e 25 do Anexo C). Pretendeu-se analisar se esta média de características atribuídas às PCA, Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa divergia significativamente entre o sexo masculino e feminino. Para o efeito, recorremos ao Teste t, que permite a comparação de igualdade de médias entre dois grupos.

Foram encontradas diferenças significativas nas representações sociais das PCA em função do sexo dos participantes. Em termos médios, os resultados indicaram a existência de diferenças nas características positivas e neutras entre os dois grupos. O teste t revelou que as características positivas foram, em termos médios, mais atribuídas pelas mulheres do que pelos homens ($t_{(112)} = -2.191, p < 0.05$). Também foram encontradas diferenças significativas nas características neutras atribuídas ($t_{(112)} = -2.073, p < 0.05$), ou seja, foram as mulheres que em média atribuíam mais características neutras a pessoas com PCA, comparativamente aos homens.

No que diz respeito à Anorexia Nervosa, verificou-se que existem diferenças significativas entre homens e mulheres nas características neutras ($t_{(112)} = -2.326, p < 0.05$). Isto é, em termos médios foram as mulheres que atribuíam mais características neutras a pessoas com Anorexia Nervosa, quando comparadas com os homens.

As características positivas e neutras associadas à Bulimia Nervosa por homens e mulheres também diferiram significativamente. A significância associada ao Teste t revelou diferenças significativas entre o sexo masculino e o feminino na atribuição de características positivas ($t_{(112)} = -2.177, p < 0.05$). Em média, os participantes do sexo feminino atribuíam mais características positivas a pessoas com Bulimia Nervosa, comparativamente aos homens. Na atribuição de características neutras a pessoas com Bulimia Nervosa, também foram evidentes diferenças significativas entre homens e mulheres ($t_{(112)} = -3.5861, p < 0.01$). Os resultados mostram que foram as mulheres que, em média, atribuíam mais características neutras a pessoas com Bulimia Nervosa, quando comparadas com os homens.

Os resultados médios, por sexo, das respostas à Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA podem ser vistos na Tabela 27 do Anexo C. Realizou-se o Teste t para identificar a presença de diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino nestas medidas. Os resultados evidenciaram a existência de diferenças significativas nos factores Mass Media e Insegurança entre o grupo de mulheres e o grupo dos homens. Relativamente aos *Mass media* ($t_{(112)} = -2.309, p = 0.02, p < 0.05$), foram as mulheres que, em média, tenderam a considerar como mais influentes no desenvolvimento das PCA quando comparadas com os homens. Os resultados mostram que, perante a insegurança ($t_{(112)} = -2.045, p = 0.04, p < 0.05$), foram também as mulheres que, em média, atribuem maior influência à insegurança para as PCA, comparativamente aos homens.

Contexto Universitário vs. Laboral

Para perceber se havia diferenças significativas entre os contextos de aplicação dos questionários, foram analisadas as médias de características atribuídas entre participantes do contexto laboral e universitário.

Como se pode verificar pelas tabelas 29, 31 e 33 do Anexo C, pareciam existir algumas diferenças de posicionamento dos participantes face às características atribuídas. Para saber se estas diferenças foram significativas procedemos à realização do Teste t entre estes grupos. Os resultados indicaram que os grupos não diferem significativamente nas médias de características atribuídas às PCA, à Anorexia e à Bulimia Nervosa (todos os $p > 0.05$).

Configuração Topológica do Espaço em Análise

Devido à quantidade de características e respectivas opções de resposta, considerou-se importante proceder à sua transformação de modo a obterem-se categorias que efectivamente traduzissem a informação presente nas mesmas. Deste modo, as variáveis foram recategorizadas de cinco para três categorias de forma a agrupar a totalidade das respostas sem perder informação potencialmente relevante para o presente estudo. Ou seja, agrupou-se as categorias “nada característico” e “pouco característico” numa só categoria que traduzisse a negatividade da resposta – “não”. As categorias “característico” e “muito característico” recategorizaram-se na categoria que traduz a

concordância dos participantes com a representação da característica - “sim”. A categoria “nem muito nem pouco característico” manteve-se igual.

Após esta fase prévia de preparação dos dados, iniciou-se a Análise de Correspondências Múltiplas (ACM).

A ACM permite analisar a interdependência entre múltiplos indicadores e projectar em simultâneo todas as categorias dos múltiplos indicadores num plano, tornando legível a estrutura multidimensional do espaço de partida (Carvalho, 2007). Assim, este método permite gerir múltiplos indicadores numa relação de interdependência, da mesma maneira que possibilita a análise da estruturação entre as variáveis e as suas categorias no plano. Ou seja, permite compreender como se associam as diferentes categorias de variáveis. Ao se verificar a existência de diferentes grupos, é possível identificar não só quantos grupos existem no espaço, como também quais os seus perfis.

Foi efectuada uma ACM para cada uma das representações sociais, ou seja da PCA em geral, da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa.

Para a realização das ACM's e de modo a não sobrecarregar o plano topológico tomou-se como referência as variáveis de cada escala cuja média foi superior a 3.5, por se considerar que seriam as mais representativas das perturbações em análise.

Perturbações do Comportamento Alimentar

Para a realização da ACM tomou-se como referência as variáveis: comportamento alimentar descontrolado, baixa auto-estima, sexo feminino, deprimida, perturbada, ansiosa, jovem, aspecto frágil, dietas rígidas, carente, sem auto-controlo, magra, sensível, introvertida e perfeccionista.

Para decidir o número de dimensões a reter na análise observou-se a variância explicada de cada uma das dimensões, através dos seus valores próprios e inércias⁸.

Verificou-se que quer o valor próprio como a inércia tendem a decrescer com o aumento do número de dimensões. Foram as dimensões 1 e 2 que não só possuíram valores próprios mais elevados (3.250 e 2.729, respectivamente) e *Alphas de Cronbach* superiores a 0.5⁹, como também apresentaram os valores de inércia mais elevados (0.217 e 0.182, respectivamente). Estes valores estão expostos na Tabela 1 (Anexo E).

Apesar de ser habitual seleccionar-se um número reduzido de dimensões para interpretar, é importante validar essa escolha através da análise do decréscimo dos

⁸ A Inércia refere-se à variância explicada por cada dimensão.

⁹ Condição necessária à presença de consistência interna na dimensão respectiva.

valores das inércias do número máximo de dimensões¹⁰, inclusive por representação gráfica. Observando a representação gráfica da variância das dimensões (ver Figura 1 do Anexo E), identificou-se que a partir da segunda dimensão o valor da inércia apresentou descidas acentuadas. Assim, optou-se por uma solução bidimensional.

Procedeu-se à análise das medidas de discriminação para se seleccionarem as variáveis que mais discriminaram em cada uma das dimensões (ver Tabela 2 do Anexo E). O critério de selecção deve ser orientado através da escolha das variáveis cuja medida de discriminação seja superior ao valor da inércia da dimensão. Contudo, isso não obsta a que sejam seleccionadas variáveis cuja medida de discriminação seja inferior ao da inércia desde que seja analiticamente interessante a interpretação dessa variável. Assim, as variáveis que representaram a primeira dimensão foram: “sexo feminino, com aspecto frágil, sensível, magra, perturbada, deprimida, carente e sem auto-controlo”. As variáveis que mais contribuíram para a inércia da segunda dimensão foram: “comportamento alimentar descontrolado, perfeccionista, jovem, introvertida, ansiosa, com baixa auto-estima e dietas rígidas”.

De facto, constatou-se uma oposição entre as variáveis que representaram as PCA. A primeira dimensão pareceu referir-se à *fragilidade e aspecto da pessoa com PCA* e a segunda à *insatisfação corporal e percepção corporal distorcida da pessoa com PCA*.

Para melhor compreender a referida oposição, apresenta-se a representação gráfica das medidas de discriminação (ver figura 2 do Anexo E). Mais uma vez, verificou-se que as variáveis: sexo feminino, com aspecto frágil, sensível, magra, perturbada, deprimida, carente e sem auto-controlo parecem agrupar-se, contribuindo mais para a primeira dimensão. Por sua vez, as variáveis comportamento alimentar descontrolado, dietas rígidas, perfeccionista, jovem, introvertida, ansiosa e baixa auto-estima contribuíram para a segunda dimensão.

De notar é também o facto das variáveis Deprimida, Jovem, Dietas Rígidas e Ansiosa destacarem-se das restantes, ao discriminarem nas duas dimensões. Possuir medidas de discriminação elevadas em ambas as dimensões significa que não se destacam na definição de nenhuma destas. Com efeito, esta dupla inclusão das variáveis nas dimensões tornou difícil uma clara interpretação destas. Porém, através da análise

¹⁰ O número máximo de dimensões (R_{max}) corresponde a $p-1$, sendo que P representa o número de categorias activas (45). Assim, $R_{max}=44$, logo o número máximo de dimensões é 44.

das coordenadas¹¹ e das contribuições das categorias, a sua interpretação tornou-se mais clara (ver Tabelas 3 a 29 no Anexo E)¹².

Relativamente à selecção das categorias, devem ser privilegiadas as que pertençam às variáveis com medidas de discriminação mais elevadas e que detenham quantificações (coordenadas e contribuições) também elevadas. Assim, fez-se o levantamento das categorias mais relevantes para cada plano (observar a configuração do espaço na figura 3 do Anexo E). A leitura das quantificações e contribuições de cada categoria assume relevância neste ponto já que urge a necessidade de garantir a sustentação da análise sobre os resultados que mais contribuíram para explicar a dispersão do espaço em análise¹³. Em seguida, procurou-se averiguar – através da interpretação do plano a existência de diferentes configurações¹⁴ - potenciais grupos.

No primeiro quadrante foram representadas as categorias que remetem para a possibilidade da variável ser característica da PCA – “talvez”. Com efeito, este grupo referiu que “ter um comportamento descontrolado, realizar dietas rígidas, ser jovem, do sexo feminino, deprimida, perturbada, ansiosa, sensível, perfeccionista, magra, sem auto-controlo, baixa auto-estima, introvertida e carente” não é nem muito nem pouco característico de pessoas com PCA. Este grupo considerou que “ter um aspecto frágil” é pouco ou nada característico de pessoas com PCA. Este perfil representou a tendência central das respostas e foi denominado *Leigos de Tendência Central*.

O segundo perfil foi representado no segundo quadrante do plano. Aqui situaram-se as categorias de resposta associadas à não representatividade das características em pessoas com PCA. Ou seja, este perfil referiu que “ser do sexo feminino, sem auto-controlo, perturbada, perfeccionista, introvertida, carente, magra, com comportamento alimentar descontrolado” é pouco ou nada característico de pessoas com PCA. Considerou também o “aspecto frágil” como nem muito nem pouco representativo de pessoas com PCA. Não obstante, denotou-se que existiram categorias que embora se

¹¹ As coordenadas permitem analiticamente aferir sobre as associações e sobre as oposições entre as categorias. As associações são traduzidas por coordenadas com o mesmo sinal e, por sua vez, as oposições reflectem coordenadas de sinais contrários. Quanto mais as categorias se afastam da origem (i.e., coordenadas que se afastem de 0) mais diferenciadoras são as categorias às quais elas respeitam.

¹² Tomou-se como valor de referência a contribuição média (que resulta da divisão do somatório das contribuições para cada dimensão pelo número total de categorias (45)). Logo, 1/45 corresponde a 0.022.

¹³ As categorias que se situarem abaixo do valor médio de contribuição ou se situarem muito próximas da origem não serão mencionadas na análise.

¹⁴ As configurações traduzem-se pela combinação de categorias das variáveis que definem as dimensões do plano. A proximidade registada entre conjuntos de categorias reflecte a presença de grupos de indivíduos, que tendencialmente partilham as mesmas categorias.

situassem no quadrante, afastaram-se do grupo. Este grupo referiu que “ser jovem, deprimida e com baixa auto-estima” é pouco ou nada característico de pessoas com PCA. Interpretando o grupo, podemos considerar este perfil como os *Leigos Incultos*, na medida em que o seu conhecimento pareceu distanciar-se do modelo biomédico.

Por fim, destacou-se um outro perfil situado entre o terceiro e quarto quadrante. Este perfil aglomerou-se mais que os restantes. “Ansiosa, carente, deprimida, introvertida, perturbada, sensível, jovem, perfeccionista, sem auto-controlo, do sexo feminino, magra, com baixa auto-estima e ter comportamento alimentar descontrolado” foram características representativas de pessoas com PCA, segundo este grupo. Porém, “ser ansiosa” foi considerado pelo grupo como pouco ou nada característico. Nesta representação, “realizar dietas rígidas” teve um papel ambivalente. Ou seja, a realização de dietas tanto foi considerada como muito característica mas também como pouco ou nada característica de pessoas com PCA. Podemos considerar este grupo como os *Leigos Cultos*, na medida em que o perfil da representação social de pessoas com PCA encontrou-se mais próximo ao encontrado na literatura.

Pareceu haver uma oposição entre o segundo e terceiro perfil. Se num quadrante agruparam-se os participantes cujas respostas sugeriram a não representatividade das características nas PCA, no quadrante oposto reuniram-se as respostas que sugeriram a sua representatividade.

Anorexia Nervosa

Para a análise seleccionaram-se as variáveis: sexo feminino, comportamento alimentar descontrolado, baixa auto-estima, deprimida, perturbada, ansiosa, jovem, aspecto frágil, dietas rígidas, carente, sem auto-controlo, magra, sensível, desconfiada e perfeccionista.

Para determinar o número de dimensões¹⁵ adequadas para a configuração do espaço em análise procedeu-se de igual forma ao descrito anteriormente para a PCA. Para tal analisaram-se os valores próprios e as inércias das dimensões. Constatou-se que foram as dimensões 1 e 2 que possuíam valores próprios mais elevados (3.572 e 2.730, respectivamente), *Alphas de Cronbach* superiores a 0.5¹⁶, e apresentaram as inércias mais elevadas (0.238, 0.182, respectivamente) – ver tabela 30 do Anexo E. A representação gráfica da variância das dimensões (ver Figura 4 do Anexo E) permitiu

¹⁵ $R_{max} = p - 1 = 45 - 1 = 44$, logo o número máximo de dimensões é 44.

¹⁶ Condição necessária à presença de consistência interna na dimensão respectiva.

verificar que foram as duas primeiras dimensões que se destacaram em relação às demais. Assim, optou-se por uma solução bidimensional.

Para verificar quais as variáveis que discriminavam mais em cada dimensão procedeu-se à análise das medidas de discriminação. A escolha das variáveis foi feita segundo os critérios enunciados na análise da PCA (Ver tabela 31 do Anexo E).

A primeira dimensão foi representada pelas variáveis: “aspecto frágil, perturbada, ansiosa, deprimida, carente, magra, sensível, com baixa auto-estima, com comportamento alimentar descontrolado e em dietas rígidas”. As variáveis que mais contribuíram para a inércia da segunda dimensão foram: “ser desconfiada, jovem, sexo feminino, sem auto-controlo, e perfeccionista”.

Verificou-se uma oposição entre as variáveis que representaram a Anorexia Nervosa. A primeira dimensão referiu-se à *Insegurança/auto-percepção negativa da pessoa com Anorexia Nervosa*. Já a segunda pareceu remeter para a *necessidade de controlo da pessoa com Anorexia Nervosa*. A representação gráfica das medidas de discriminação está apresentada na figura 5 do Anexo E).

Constatou-se ainda que as variáveis: “deprimida, com baixa auto-estima e ansiosa” destacaram-se das restantes uma vez que representaram ambas as dimensões. Para verificar as categorias mais relevantes na configuração do espaço (observar a configuração do espaço na figura 6 do Anexo E)¹⁷, analisaram-se as suas coordenadas e contribuições (ver Tabelas 32 a 61 no Anexo E)¹⁸. Em seguida, procedeu-se à interpretação do plano para verificar a existência de diferentes perfis de resposta.

No primeiro quadrante encontrou-se um grupo cujo perfil referiu que as variáveis não eram nem muito nem pouco características da Anorexia Nervosa. Assim, este grupo referiu que “ser ansiosa, carente, sensível, deprimida, magra, do sexo feminino, sem auto-controlo, com baixa auto-estima, com comportamento alimentar descontrolado, realizar dietas rígidas, ter um aspecto frágil, ser jovem e perfeccionista” não representa nem muito nem pouco as pessoas com Anorexia Nervosa. Não obstante, constatou-se que “possuir um aspecto frágil e ser desconfiada” foi pouco ou nada característico da Anorexia Nervosa. Este perfil parece ser representado pelos *Leigos de Tendência Central*, porque o grupo posicionou-se intermediamente face à Anorexia Nervosa, ou

¹⁷ As categorias que se situarem abaixo do valor médio de contribuição ou se situarem muito próximas da origem não serão mencionadas na análise.

¹⁸ Tomou-se como valor de referência a contribuição média. $1/45 = 0.022$.

seja, as variáveis apresentadas não foram consideradas como representativas nem como não representativas da perturbação.

Por sua vez, no segundo quadrante situaram-se as respostas que referiram as variáveis em análise como pouco ou nada representativas de pessoas com Anorexia Nervosa. Muito embora se situassem no mesmo quadrante, coexistiram três grupos de resposta. Por um lado, um grupo referiu que “ser carente e não ter auto-controlo” é pouco ou nada característico da Anorexia Nervosa. Ainda no mesmo quadrante mas de forma aglomerada, sobressai outro grupo cujas respostas especificaram que “ser deprimida, perturbada e jovem” não representa pessoas com Anorexia Nervosa. Ademais, considerou-se outro grupo de respostas aglomeradas que referiu que “ter baixa auto-estima, comportamento alimentar descontrolado, fazer dietas rígidas e ser magra” é pouco ou nada característico da Anorexia Nervosa. Este perfil foi nomeado como os *Leigos Incultos* na medida em que o seu conhecimento acerca da Anorexia parece distanciar-se do preconizado teoricamente.

Por fim, no terceiro quadrante destacaram-se as categorias de resposta que remeteram para a representatividade das características em pessoas com Anorexia Nervosa. Este grupo foi composto por aqueles que consideraram que “ser ansiosa, sensível, perturbada, carente, deprimida, desconfiada, perfeccionista, jovem, do sexo feminino, magra, ter um aspecto frágil, baixa auto-estima, comportamento alimentar descontrolado, realizar dietas rígidas, não ter auto-controlo” são peculiaridades características das pessoas com Anorexia Nervosa. Contudo, constatou-se alguma dualidade face às características “sensível, sexo feminino e perfeccionista”, na medida em que foram reportadas como pouco ou nada representativas de pessoas com Anorexia Nervosa. Assim, denominou-se este grupo como *Leigos Cultos*, já que agrupou os participantes cujas respostas pareceram aproximar-se do teorizado cientificamente.

De facto, os resultados evidenciaram a existência de uma oposição entre o segundo e terceiro perfil. Ou seja, as categorias de resposta que não consideraram as variáveis como características de pessoas com Anorexia Nervosa tendencialmente agruparam-se no segundo quadrante e opuseram-se ao terceiro quadrante. Neste quadrante, agruparam-se as respostas cuja categoria sugeriu a representatividade da variável em pessoas com Anorexia Nervosa. Porém, este grupo também reportou que “ser sensível, do sexo feminino e perfeccionista” pode ser pouco ou nada representativo da perturbação. Ademais, o terceiro perfil pareceu não ter uma opinião concisa acerca da

Anorexia Nervosa na medida em que, tendencialmente, apontou as variáveis como nem muito nem pouco características.

Bulimia Nervosa

Para esta análise consideraram-se as variáveis de input: “comportamento alimentar descontrolado, baixa auto-estima, sexo feminino, deprimida, perturbada, ansiosa, jovem, aspecto frágil, dietas rígidas, carente, sem auto-controlo, magra, sensível e desconfiada”.

Para decidir o número de dimensões¹⁹ a reter na análise efectuaram-se os procedimentos estatísticos descritos na análise feita para a PCA, ou seja analisaram-se os valores próprios e a inércia de cada uma delas (ver Tabela 62 do Anexo E).

Constatou-se também que foram as dimensões 1 e 2 que apresentaram valores próprios mais elevados (4.353 e 3.437, respectivamente), *Alphas de Cronbach* superiores a 0.5²⁰ e inércias mais elevadas (0.311, 0.245, respectivamente). A análise da representação gráfica da variância das dimensões (ver Figura 7 do Anexo E) mostrou-se consistente com esta análise. A partir destes resultados optou-se por uma solução com duas dimensões.

Através da análise às medidas de discriminação verificou-se quais as variáveis que mais discriminaram em cada uma das dimensões²¹.

A primeira dimensão foi representada pelas variáveis: “sensível, magra, com baixa auto-estima, sexo feminino, ansiosa, aspecto frágil, perturbada e deprimida”. As variáveis que representaram a segunda dimensão foram: “comportamento alimentar descontrolado, sem auto-controlo, carente, desconfiada, em dietas rígidas e ser jovem”.

Através desta leitura, verificou-se uma oposição entre as variáveis que representaram a Bulimia Nervosa. A primeira dimensão referiu-se à *saúde física e mental*. Já a segunda pareceu remeter para a *Insatisfação Corporal e descontrolo alimentar* (o gráfico das medidas de discriminação está apresentado no Anexo E - figura 8).

Verificou-se que as variáveis “deprimida e carente” discriminaram em ambas as dimensões. Posteriormente procedeu-se à análise das coordenadas e das contribuições

¹⁹ Número máximo de dimensões possível = $R_{max} = 42 - 1 = 41$.

²⁰ Condição necessária à presença de consistência interna na dimensão respectiva.

²¹ Tal como nas análises anteriores orientámos a escolha das variáveis não só em função do critério de selecção das variáveis cuja medida de discriminação fosse superior ao valor da inércia da dimensão, mas também tendo em conta a importância da variável para a interpretação analítica da dimensão.

das categorias, a sua definição tornou-se mais clara (ver Tabelas 64 a 91 no Anexo E)²². Finalmente, procedeu-se à caracterização dos quadrantes para verificar a existência de diferentes grupos no plano (figura 9 do Anexo E)²³.

Assim sendo, no primeiro quadrante ficou representado o grupo cujo perfil apontou como nem muito nem pouco característico da Bulimia Nervosa as variáveis: “ansiosa, carente, aspecto frágil, comportamento alimentar descontrolado, deprimida, desconfiada, em dietas rígidas, jovem, magra, perturbada, sem auto-controlo, sensível e do sexo feminino”. Este perfil foi nomeado de *Leigos de Tendência Central* na medida em que apresentaram as respostas, tendencialmente, no ponto médio da escala.

Por sua vez, no segundo quadrante, encontrou-se um outro perfil. Este agrupou as respostas que reportaram, como pouco ou nada características de pessoas com Bulimia Nervosa, as variáveis: “ansiosa, aspecto frágil, baixa auto-estima, comportamento alimentar descontrolado, deprimida, desconfiada, dietas rígidas, ser jovem, magra, perturbada, sem auto-controlo, do sexo feminino e carente”. Apelidou-se este perfil como os *Leigos Incultos*. Tendencialmente, o seu conhecimento pareceu distanciar-se do conhecimento teórico, e conseqüentemente do perfil científico da Bulimia Nervosa.

Por fim, entre o terceiro e o quarto quadrante verificou-se outro grupo. Este representou o perfil cujas respostas apontaram, como muito representativas da Bulimia Nervosa, as características: “ser ansiosa, carente, deprimida, desconfiada, sensível, perturbada, sem auto-controlo, jovem, do sexo feminino, magra ter um aspecto frágil, baixa auto-estima, comportamento alimentar descontrolado e dietas rígidas”. Porém, “ser sensível” teve um papel ambivalente, já que também foi considerado como pouco ou nada característico de pessoas com Bulimia Nervosa. Denominou-se este perfil como os *Leigos Cultos* na medida em que pareceram ter uma representação social de pessoas com Bulimia Nervosa próxima do conhecimento teórico-científico.

Conclusivamente, pareceu haver uma oposição entre o segundo e terceiro perfil, na medida em que as respostas entre estes grupos pareceram agrupar-se no sentido oposto. No terceiro quadrante encontrou-se o grupo dos *Leigos Cultos* cujo conhecimento pareceu aproximar-se mais da teoria, por oposição ao grupo dos *Leigos Incultos*, situado no segundo quadrante, e cujo conhecimento distanciou-se do preconizado cientificamente. Não obstante, os *Leigos de Tendência Central*, sito no primeiro

²² Tomou-se como valor de referência a contribuição média. $1/42 = 0.023$.

²³ As categorias que se situarem abaixo do valor médio de contribuição ou se situarem muito próximas da origem não serão mencionadas na análise.

quadrante, pareceu remeter para a indiferenciação de conhecimentos sobre a Bulimia Nervosa, na medida em que as suas repostas tendencialmente foram apontadas no ponto médio da Escala. Ou seja, o seu conhecimento pareceu não se aproximar nem afastar da teoria.

Capítulo IV – Interpretação dos Resultados

Discussão

Ambos os estudos pretenderam o estabelecimento de uma ponte entre a Psicologia Clínica e a Psicologia Social no âmbito das representações sócias das PCA. O primeiro descreveu a realização de grupos de discussão focalizada para a identificação de características que servissem de base para o desenvolvimento de um questionário sobre as representações sociais das PCA. Já o segundo analisou de que forma as PCA são representadas socialmente entre leigos. Estas representações abrangeram não só as PCA em geral, mas também a Anorexia e a Bulimia Nervosa. Estas perturbações são consideradas as duas patologias clínicas mais importantes das PCA (Kinder, 1997).

Foram identificadas várias características representativas das PCA. Estas representações apresentaram-se, em parte, consistentes com o conhecimento empírico. A característica mais fortemente associada às PCA foi a existência do comportamento alimentar descontrolado, indo de encontro ao preconizado por várias teorias que sublinham as alterações nos padrões alimentares como uma característica inerente às PCA (e.g. Sampaio, 2005; Fairburn, 1998). Contudo, o comportamento alimentar descontrolado remeteu essencialmente para a realização de dietas rígidas. Talvez por isso, a magreza e o aspecto frágil tenham sido salientados como próprios das pessoas com PCA. Ademais, o estudo revelou que as PCA foram tendencialmente associadas a jovens do sexo feminino. Esta associação é consistente com os estudos de prevalência das PCA (e.g. Drenowski, Hopkins, & Kessler, 1988). Estes referem que cerca de 90% das pessoas com PCA são do sexo feminino. Por outro lado, também na literatura as PCA estão associadas ao período etário entre a adolescência e a juventude (Mizes, 1985). Muito embora o sexo masculino e a idade adulta tenham sido considerados pouco representativos das PCA neste estudo, as evidências comprovam o aumento da incidência destas perturbações noutras faixas etárias e no sexo masculino (Sampaio, 2005). Igualmente como sugerem Cooper e Fairburn (1992), os resultados demonstram que a baixa auto-estima é característica destas perturbações. A representação social do perfil psicológico de pessoas com PCA sugeriu ainda a associação com perturbações psicológicas como o elevado nível de ansiedade, depressão e introversão social e o baixo nível de auto-controlo. O mesmo é suportado empiricamente (e.g. Pollice, Kaye, Greeno & Weltzin, 1997). Os resultados evidenciam ainda que as PCA estão associadas a pessoas perfeccionistas (e.g. Scott, 1987;), carentes e sensíveis. Embora não existam evidências directas sobre a relação entre carência, sensibilidade e PCA, muitos autores

sugerem a associação destas características a perturbações do humor como a Perturbação Depressiva (e.g. Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000) ou perturbações afectivas (Crisp, Hsu, & Harding, 1980). Por sua vez, estas perturbações são frequentemente associadas às PCA (e.g. Stein, Kaye, Matsunaga, Orbach, Har-EvenFrank, McConaha & Rao, 2002).

Em suma, a representação social das PCA aproxima-se, em parte, ao que é teorizado na literatura. Contudo, destaca-se alguma falta de conhecimento por parte dos leigos, nomeadamente no que concerne à vulnerabilidade, arrogância, desconfiança e prática de desporto. Empiricamente, estas características psicológicas parecem associar-se às PCA (Kinder, 1997). Da mesma maneira, parece haver uma relação entre pessoas com PCA e a prática de desporto. Estas pessoas aderem, frequentemente, a programas de exercício físico, no propósito de adquirir a imagem física esperada e conquistar a percepção positiva dos outros (Leary, 1992). É premente questionar se a ideia de comportamento alimentar descontrolado veiculada entre os leigos estará cingida à restrição alimentar.

Tendo em conta a importância e gravidade da Anorexia e Bulimia Nervosa, pretendeu-se explorar as suas representações sociais em separado. Ainda que na literatura estejam documentados aspectos comuns entre ambas (e.g. auto-avaliação da imagem corporal como principal fonte de auto-estima, distorções cognitivas que afectam a imagem corporal, o desejo intenso de emagrecer e o consequente comportamento alimentar descontrolado), cada uma é composta por singularidades que lhe são próprias e inerentes (DSM-IV-TR, APA, 2002). Os resultados apresentaram similaridades nas representações sociais de ambas, ao passo que as diferenças encontradas não foram notórias.

As características reportadas como representativas, quer da Anorexia, quer da Bulimia Nervosa, estão enquadradas no quadro teórico de ambas. Sucintamente, estas perturbações tendem a ser associadas a jovens (Hoek, 2003), do sexo feminino (Mizes, 1985), com comportamento alimentar descontrolado (Kinder, 1997) e dietas rígidas (Cooper & Fairburn, 1992). A sua aparência foi associada à magreza e fragilidade física (Thompson, & Thompson, 1986). Confirmando o que é postulado teoricamente, pessoas com Anorexia ou Bulimia Nervosa parecem ser representadas psicologicamente como carentes, sensíveis e desconfiadas (Pollice et al, 1997). Tal como referido em cima, apesar de não haver referências empíricas que associem directamente as características carente e sensível à Anorexia e Bulimia Nervosa, estas características fazem parte de perturbações psicológicas como a Perturbação Depressiva e da Ansiedade. Estas

perturbações, bem como problemas de auto-controlo, baixa auto-estima e perfeccionismo manifestaram-se representativos da Anorexia e Bulimia Nervosa, tal como é descrito por vários autores (e.g. Cooley & Toray, 2001). O perfeccionismo foi referenciado como representativo de pessoas com Anorexia Nervosa; contudo, o mesmo não aconteceu para a Bulimia Nervosa. Esta foi a principal diferença no quadro das representações sociais de ambas as perturbações. Esta representação é contraditória ao conhecimento científico, visto que alguns estudos demonstraram que indivíduos com Bulimia Nervosa revelam níveis elevados de perfeccionismo (e.g. Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, & Heatherton, 1999). Ademais, empiricamente tem-se verificado que a introversão (e.g., Kinder, 1997), a vulnerabilidade (Coover, et al, 1989) e a arrogância (e.g. Abraham & Beaumont, 1982) são características comuns entre as bulímicas e/ou anorécticas. Porém, os resultados do presente estudo reportaram que estas características não integram as representações sociais da Anorexia ou Bulimia Nervosa.

Tal como na representação social de PCA, e contrariamente ao preconizado empiricamente, os resultados mostraram que a prática de desporto não é representativa destas perturbações. Porém, as anorécticas e as bulímicas têm um medo intenso e irracional de ganhar peso ou tornarem-se gordas mesmo quando têm peso inferior à média para a sua idade e altura (e.g. Wilmuth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro, & Gross, 1985). Desse modo, além do processo de restrição alimentar inerente à Anorexia Nervosa, métodos como o exercício físico parecem complementar a dieta e atenuar o medo de ganhar peso (e.g. Stice & Agras, 1998). Da mesma forma, na Bulimia Nervosa, o exercício físico (excessivo) parece ser um dos métodos compensatórios para fazer face aos episódios de ingestão alimentar compulsiva característicos da perturbação (e.g. Fairburn et al, 2000). Parece veicular entre os leigos a ideia que o comportamento alimentar descontrolado se cinge à realização de dietas rígidas e não envolve outros métodos de perda de peso, como o exercício físico. Nessa instância, importa indagar até que ponto os leigos compreendem o conceito subjacente de PCA. Todavia, no questionário poderiam estar diferenciados outros métodos de perder peso (e.g. vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas – supositórios), de forma a perceber a extensão do conhecimento dos leigos sobre a Anorexia e Bulimia Nervosa.

Outro aspecto importante remete para o conhecimento acerca da Bulimia Nervosa. Tendencialmente, as bulímicas apresentam peso corporal enquadrado nos padrões normais em função do peso e altura (DSM-IV-TR, APA, 2002). Porém, neste estudo as bulímicas foram representadas como magras e em dietas rígidas. Consistentemente, não

foi encontrada uma associação entre representação social de bulimia e a prática de desporto. Importa questionar qual o grau de conhecimento dos leigos acerca da Bulimia Nervosa. Será esta confundida com a Anorexia Nervosa? Ou será a Bulimia compreendida como uma sub-tipificação da Anorexia Nervosa? Não obstante, parece haver uma lacuna na transmissão de informação acerca da Bulimia Nervosa. Tal como foi referenciado em cima, em estudos futuros sugere-se a diferenciação de comportamento alimentar descontrolado no questionário através da individuação de outros métodos compensatórios.

Conclusivamente, as representações sociais encontradas revelaram-se, em parte, incompletas. Apesar de agruparem características associadas às perturbações, é evidente a ausência de muitas outras também importantes (e.g. o perfeccionismo ou a introversão não foram sempre associados). Mais ainda, as representações sociais das PCA, da Anorexia e da Bulimia Nervosa parecem ser similares. Ou seja, estas perturbações parecem enquadrar-se num único conceito entre os leigos.

Acerca destas representações sociais, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, com a excepção do facto das mulheres tenderem a atribuir mais características positivas e neutras do que os homens. As diferenças de género têm sido explicadas empiricamente por factores de natureza biológica, psicológica e social, associados à vivência (Doise, 1982/1986, cit. in Vala, 2004). Embora o conceito de género possa ser abordado segundo diversos níveis de análise, uma grande parte dos estudos realizados sobre género abordam o conceito de uma perspectiva intra-individual, ou seja, enquanto característica intrínseca, socialmente aprendida e relativamente estável (Doise, 1982/1986, cit. in Vala, 2004). A maior exposição feminina a modelos de atracção física magros que representam a imagem da mulher ideal na população actual (Kinder, 1997) pode justificar este resultado através da activação de processos de identificação e comparação social com jovens mulheres com PCA. Estes dados podem apontar para uma maior tolerância ou valorização das características associadas às PCA, podendo constituir-se como maior factor de risco ou vulnerabilidade para as mulheres. Em síntese, a resposta a estas diferenças de sexo nas representações sociais das PCA pode ser explorada futuramente.

Através destas escalas foi possível obter uma tipologia que compreende três perfis de leigos nas representações sociais das PCA com características distintas: Leigos Cultos; Leigos Incultos e Leigos de Tendência Central. O primeiro perfil, os leigos de tendência central, caracteriza-se por agrupar as respostas que sugerem as características das PCA

como nem muito nem pouco influentes. Ou seja, estes participantes tendem a responder sucessivamente no ponto médio da Escala. Este perfil parece sugerir uma abstracção ao modelo biomédico, na medida em que não se afastam nem aproximam do conhecimento científico. Não se sabe se esta tendência representativa se deve ao pouco conhecimento, ou à baixa motivação de resposta ao questionário.

Já o segundo perfil encontrado, os Leigos Incultos, parece posicionar-se contrariamente ao preconizado cientificamente. Ou seja, ele tende a agrupar as respostas que sugerem as características tomadas como prototípicas das PCA como pouco ou nada influentes. Assim, este perfil é composto pelos indivíduos cujo conhecimento parece distanciar-se mais do modelo biomédico.

Por fim, o terceiro perfil encontrado, os Leigos Cultos, parece ser de todos o que mais se assemelha ao conhecimento empírico. Este caracteriza-se pelo agrupamento das respostas que considera as características prototípicas das PCA como muito representativas. Ou seja, parecem ser os indivíduos cujo conhecimento acerca das PCA mais se aproxima ao modelo biomédico.

Não obstante, há necessidade de compreender mais detalhadamente os perfis encontrados, ou mesmo o surgimento de novos perfis.

Este estudo explorou ainda as representações sociais dos factores etiológicos das PCA. Na literatura existem várias abordagens acerca da etiologia destas perturbações. Vários autores propõem uma panóplia de causas de natureza multifactorial que concorrem entre si a vários níveis (e.g., Kinder, 1997). Também os leigos parecem associar diversos factores à etiologia das PCA, nomeadamente a baixa auto-estima, a percepção corporal distorcida, a depressão, a insegurança, a pressão social, os *mass media*, a pressão dos pares, problemas relacionais e a necessidade de atenção. Estes resultados vão de encontro a vários postulados empíricos que envolvem a génese das PCA.

Vários estudos confirmam que a auto-estima centrada no corpo encontra-se extremamente reduzida nas pessoas com PCA (e.g. Thompson & Thompson, 1986). Também a percepção corporal distorcida paralelamente à insatisfação corporal afectam a avaliação que um indivíduo tece de si próprio, ajudando a predizer a emergência de uma PCA (e.g. Thompson, Berland, Linton, & Weinsier, 1986).

Relativamente à Perturbação Depressiva, os resultados mostram-se, parcialmente consistentes com a literatura, na medida em que o papel da depressão na etiologia das PCA sofre diferentes perspectivas. Esta pode-se revelar como antecedente (e.g. Godart,

et al, 2000), consequente (e.g. Fairburn, et al, 1999) ou comum a terceiras variáveis (biológicas ou psicossociais – e.g. insatisfação corporal, percepção corporal) (e.g. Toner, Garfinkel & Garner, 1988). Da mesma forma, Stein e colaboradores (2002) verificaram níveis elevados de insegurança acompanhados por elevados níveis de depressão, ansiedade e stress em pessoas com PCA. Na literatura, o papel da necessidade de atenção sobre a gênese das PCA tem sido associado a outras variáveis (e.g. *feedback* específico sobre o corpo negativo, rejeição percebida, baixa auto-estima, insegurança) (e.g. Cervera et al, 1997). Assim, a visão dos leigos parece coadunar-se com o conhecimento científico face a este factor.

A representação social dos problemas relacionais como influentes no desenvolvimento das PCA parece ser, parcialmente, confirmada na literatura. Estes factores parecem aumentar o risco da PCA quando associados a efeitos de moderação e mediação de outras variáveis (e.g. necessidade de agradar aos outros pelo aspecto, afecto negativo, rejeição percebida, inibição emocional, etc.) (e.g. Leon et al, 1995). Uma vez que trabalhámos sobre uma amostra jovem, importa indagar a existência de uma sobrevalorização implícita do plano relacional. Contudo, este estudo não explorou o que cada um dos factores comporta, logo não nos é permitido inferir de que maneira são percebidos estes problemas. Futuramente, interessará perceber qual a aceção do conceito de problemas relacionais, ou seja, se estes são vistos como algo que decorre dentro da relação (ex. falta de comunicação), ou como algo que decorre do próprio (ex. necessidade de agradar o outro pelo físico).

Os factores socioculturais têm sido largamente considerados como um dos factores mais influentes de estados propiciadores de imagem corporal negativa, dietas restritivas e PCA (e.g., Nasser, 1988). Também os *mass media* foram associados à incidência das PCA, indo de encontro à hipótese que responsabiliza etiologicamente este meio de disseminação de informação. Estes são acusados de distorcerem a realidade, na medida em que os modelos e as celebridades que exibem não se mantêm naturalmente magros (em conformidade com a distribuição normal do peso) e, por conseguinte, constituem o produto de esforços para atingir este nível de elegância física (e.g., Thompson, Coover & Stormer, 1999). À semelhança dos *mass media*, a influência dos pares é frequentemente enunciada como um contributo importante para a precipitação das PCA (e.g., Stice, Maxfield, & Wells, 2003), indo de encontro ao percebido pelos leigos.

A representação social dos leigos acerca da etiologia das PCA é, em parte, congruente com o conhecimento empírico. Não obstante, denotam-se algumas falhas no

conhecimento leigo. O perfeccionismo e os problemas familiares foram representados como nem muito nem pouco influentes. Este resultado parece divergir de estudos que os revelam claros preditores das PCA. Relativamente ao perfeccionismo, destacam-se estudos que o associam às PCA conjuntamente a outras variáveis – e.g. baixa auto-estima, insatisfação corporal, percepção corporal distorcida (e.g. Vohs, et al, 1999).

Por outro lado, existe uma vasta literatura que compreende estudos cuja ênfase é colocada na forma como o ambiente familiar, as interações familiares e as competências dos pais, podem afectar o aparecimento das PCA (e.g., Striegel-Moore, & Kearney-Cooke, 1994). Contudo, os investigadores não chegam a um acordo quanto ao papel desempenhado pelos problemas familiares. Esta discórdia parece consistente com os resultados, ou seja, parece não ser apropriado responsabilizar a família pela emergência da PCA. Futuramente, sugere-se discriminar este factor em dimensões mais específicas como ambiente familiar, interações familiar e relação parental, de forma a perceber em que ponto a família é representada como (pouco) influente.

De notar é também a rejeição dos factores genéticos para a representação social da etiologia das PCA. Esta concepção mostra-se consistente com o que alguns autores sugerem. Todavia, a área da predisposição genética na etiologia das PCA permanece pouco consensual. Enquanto alguns autores reclamam elevados coeficientes de correlação positiva entre hereditariedade e PCA (e.g., Kaye, et al, 1998), outros sugerem que os genes não são considerados nem necessários, nem suficientes para justificarem a emergência da PCA (Kendler, MacLean, Neale, Kessler, R., Heath, & Eaves, 1991). Em estudos futuros será premente diferenciar factores genéticos de biológicos na Escala de Representações Sociais das PCA. É importante perceber até que ponto os leigos compreendem a aceção da predisposição genética e, por conseguinte, perceber se existe alguma confusão com outros factores de ordem biológica.

Não se denotaram diferenças significativas entre sexos, à excepção dos *mass media* e da insegurança, sendo que foram as mulheres que tenderam a representar estes factores como mais influentes para o desenvolvimento da PCA. Há várias teorias que parecem justificar esta significância. Por um lado, a pressão para ser magro proveniente dos *media* contribui para a interiorização do ideal de magreza e para uma valorização excessiva da importância da aparência (Levine et al, 1994), principalmente pelas mulheres, uma vez que a apresentação positiva do seu *self* compreende uma forte influência destes ideais de beleza (Leary, 1992). Por outro lado, a maior exposição das mulheres aos modelos veiculados pelos *media* aumenta não só a tendência da adopção

de ídolos de beleza feminina (Stice, Maxfield & Wells, 2003), mas também o desejo de igualarem-se fisicamente aos mesmos. Reconhece-se que a pressão para ser magra pode originar um sentimento de insatisfação corporal, baixa auto-estima e insegurança, porque este ideal é difícil de se alcançar (Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn & Thompson, 1999). Assim, parece justificável serem as mulheres a representarem não só os *mass media*, como também a insegurança como mais influentes para a PCA do que os homens.

A escala poderia especificar mais factores, nomeadamente, a realização de dietas, o índice de massa corporal, a insatisfação corporal, a ausência de consciência interoceptiva, as influências afectivas (ex. outras perturbações do humor), factores relacionados com o desenvolvimento (ex. papel das expectativas sociais; papel da atracção na sociedade em que se encontra inserido). Por outro lado, alguns factores são complexos e concorrem em vários níveis, como é o caso dos problemas familiares, problemas relacionais, problemas profissionais, pressão dos pares e acontecimentos traumáticos. Seria importante especificá-los no questionário de forma a explorar em que medida são percebidos como influentes das PCA. Igualmente, e como já foi mencionado, seria pertinente distinguir entre factores biológicos e genéticos.

Os resultados sugerem que a escala de Representações Sociais dos Factores Etiológicos apresenta uma estrutura de três factores com boas qualidades psicométricas. Os três factores parecem segmentar-se entre *Factores Individuais*, *Factores Socioculturais* e *Factores Psicopatológicos*. Esta divisão é parcialmente consistente com a segmentação que alguns autores fazem face à etiologia das PCA (e.g. Sampaio, 2005). A principal diferença residiu no facto de que os factores genéticos tendem a ser considerados um factor à parte dos factores de ordem idiossincrática (e.g. Sampaio, 2005). O facto de estes factores não terem merecido especial consideração na representação social da etiologia das PCA neste estudo pode justificar esta diferença.

Leon e colaboradores (1997) referem a necessidade de compreender a multi-causalidade das PCA. Consideram também que, apesar do aumento dos estudos acerca destas perturbações, o aumento da incidência destas perturbações é alarmante.

Em Portugal, este foi o primeiro estudo que liga o quadro clínico das PCA ao quadro social à luz das representações sociais. Muito mais há por fazer e explorar neste sentido.

Em particular, urge a necessidade de explorar a validade das escalas numa amostra maior. Por outro lado, seria interessante aplicar as escalas em amostras clínicas de pacientes e de profissionais de saúde mental, de forma a explorar as diferenças e

comunalidades nas representações existentes entre leigos, pacientes e profissionais de saúde mental.

Os perfis de leigos identificados permitem uma melhor compreensão acerca da forma como o conhecimento leigo sobre as PCA se distribui. Por outro lado, para que se possa generalizar os perfis encontrados como caracterizadores dos tipos de representações sociais das PCA, é necessário que a amostra utilizada seja representativa da população portuguesa. Ademais, um aumento significativo da amostra pode levar à compreensão mais detalhada dos perfis encontrados, ou mesmo o surgimento de novos perfis. E, em última instância, pode conduzir a estratégias de disseminação da informação mais eficazes e directas sobre as PCA na população.

Ainda assim, consideramos que o contributo foi promissor. As Escalas de Representações Sociais das PCA, bem como a Escala de Representações Sociais dos Factores Etiológicos das PCA podem ser medidas úteis na investigação do conhecimento veiculado entre leigos, profissionais de saúde e pacientes acerca das PCA. Para tal será necessário encarar estas escalas como úteis de forma a compreender onde reside a necessidade de informar e explicar estas perturbações e, em última instância, delinear e implementar estratégias de transmissão de informação.

7 – Referências

- Abraham, S., & Beaumont, P. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine, 12*: 625-635.
- American Psychiatric Association (1993). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (3ª Ed. Rev.) Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (1997). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.) Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Text rev.) Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (1994). *Publication Manual* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação Clínica nas Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 4* (2): 121-133.
- Bulik, C., Sullivan, P., Wade, & Kendler, K. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders, *American Journal of Psychiatry, 157*: 886–895.
- Button, E., & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 11*, 509-516.
- Carmo, I. Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa, 12*: 301-316.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., Sampaio D., & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of Anorexia Nervosa: a portuguese popoulation study. *European Eating Disorders Review. 4*(3): 157-70.

Cash, T., & Brown, T. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.

Casper, R., & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *The International Journal of Eating Disorders*, 30(3):338-42.

Cattarin, J., & Thompson, A. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2 (2): 114–125.

Cattarin, J., Thompson, J., Thomas, C., & Williams, R. (2000). Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison, *Journal of Social and Clinical Psychology* 19: 220–239.

Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M., Gual, P., Irala-Estevez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study, *International Journal of Eating Disorders* 33: 271–280.

Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 28-36.

Cooper, M.; Cohen-Tovée, E.; Todd, G.; Wells, A. & Tovée, M. (1997). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *Behavior Research Therapy*, 35 (4): 381-388.

Cooper, C., & Fairburn, C. (1992). New perspectives on dietary and behavioral treatments for obesity. *Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 20(1):9-13.

Coover, D., Kinder, B., & Thompson, J. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9: 169-180.

- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13: 3-21.
- Cowen, P., Clifford, E., Walsh, A., Williams, C., & Fairburn, C. (1996). Moderate dieting causes 5-HT_{2C} receptor supersensitivity. *Psychological Medicine*, 26 (6): 1155-9.
- Crisp, A., Hsu, L., & Harding, B. (1980). Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 179-191.
- DaCosta, M., & Halmi, K. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 305-313.
- Drenowski, A., Hopkins, K., & Kessler, R. (1988). The prevalence of bulimia nervosa in the U.S. college student populations. *American Journal of Public Health*, 78: 1322-1325.
- Fairburn, C. (1998). Bulimia outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 154(12):1791-2.
- Fairburn, C., & Beglin, S. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147: 401-408.
- Fairburn, C., Cooper, Z, Doll, H., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of general psychiatry*, 57(7): 659-65.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5): 468-76.

- Federação Europeia de Associações de Psicólogos (1995). *Código Geral de Ética*. Recuperado em 14 Abril, 2009, http://www.psicologia.com.pt/profissional/etica/doc/Codigo_FEAP.pdf.
- Flick, U. (1994). Social representations and the social construction of everyday knowledge: theoretical and methodological queries. *Social Science Information*, 33 (2): 179-197.
- Flick, U. (1998). The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. *Social Science Information*, 37 (4): 639-662.
- Flick, U., Fischer, C., Schwartz, F., & Walter, U. (2002). Social Representations of Health held by health professionals: the case of general practitioners and home-care nurses. *Social Science Information*, 41 (4): 581-602.
- Gendall, K., Joyce, P., Sullivan, P., & Bulik, C. (1998). Food cravers: characteristics of those who binge. *The International journal of eating disorders*: 23(4):353-60.
- Gleaves, D., Lowe, M., Snow, A., Green, B., & Murphy-Eberenz, P. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Psychology* 109 (1): 56-68.
- Godart, N., Flament, M., Lecubrier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa e bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15: 38-45.
- Godart, N., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *The International Journal of Eating disorders*, 32(3):253-70.
- Goldberg, S., Halmi, K., Eckert, E., Casper, R., Davis, J., & Roper, M. (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15, 239-251.

Gual, M., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, F., Lahortiga, J., de-Irala-Estevez, & Cervera-Enguix S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort, *International Journal of Eating Disorders*, 31: 261–273.

Heatherton, T., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A., & Kell, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of abnormal psychology*. 106(1):117-25.

Herzog, D., Keller, M., & Lavori, P. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.

Hoek, H. (2003). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (1): 130-7.

House, J., Eisler, I., Simic, M., & Micali, N. (2008). Diagnosing Eating Disorders in adolescents: a comparison of the Eating Disorders examination and the development and well-being assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6): 535-541.

Hsu, L. (1982). Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 305-307.

Hsu, L., (1987). Are the eating disorders becoming more common in blacks? *International Journal of Eating Disorders*, 6, 113-124.

Joffe, H. (2002). Social Representations and Health Psychology. *Social Science Information*, 41 (4): 559-580.

Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59 (6): 545-52.

Kaye, W., Greeno, C., Moss, H., Fernstrom, J., Lilenfeld, L., Weltzin, T., & Mann, J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55: 927-935.

Kendler, K., MacLean, M., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 148: 1627–1637.

Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating pathology. *Clinical Psychology Review*, 20: 887-903.

Kinder, B. (1997). Eating disorders. In S. Turner, & M. Hersen (Eds.). *Adult Psychopathology and Diagnosis*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Krause, M. (2002). Social Representations of Psychological Problems: Contents and Transformations. *Social Science Information*, 41(4): 603-623.

Leary, M. R. (1992). Self-presentational processes in exercise and sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14: 339-351.

Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., & Early-Zald, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104: 140–149.

Leon, G. R., Keel, P. K., Klump, K. L., & Fulkerson, J. A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33: 405-411.

Leung, F., Geller, J., & Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 19(3):249-56.

Levine, M., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14: 471-490.

Lewinsohn, P., Striegel-Moore, R., & Seeley, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10):1284-92.

Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. (2001). Portuguese version of the eating disorders inventory. Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9:43-52.

Mitchell, J., Pyle, R., & Eckert, E. (1981). Frequency and duration of binge eating episodes in patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 138: 835-836.

Mizes, J. (1985). Bulimia: A review of its symptomatology and treatment. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 7: 91-142.

Montheath, S., & McCabe, M. (1997). The influence of societal factors on female body image. *The Journal of Social Psychology*, 137, 708-727.

Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information*, 37 (4): 663-685.

Moscovici, S. (1994). Social representations and pragmatic communication. *Social Science Information*, 33 (2): 163-177.

Murray, M. (2002). Connecting Narrative and Social Representation Theory in Health Research. *Social Science Information*, 41 (4): 653-673.

Murray, M., & Flick, U. (2002). Social Representations of Health and illness: Qualitative Methods and related Theories – an introduction. *Social Science Information*, 41 (4): 555-558.

Nasser, M. (1988). Eating disorders: The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 184-187.

Neumark-Sztainer, D., Palti, H., & Butler R. (1995). Weight concerns and eating disturbances among high school girls in Israel. *The Journal of Adolescent Health*: 16:53-59.

Nuno-Gutiérrez, B., Álvarez-Nemegyei, J., & Rodríguez-Cerda, O. (2008). Social representations used by parents of mexican adolescent drug users under treatment to explain their children's drug use: gender differences in parental narratives. *Adolescence*, 43 (17). 351-371.

Pearson, J., Goldkang, D., & Striegel-Moore, R. (2002). Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31:233–239.

Pollice, C., Kaye, W., Greeno, C., & Weltzin, T. (1997). Relationship of depression, anxiety and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 21 (4): 367-76.

Polivy, J., & Herman, C. (2002). If at first you don't succeed: False hope of self-change. *American Psychologist* 57: 677–689.

Pryor, T. (1995). Diagnostic criteria for eating disorders: DSM-IV Revisions. *Psychiatric Annals*, 25, 40-44.

Raffi, A., Rondini, M., Grandi, S., & Fava, G. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30:727–731.

Raty, H., Ikonen, S., & Honkalampi, K. (2006). Common-Sense Descriptions of Depression as Social representations. *The International Journal of social Psychiatry*, 52(3): 243 - 255.

Rorty, M, Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(2):202-8.

Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, R. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes in schoolchildren aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (3): 273-8.

Sampaio, D. (2005). Doenças do Comportamento Alimentar. In J. C. D. Cordeiro (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 379-393). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Schaaf , K., & McCanne, T. (1994). Childhood abuse, body image disturbance and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*: 18(12): 995-1004.

Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 74 – 82.

Schwartz, D., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., & Thompson, J. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 339-343.

Scott, D. (1987). The involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: Time for a reappraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 199-213.

Shapiro, S. (1988). Bulimia: An entity in search of definition. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 491-498.

Smolak, L., Murnen, S., & Thompson, J. (2005). Sociocultural influences and muscle building in early adolescent boys. *Psychology of Men and Masculinity*, in press.

Stangler, R., & Printz, A., (1980). DSM-III: Psychiatric diagnosis in a university population. *American Journal of Psychiatry*, 137: 937-940.

Stein, D., Kaye, W.H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har-Even, D., Frank, G., McConaha, & Rao (2002). Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 225-229.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128: 825–848.

Stice, E., & Agras, W. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 24:307-312.

Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk". *International Journal of Eating Disorders*, 34: 108-117.

Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2): 206-27.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology* 38: 669–678.

Striegel-Moore, R., & Kearney-Cooke, A. (1994). Exploring parents attitudes and behaviors about children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 377-85.

Thompson, J., Berland, N., Linton, P., & Weinsier, R. (1986). Assessment of body distortion via a self-adjusting light beam in seven eating disorder groups. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 113-120.

Thompson, J., Coovert, M., & Stormer S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26:43-51.

- Thompson, J., & Thompson, C. (1986). Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 1061-1068.
- Toner, B., Garfinkel, P., Garner, D. (1986). Long-term follow-up of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 48 (7):520-9.
- Toner, P., Garfinkel, D., Garner, D. (1988). Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18 (4): 357-64.
- World Health Organization (1992). ICD-10 - *Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, World Health Organization.
- Wilmuth, M., Leitenberg, H., Rosen, J., Fondacaro, K., & Gross, J. (1985). Body size distortion in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 71-78.
- Vala, J. (2004). Representações Sociais e Psicologia Social do Conhecimento Quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 409-422.
- Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T.E., Jr., Abramson, L.Y., & Heatherton, T.F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108: 695-700.

8 – Anexos

Anexo A

Caracterização sócio-demográfica da Amostra

Tabela 1 – Escalão etário dos participantes

Idade				
		N	%	% Acumulada
Valid	<20	24	21,1	21,1
	21-23	40	35,1	56,1
	24-27	24	21,1	77,2
	>27	26	22,8	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 2 – Sexo dos participantes

Sexo				
		N	%	% Acumulada
Valid	Masculino	34	29,8	29,8
	Feminino	80	70,2	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 3 – Habilitações Literárias dos participantes

Habilitações Literárias				
		N	%	% Acumulada
Valid	Ensino Secundário	67	58,8	58,8
	Ensino Superior	42	36,8	95,6
	Ension Básico	5	4,4	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 4 – Frequência do Ensino Superior dos participantes

Frequência Ensino Superior				
		N	%	% Acumulada
Valid	Sim	67	58,8	58,8
	Não	47	41,2	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 5 – Curso dos participantes

		Curso		
		N	%	% Acumulada
Valid	Psicologia Social e das Organizações	35	30,7	53,0
	Ciências Farmacêuticas	1	,9	54,5
	Sociologia	17	14,9	80,3
	Tradução	2	1,8	83,3
	Ciências da Educação	1	,9	84,8
	Animação Cultural	1	,9	86,4
	Gestão de Empresas	2	1,8	89,4
	Engenharia	3	2,6	93,9
	Economia	2	1,8	97,0
	Arte e Design	1	,9	98,5
	História	1	,9	100,0
	Total	66	57,9	
Missing	System	48	42,1	
Total		114	100,0	

Tabela 6 – Profissão dos participantes

		Profissão		
		N	%	% Acumulada
Valid	Consultora de Mkt	3	2,6	2,6
	Consultora de RH	3	2,6	5,3
	Empresário	1	,9	6,1
	Administrativo	8	7,0	13,2
	Comercial	3	2,6	15,8
	Jornalista	8	7,0	22,8
	Designer	2	1,8	24,6
	Bancário	3	2,6	27,2
	Técnico Informática	1	,9	28,1
	Técnico Telecomunicações	1	,9	28,9
	Advogado	3	2,6	31,6
	Armazenista	1	,9	32,5
	Técnica Ação Social	1	,9	33,3
	Consultor Financeiro	2	1,8	35,1
	Serralheiro	1	,9	36,0
	GNR	1	,9	36,8
	Professor	1	,9	37,7
	Estudante	71	62,3	100,0
Total		114	100,0	

Tabela 7 – Contexto de recolha dos dados

Contexto de Recolha de Dados				
		N	%	% Acumulada
Valid	Laboral	43	37,7	37,7
	Universitário	71	62,3	100,0
Total		114	100,0	

Tabela 8 – Sexo dos participantes por contexto de recolha dos dados

Sexo * Contexto de Recolha de Dados					
		Contexto			
			Laboral	Universitário	Total
Sexo	Masculino	N	20	14	34
		% Total	17,5%	12,3%	29,8%
	Feminino	N	23	57	80
		% Total	20,2%	50,0%	70,2%
Total		N	43	71	114
		% Total	37,7%	62,3%	100,0%

Tabela 9 – Idade dos participantes por contexto de recolha dos dados

Report							
Idade							
Contexto	Média	N	DP	Máximo	Mínimo	% Total Sum	% Total N
Laboral	31,70	43	9,949	55	21	46,3%	37,7%
Universitário	22,27	71	4,576	45	13	53,7%	62,3%
Total	25,82	114	8,416	55	13	100,0%	100,0%

Anexo B – Análise da Fidelidade das Escalas

*Análise da Fidelidade das Escalas de Representações Sociais**Escala de Representações Sociais das PCA*Tabela 1 – Consistência interna da Escala – *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,727	42

Tabela 2 – Estatística item-total da Escala

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sexo Feminino	124,52	97,172	,345	,715
Com aspecto frágil	124,67	102,861	,032	,732
Alegre	126,25	99,306	,316	,718
Com auto-controlo	126,75	102,846	,067	,728
Sensível	124,89	98,013	,276	,718
Estudante	125,31	99,365	,248	,720
Magra	124,79	103,725	-,022	,736
Confiante	126,60	101,358	,137	,726
Simpática	125,59	98,351	,431	,714
Com elevada auto-estima	126,93	101,535	,163	,724
Adulta	125,71	98,296	,336	,716
Perturbada	124,57	103,238	,003	,734
Com comportamento alimentar descontrolado	124,04	103,635	,001	,732
Sexo Masculino	126,24	102,731	,055	,730
Deprimida	124,55	102,869	,047	,730
Independente	125,82	99,190	,256	,720
Carente	124,74	100,213	,206	,722
Perseverante	125,75	97,200	,370	,714
Com peso médio	126,18	97,709	,276	,718
Volúvel	125,24	98,572	,258	,720
Profissional	125,61	98,825	,345	,717
Afectuosa	125,66	100,209	,240	,721
Desportista	125,96	95,096	,417	,710
Perfeccionista	124,98	97,752	,281	,718
Emocionalmente estável	126,58	103,149	,021	,732
Jovem	124,63	99,137	,272	,719
Calma	126,03	101,282	,150	,725
Organizada	125,51	97,544	,360	,715
Desconfiada	125,17	99,680	,238	,721
Sem auto-controlo	124,78	101,748	,066	,731
Profissional	125,69	98,091	,386	,715
Introvertida	124,97	100,468	,194	,723
Ansiosa	124,58	98,830	,361	,716
Gorda	125,57	100,513	,117	,729
Arrogante	125,67	101,941	,142	,725
Com baixa auto-estima	124,28	103,850	-,007	,732
Com aspecto saudável	126,39	99,232	,246	,720
Em dietas rígidas	124,68	102,306	,046	,732
Dedicada	125,40	97,570	,379	,714
Simpática	125,54	98,853	,430	,715
Extrovertida	125,98	98,070	,352	,715
Responsável	125,71	99,429	,254	,720

*Escala de Representações Sociais da Anorexia Nervosa*Tabela 3 – Consistência interna da Escala – *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,686	42

Tabela 4 – Estatística item-total da Escala

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Desconfiada	126,54	81,508	,286	,674
Com aspecto frágil	125,83	86,512	-,036	,692
Alegre	127,93	84,791	,089	,686
Desportista	127,51	77,385	,436	,661
Com peso médio	128,25	82,280	,213	,679
Estudante	126,75	83,413	,182	,681
Independente	127,58	84,724	,082	,686
Confiante	128,20	81,755	,279	,675
Simpática	127,35	80,796	,433	,668
Arrogante	127,16	87,320	-,098	,695
Afectuosa	127,32	80,186	,429	,667
Perturbada	126,11	83,068	,167	,682
Ansiosa	126,15	82,960	,207	,679
Sexo masculino	127,87	85,354	,032	,690
Deprimida	126,14	83,768	,142	,683
Responsável	127,53	81,207	,313	,672
Carente	126,25	83,006	,180	,681
Perseverante	127,12	80,622	,355	,670
Gorda	128,22	81,146	,250	,676
Magra	125,88	89,330	-,220	,705
Profissional	127,27	80,766	,495	,667
Adulta	127,41	85,129	,062	,687
Com elevada auto-estima	128,51	83,757	,176	,681
Introversa	126,72	84,682	,052	,690
Com auto-controlo	127,96	82,591	,144	,684
Jovem	126,43	87,539	-,109	,699
Calma	127,75	82,364	,254	,676
Organizada	127,29	78,384	,502	,660
Sexo feminino	126,10	85,876	,005	,690
Sem auto-controlo	126,38	86,786	-,070	,700
Profissional	127,32	80,147	,528	,664
Com aspecto saudável	128,15	81,066	,276	,674
Sensível	126,61	82,098	,231	,677
Volúvel	126,83	83,627	,135	,684
Simpática	127,30	80,955	,440	,668
Com baixa auto-estima	125,89	85,022	,062	,687
Com comportamento alimentar descontrolado	125,78	85,128	,049	,689
Em dietas rígidas	125,83	84,671	,067	,688
Dedicada	127,05	81,997	,314	,674
Perfeccionista	126,41	82,156	,229	,678
Extroversa	127,64	80,516	,367	,669
Emocionalmente estável	128,16	83,161	,158	,682

*Escala de Representações Sociais da Bulimia Nervosa*Tabela 5 – Consistência interna da Escala – *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,694	42

Tabela 6 – Estatística item-total da Escala

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Introversa	126,64	88,746	-,083	,709
Independente	127,19	86,316	,080	,695
Alegre	127,42	83,414	,264	,685
Arrogante	127,01	89,407	-,128	,705
Sensível	126,38	84,538	,174	,690
Estudante	126,63	81,527	,455	,675
Magra	126,48	88,270	-,059	,707
Confiante	127,75	86,789	,046	,698
Simpática	126,95	84,440	,342	,684
Com elevada auto-estima	128,04	86,370	,097	,694
Sexo feminino	126,00	83,027	,296	,683
Responsável	127,18	83,739	,321	,683
Profissional	127,02	84,566	,333	,684
Adulta	127,17	85,167	,191	,689
Com baixa auto-estima	125,80	85,897	,097	,695
Com aspecto saudável	127,54	81,437	,322	,680
Ansiosa	126,12	81,171	,421	,675
Perseverante	126,89	83,606	,285	,684
Dedicada	126,89	84,095	,268	,685
Volúvel	126,52	82,801	,311	,682
Com comportamento alimentar descontrolado	125,57	84,973	,213	,688
Gorda	127,45	83,984	,157	,692
Perturbada	125,98	85,557	,145	,692
Sexo masculino	127,55	86,745	,051	,697
Emocionalmente estável	127,85	85,402	,123	,693
Com aspecto frágil	126,36	86,816	,024	,701
Calma	127,46	89,207	-,112	,705
Com peso médio	127,46	85,684	,097	,695
Deprimida	126,18	83,208	,232	,686
Sem auto-controlo	126,04	84,662	,153	,692
Profissional	127,11	86,113	,148	,691
Afectuosa	127,06	82,217	,557	,675
Carente	126,23	85,133	,159	,691
Com auto-controlo	127,82	86,677	,043	,698
Organizada	127,00	81,292	,581	,672
Desconfiada	126,46	83,419	,305	,683
Jovem	126,19	83,803	,269	,685
Em dietas rígidas	126,49	83,049	,179	,691
Perfeccionista	126,70	81,485	,404	,676
Simpática	126,90	84,407	,301	,685
Extroversa	127,18	85,119	,158	,691
Desportista	127,18	81,815	,339	,679

*Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA*Tabela 7 – Consistência interna da Escala – *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,801	,806	17

Tabela 8 – Estatística item-total da Escala

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pressão social	60,46	44,516	,464	,442	,788
Depressão	60,64	44,781	,362	,353	,793
Percepção corporal distorcida	60,30	46,247	,302	,322	,797
Problemas profissionais	61,65	42,601	,475	,452	,785
Personalidade dependente	61,16	43,125	,432	,403	,788
Perfeccionismo	61,04	43,662	,358	,282	,794
Baixa auto-estima	60,17	47,114	,236	,249	,799
Mass Media	60,77	44,726	,283	,357	,799
Problemas familiares	61,06	41,881	,525	,413	,781
Consumismo	61,50	45,279	,252	,263	,801
Insucesso escolar	61,97	42,681	,410	,500	,790
Pressão dos pares	60,78	43,288	,512	,481	,784
Acontecimentos traumáticos	61,08	41,525	,547	,527	,779
Necessidade de atenção	60,89	44,024	,411	,365	,790
Problemas relacionais	60,89	42,838	,521	,475	,783
Insegurança	60,63	44,695	,409	,436	,791
Factores genéticos	61,91	44,983	,214	,289	,806

Anexo C – Análise Descritiva às Escalas e Análise de Comparação de Igualdade de Médias

Análise Descritiva das Escalas de Representações Sociais

Tabela 1 – Posicionamento dos participantes na Escala de Representações Sociais das PCA

Descriptive Statistics					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Com comportamento alimentar descontrolado	114	1	5	4,46	,800
Com baixa auto-estima	114	2	5	4,22	,738
Sexo Feminino	114	1	5	3,98	,922
Deprimida	114	1	5	3,95	,808
Perturbada	114	1	5	3,93	,993
Ansiosa	114	1	5	3,92	,693
Jovem	114	1	5	3,87	,826
Com aspecto frágil	114	2	5	3,83	,911
Em dietas rígidas	114	1	5	3,82	1,018
Carente	114	1	5	3,76	,823
Sem auto-controlo	114	1	5	3,72	1,060
Magra	114	1	5	3,71	1,011
Sensível	114	1	5	3,61	,973
Introversa	114	1	5	3,53	,812
Perfeccionista	114	1	5	3,52	,998
Desconfiada	114	1	5	3,33	,827
Volúvel	114	1	5	3,26	,941
Estudante	114	1	5	3,19	,851
Dedicada	114	1	5	3,10	,809
Organizada	114	1	5	2,99	,847
Simpática	114	1	5	2,96	,594
Gorda	114	1	5	2,93	1,095
Simpática	114	1	5	2,91	,646
Profissional	114	1	5	2,89	,721
Afectuosa	114	1	4	2,84	,736
Arrogante	114	1	5	2,83	,664
Profissional	114	1	5	2,81	,739
Adulta	114	1	5	2,79	,803
Responsável	114	1	5	2,79	,825
Perseverante	114	1	5	2,75	,868
Independente	114	1	5	2,68	,857
Desportista	114	1	5	2,54	1,006
Extroversa	114	1	5	2,52	,801
Calma	114	1	5	2,47	,789
Com peso médio	114	1	5	2,32	1,016
Sexo Masculino	114	1	4	2,26	,810
Alegre	114	1	4	2,25	,711
Com aspecto saudável	114	1	5	2,11	,876
Emocionalmente estável	114	1	5	1,92	,874
Confiante	114	1	4	1,90	,820
Com auto-controlo	114	1	3	1,75	,698
Com elevada auto-estima	114	1	4	1,57	,691
Valid N (listwise)	114				

Tabela 2 – Posicionamento dos participantes na Escala de Representações Sociais da Anorexia Nervosa

Descriptive Statistics					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Com comportamento alimentar descontrolado	114	1	5	4,38	,813
Com aspecto frágil	114	2	5	4,32	,685
Em dietas rígidas	114	1	5	4,32	,877
Magra	114	1	5	4,28	,847
Com baixa auto-estima	114	1	5	4,27	,779
Sexo feminino	114	1	5	4,06	,756
Perturbada	114	1	5	4,05	,881
Deprimida	114	1	5	4,02	,809
Ansiosa	114	1	5	4,01	,781
Carente	114	1	5	3,90	,852
Sem auto-controlo	114	1	5	3,78	1,062
Perfeccionista	114	1	5	3,75	,870
Jovem	114	1	5	3,73	,855
Desconfiada	114	1	5	3,62	,835
Sensível	114	1	5	3,54	,874
Introvertida	114	1	5	3,44	,960
Estudante	114	1	5	3,41	,762
Volúvel	114	1	5	3,32	,867
Dedicada	114	1	5	3,11	,709
Perseverante	114	1	5	3,04	,819
Arrogante	114	1	4	3,00	,716
Profissional	114	1	5	2,89	,606
Organizada	114	1	5	2,87	,836
Simpática	114	1	5	2,86	,650
Afectuosa	114	1	5	2,83	,752
Adulta	114	1	5	2,75	,738
Desportista	114	1	5	2,65	1,047
Responsável	114	1	5	2,63	,823
Independente	114	1	4	2,58	,786
Extrovertida	114	1	5	2,52	,812
Calma	114	1	4	2,40	,773
Sexo masculino	114	1	4	2,29	,828
Alegre	114	1	4	2,23	,729
Com auto-controlo	114	1	5	2,20	1,066
Com aspecto saudável	114	1	5	2,01	,926
Emocionalmente estável	114	1	5	2,00	,892
Confiante	114	1	5	1,96	,813
Gorda	114	1	4	1,94	,980
Com peso médio	114	1	5	1,90	,892
Com elevada auto-estima	114	1	5	1,65	,704
Valid N (listwise)	114				

Tabela 3 – Posicionamento dos participantes na Escala de Representações Sociais da Bulimia Nervosa

Descriptive Statistics					
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Com comportamento alimentar descontrolado	114	2	5	4,38	,696
Com baixa auto-estima	114	1	5	4,15	,865
Perturbada	114	1	5	3,96	,763
Sexo feminino	114	1	5	3,95	,829
Sem auto-controlo	114	1	5	3,90	,940
Ansiosa	114	1	5	3,82	,833
Deprimida	114	1	5	3,77	,960
Jovem	114	1	5	3,75	,771
Carente	114	1	5	3,72	,815
Com aspecto frágil	114	1	5	3,59	,967
Sensível	114	1	5	3,57	,892
Desconfiada	114	1	5	3,48	,755
Magra	114	1	5	3,46	1,032
Em dietas rígidas	114	1	5	3,46	1,161
Volúvel	114	1	5	3,43	,830
Estudante	114	1	5	3,32	,744
Introvertida	114	1	5	3,31	1,014
Perfeccionista	114	1	5	3,25	,826
Perseverante	114	1	5	3,06	,768
Dedicada	114	1	5	3,05	,727
Simpática	114	1	5	3,00	,549
Organizada	114	1	5	2,95	,622
Arrogante	114	1	5	2,94	,708
Afectuosa	114	1	4	2,89	,561
Profissional	114	1	5	2,84	,618
Adulta	114	1	5	2,78	,713
Responsável	114	1	5	2,77	,679
Extrovertida	114	1	5	2,77	,820
Desportista	114	1	5	2,76	,905
Independente	114	1	5	2,75	,815
Alegre	114	1	5	2,53	,844
Gorda	114	1	5	2,50	1,066
Com peso médio	114	1	4	2,49	,924
Calma	114	1	5	2,48	,731
Com aspecto saudável	114	1	5	2,41	,994
Sexo masculino	114	1	5	2,39	,816
Confiante	114	1	5	2,19	,830
Com auto-controlo	114	1	5	2,12	,894
Emocionalmente estável	114	1	5	2,10	,882
Com elevada auto-estima	114	1	4	1,91	,723
Valid N (listwise)	114				

Análise das frequências das categorias da Escala de Representações Sociais da Etiologia das PCA

Tabela 4 – Frequência da Representação Social do Factor Pressão Social

		Pressão social		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	54	47,4	47,4
	Muito Influente	50	43,9	91,2
	Nem muito nem pouco	9	7,9	99,1
	Pouco Influente	1	,9	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 5 – Frequência da Representação Social do Factor Depressão

		Depressão		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	54	47,4	47,4
	Muito Influente	41	36,0	83,3
	Nem muito nem pouco	16	14,0	97,4
	Pouco Influente	3	2,6	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 6 – Frequência da Representação Social do Factor Percepção Corporal Distorcida

		Percepção corporal distorcida		
		N	%	% Acumulada
Valid	Muito Influente	64	56,1	56,1
	Influente	44	38,6	94,7
	Nem muito nem pouco	6	5,3	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 7 – Frequência da Representação Social do Factor Problemas Profissionais

		Problemas profissionais		
		N	%	% Acumulada
Valid	Nem muito nem pouco	54	47,4	47,4
	Influente	29	25,4	72,8
	Pouco Influente	19	16,7	89,5
	Muito Influente	8	7,0	96,5
	Nada Influente	4	3,5	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 8 – Frequência da Representação Social do Factor Personalidade Dependente

		Personalidade dependente		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	51	44,7	44,7
	Nem muito nem pouco	34	29,8	74,6
	Muito Influente	18	15,8	90,4
	Pouco Influente	9	7,9	98,2
	Nada Influente	2	1,8	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 9 – Frequência da Representação Social do Factor Perfeccionismo

		Perfeccionismo		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	49	43,0	43,0
	Nem muito nem pouco	28	24,6	67,5
	Muito Influente	26	22,8	90,4
	Pouco Influente	9	7,9	98,2
	Nada Influente	2	1,8	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 10 – Frequência da Representação Social do Factor Baixa auto-estima

		Baixa auto-estima		
		N	%	% Acumulada
Valid	Muito Influente	75	65,8	65,8
	Influente	37	32,5	98,2
	Nem muito nem pouco	2	1,8	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 11 – Frequência da Representação Social do Factor Mass Media

		Mass Media		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	49	43,0	43,0
	Muito Influente	39	34,2	77,2
	Nem muito nem pouco	19	16,7	93,9
	Pouco Influente	5	4,4	98,2
	Nada Influente	2	1,8	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 12 – Frequência da Representação Social do Factor Problemas Familiares

		Problemas familiares		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	50	43,9	43,9
	Nem muito nem pouco	28	24,6	68,4
	Muito Influente	24	21,1	89,5
	Pouco Influente	11	9,6	99,1
	Nada Influente	1	,9	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 13 – Frequência da Representação Social do Factor Consumismo

		Consumismo		
		N	%	% Acumulada
Valid	Nem muito nem pouco	48	42,1	42,1
	Influente	34	29,8	71,9
	Pouco Influente	21	18,4	90,4
	Muito Influente	11	9,6	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 14 – Frequência da Representação Social do Factor Insucesso Escolar

		Insucesso escolar		
		N	%	% Acumulada
Valid	Nem muito nem pouco	45	39,5	39,5
	Pouco Influente	34	29,8	69,3
	Influente	19	16,7	86,0
	Nada Influente	9	7,9	93,9
	Muito Influente	7	6,1	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 15 – Frequência da Representação Social do Factor Pressão dos Pares

		Pressão dos pares		
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	65	57,0	57,0
	Muito Influente	29	25,4	82,5
	Nem muito nem pouco	14	12,3	94,7
	Pouco Influente	6	5,3	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 16 – Frequência da Representação Social do Factor Acontecimentos Traumáticos

Acontecimentos traumáticos				
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	49	43,0	43,0
	Nem muito nem pouco	28	24,6	67,5
	Muito Influente	24	21,1	88,6
	Pouco Influente	12	10,5	99,1
	Nada Influente	1	,9	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 17 – Frequência da Representação Social do Factor Necessidade de Atenção

Necessidade de atenção				
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	60	52,6	52,6
	Muito Influente	25	21,9	74,6
	Nem muito nem pouco	24	21,1	95,6
	Pouco Influente	4	3,5	99,1
	Nada Influente	1	,9	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 18 – Frequência da Representação Social do Factor Problemas Relacionais

Problemas relacionais				
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	59	51,8	51,8
	Muito Influente	26	22,8	74,6
	Nem muito nem pouco	22	19,3	93,9
	Pouco Influente	7	6,1	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 19 – Frequência da Representação Social do Factor Insegurança

Insegurança				
		N	%	% Acumulada
Valid	Influente	66	57,9	57,9
	Muito Influente	36	31,6	89,5
	Nem muito nem pouco	8	7,0	96,5
	Pouco Influente	4	3,5	100,0
	Total	114	100,0	

Tabela 20 – Frequência da Representação Social do Factor Factores Genéticos

		Factores genéticos		
		N	%	% Acumulada
Valid	Nem muito nem pouco	41	36,0	36,0
	Influente	29	25,4	61,4
	Pouco Influente	27	23,7	85,1
	Nada Influente	12	10,5	95,6
	Muito Influente	5	4,4	100,0
	Total	114	100,0	

*Análise de Comparação de Médias entre Sexos: Masculino e Feminino**Representações Sociais de PCA*

Tabela 21 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais das PCA

Representações Sociais das PCA					
	Sexo	N	Média	DP	Média DP
Características Positivas	Masculino	34	2,2878	,43767	,07506
	Feminino	80	2,4777	,41705	,04663
Características Negativas	Masculino	34	3,6946	,44269	,07592
	Feminino	80	3,6433	,38806	,04339
Características Neutras	Masculino	34	2,9902	,56993	,09774
	Feminino	80	3,1792	,38133	,04263

Tabela 22 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Sexos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Características Positivas PCA	Equal variances assumed	2,121	,148	-2,191	112	,031	-,18986	,08665	-,362	-,0182
	Equal variances not assumed			-2,149	59,672	,036	-,18986	,08836	-,367	-,0131
Características Negativas PCA	Equal variances assumed	,062	,803	,619	112	,537	,05130	,08290	-,113	,21555
	Equal variances not assumed			,587	55,596	,560	,05130	,08744	-,124	,22650
Características Neutras PCA	Equal variances assumed	1,152	,285	-2,073	112	,040	-,18897	,09116	-,370	-,0084
	Equal variances not assumed			-1,772	46,055	,083	-,18897	,10664	-,404	,02567

Representações Sociais de Anorexia Nervosa

Tabela 23 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais da Anorexia Nervosa

Representações Sociais da Anorexia Nervosa (AN)					
	Sexo	N	Média	DP	Média DP
Características positivas AN	Masculino	34	2,3592	,42403	,07272
	Feminino	80	2,5152	,43451	,04858
Características negativas AN	Masculino	34	3,6584	,29410	,05044
	Feminino	80	3,7433	,40296	,04505
Características Neutras AN	Masculino	34	2,9706	,38593	,06619
	Feminino	80	3,1250	,29470	,03295

Tabela 24 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Sexos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Características positiva	Equal variances assumed	,007	,933	-1,765	112	,080	-,15593	,08833	-,33095	,01908
	Equal variances not assumed			-1,783	63,724	,079	-,15593	,08745	-,33066	,01879
Características negativa	Equal variances assumed	2,229	,138	-1,108	112	,270	-,08490	,07661	-,23668	,06689
	Equal variances not assumed			-1,255	84,260	,213	-,08490	,06763	-,21938	,04958
Características neutras	Equal variances assumed	1,333	,251	-2,326	112	,022	-,15441	,06638	-,28594	-,02288
	Equal variances not assumed			-2,089	50,098	,042	-,15441	,07393	-,30291	-,00592

Representações Sociais de Bulimia Nervosa

Tabela 25 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais da Bulimia Nervosa

Representações Sociais da Bulimia Nervosa (BN)					
	Sexo	N	Média	DP	Média DP
Características positivas BN	Masculino	34	2,4790	,40996	,07031
	Feminino	80	2,6527	,38098	,04260
Características negativas BN	Masculino	34	3,5769	,38169	,06546
	Feminino	80	3,5712	,43648	,04880
Características neutras BN	Masculino	34	2,9314	,44969	,07712
	Feminino	80	3,1750	,26769	,02993

Tabela 26 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Sexos

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Características positivas BN	Equal variances assumed	,043	,835	-2,177	112	,032	-,17369	,07979	-,33178	-,01559
	Equal variances not assumed			-2,113	58,4	,039	-,17369	,08220	-,33821	-,00916
Características negativas BN	Equal variances assumed	1,989	,161	,067	112	,947	,00577	,08620	-,16503	,17657
	Equal variances not assumed			,071	70,7	,944	,00577	,08165	-,15704	,16858
Características neutras BN	Equal variances assumed	1,847	,177	-3,586	112	,000	-,24363	,06794	-,37824	-,10902
	Equal variances not assumed			-2,945	43,3	,005	-,24363	,08272	-,41043	-,07683

Representações Sociais da Etiologia das PCA

Tabela 27 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais dos factores etiológicos das PCA

Representações Sociais dos Factores Etiológicos das PCA					
	Sexo	N	Média	DP	Média DP
Pressão social	Masculino	34	4,38	,697	,120
	Feminino	80	4,33	,652	,073
Depressão	Masculino	34	4,32	,638	,109
	Feminino	80	4,10	,805	,090
Percepção corporal distorcida	Masculino	34	4,41	,500	,086
	Feminino	80	4,55	,634	,071
Problemas profissionais	Masculino	34	3,24	,955	,164
	Feminino	80	3,13	,891	,100
Personalidade dependente	Masculino	34	3,68	1,036	,178
	Feminino	80	3,64	,846	,095
Perfeccionismo	Masculino	34	3,56	,746	,128
	Feminino	80	3,86	1,016	,114
Baixa auto-estima	Masculino	34	4,74	,448	,077
	Feminino	80	4,60	,542	,061
Mass Media	Masculino	34	3,74	,963	,165
	Feminino	80	4,16	,878	,098
Problemas familiares	Masculino	34	3,71	,871	,149
	Feminino	80	3,76	,958	,107
Consumismo	Masculino	34	3,12	,880	,151
	Feminino	80	3,39	,879	,098
Insucesso escolar	Masculino	34	2,82	,968	,166
	Feminino	80	2,84	1,024	,115
Pressão dos pares	Masculino	34	3,94	,736	,126
	Feminino	80	4,06	,785	,088
Acontecimentos traumáticos	Masculino	34	3,79	,914	,157
	Feminino	80	3,70	,960	,107
Necessidade de atenção	Masculino	34	3,97	,797	,137
	Feminino	80	3,89	,811	,091
Problemas relacionais	Masculino	34	3,79	,770	,132
	Feminino	80	3,96	,834	,093
Insegurança	Masculino	34	3,97	,674	,116
	Feminino	80	4,26	,707	,079
Factores genéticos	Masculino	34	3,15	1,077	,185
	Feminino	80	2,79	1,015	,113

Tabela 28 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Sexos

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pressão social	Equal variances assumed	,013	,909	,421	112	,675	,057	,136	-,213	,327
	Equal variances not assum			,410	58,695	,684	,057	,140	-,223	,337
Depressão	Equal variances assumed	,276	,600	1,437	112	,153	,224	,156	-,085	,532
	Equal variances not assum			1,577	77,852	,119	,224	,142	-,059	,506
Percepção corporal distorcida	Equal variances assumed	2,415	,123	-1,129	112	,261	-,138	,122	-,381	,104
	Equal variances not assum			-1,243	78,369	,218	-,138	,111	-,360	,083
Problemas profissionais	Equal variances assumed	,840	,361	,592	112	,555	,110	,186	-,259	,480
	Equal variances not assum			,575	58,580	,567	,110	,192	-,273	,494
Personalidade dependente	Equal variances assumed	1,536	,218	,210	112	,834	,039	,185	-,329	,406
	Equal variances not assum			,194	52,559	,847	,039	,201	-,365	,443
Perfeccionismo	Equal variances assumed	1,710	,194	-1,571	112	,119	-,304	,193	-,687	,079
	Equal variances not assum			-1,775	83,720	,080	-,304	,171	-,644	,037
Baixa auto-estima	Equal variances assumed	7,022	,009	1,281	112	,203	,135	,106	-,074	,345
	Equal variances not assum			1,383	74,763	,171	,135	,098	-,060	,330
Mass Média	Equal variances assumed	,524	,471	-2,309	112	,023	-,427	,185	-,794	-,061
	Equal variances not assum			-2,223	57,424	,030	-,427	,192	-,812	-,042
Problemas familiar	Equal variances assumed	,188	,665	-,296	112	,768	-,057	,191	-,435	,322
	Equal variances not assum			-,308	68,095	,759	-,057	,184	-,423	,310
Consumismo	Equal variances assumed	,005	,946	-1,500	112	,136	-,270	,180	-,626	,087
	Equal variances not assum			-1,499	62,250	,139	-,270	,180	-,630	,090
Insucesso escolar	Equal variances assumed	,192	,662	-,068	112	,946	-,014	,206	-,423	,395
	Equal variances not assum			-,069	65,650	,945	-,014	,202	-,417	,389
Pressão dos pares	Equal variances assumed	,584	,446	-,769	112	,444	-,121	,158	-,434	,191
	Equal variances not assum			-,789	66,155	,433	-,121	,154	-,428	,186
Acontecimentos traumáticos	Equal variances assumed	,650	,422	,486	112	,628	,094	,194	-,290	,478
	Equal variances not assum			,495	65,218	,622	,094	,190	-,285	,473
Necessidade de atenção	Equal variances assumed	,370	,544	,503	112	,616	,083	,165	-,244	,410
	Equal variances not assum			,506	63,316	,614	,083	,164	-,245	,411
Problemas relacionais	Equal variances assumed	,001	,982	-1,009	112	,315	-,168	,167	-,499	,162
	Equal variances not assum			-1,042	67,114	,301	-,168	,162	-,491	,154
Insegurança	Equal variances assumed	2,511	,116	-2,045	112	,043	-,292	,143	-,575	-,009
	Equal variances not assum			-2,086	65,172	,041	-,292	,140	-,571	-,012
Factores genétic	Equal variances assumed	,961	,329	1,699	112	,092	,360	,212	-,060	,779
	Equal variances not assum			1,659	59,107	,102	,360	,217	-,074	,793

Comparação de Médias entre Contexto de Recolha de Dados: Universitário Vs. Laboral

Representações Sociais de PCA

Tabela 29 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais das PCA

Representações Sociais das PCA					
	Contexto	N	Média	DP	Média DP
Características positivas PCA	Laboral	43	2,3738	,48791	,07441
	Universitário	71	2,4497	,39223	,04655
Características negativas PCA	Laboral	43	3,7138	,42244	,06442
	Universitário	71	3,6251	,39135	,04645
Características neutras PCA	Laboral	43	3,1550	,49920	,07613
	Universitário	71	3,1033	,42292	,05019

Tabela 30 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Contextos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variance:		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Característica positivas PCA	Equal variances assumed	1,902	,171	-,913	112	,363	-,07594	,08321	-,241	,0889
	Equal variances not assumed			-,865	74,467	,390	-,07594	,08777	-,251	,0989
Característica negativas PCA	Equal variances assumed	,523	,471	1,137	112	,258	,08864	,07793	-,066	,2430
	Equal variances not assumed			1,116	83,478	,268	,08864	,07942	-,069	,2466
Característica neutras PCA	Equal variances assumed	,845	,360	,591	112	,556	,05175	,08754	-,122	,2252
	Equal variances not assumed			,568	77,647	,572	,05175	,09118	-,130	,2333

Representações Sociais de Anorexia Nervosa

Tabela 31 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais da Anorexia Nervosa

Representações Sociais da Anorexia Nervosa (AN)					
	Contexto	N	Média	DP	Média DP
Características positivas AN	Laboral	43	2,4651	,46353	,07069
	Universitário	71	2,4708	,42095	,04996
Características negativas AN	Laboral	43	3,7352	,45020	,06865
	Universitário	71	3,7075	,32340	,03838
Características neutras AN	Laboral	43	3,0853	,39402	,06009
	Universitário	71	3,0751	,28838	,03422

Tabela 32 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Contextos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Características positivas	Equal variances assumed	,212	,646	-,068	112	,946	-,00571	,08452	-,17318	,16176
	Equal variances not assumed			-,066	82,139	,948	-,00571	,08656	-,17790	,16648
Características negativas	Equal variances assumed	1,857	,176	,382	112	,703	,02777	,07266	-,11619	,17172
	Equal variances not assumed			,353	68,348	,725	,02777	,07865	-,12917	,18470
Características neutras	Equal variances assumed	3,274	,073	,158	112	,875	,01015	,06415	-,11695	,13725
	Equal variances not assumed			,147	69,296	,884	,01015	,06915	-,12779	,14810

Representações Sociais de Bulimia Nervosa

Tabela 33 – Posicionamento médio dos Participantes face às representações sociais da Bulimia Nervosa

Representações Sociais da Bulimia Nervosa (BN)					
	Contexto	N	Média	DP	Média DP
Características positivas BN	Laboral	43	2,5399	,34689	,05290
	Universitário	71	2,6378	,42125	,04999
Características negativas BN	Laboral	43	3,5957	,44982	,06860
	Universitário	71	3,5590	,40222	,04774
Características neutras BN	Laboral	43	3,0426	,26501	,04041
	Universitário	71	3,1385	,38831	,04608

Tabela 34 – Teste t – de Comparação de Igualdade de Médias entre Contextos

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Características positivas BN	Equal variances assumed	,091	,763	-1,283	112	,202	-,09796	,07633	-,249	,0533
	Equal variances not assumed			-1,346	101,801	,181	-,09796	,07279	-,242	,0464
Características negativas BN	Equal variances assumed	,000	,987	,451	112	,653	,03666	,08130	-,124	,1977
	Equal variances not assumed			,439	81,114	,662	,03666	,08357	-,130	,2029
Características neutras BN	Equal variances assumed	,615	,435	-1,429	112	,156	-,09586	,06710	-,229	,0371
	Equal variances not assumed			-1,564	110,321	,121	-,09586	,06129	-,217	,0256

Anexo D – Análise Factorial em Componentes Principais

Análise Factorial da Escala de Representações Sociais dos Factores Etiológicos das PCA

Extracção Inicial de 5 Componentes Principais

Tabela 1 – Posicionamento dos Participantes na Escala de Representações Sociais dos Factores Etiológicos

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Pressão social	4,34	,663	114
Depressão	4,17	,763	114
Percepção corporal distorcida	4,51	,599	114
Problemas profissionais	3,16	,908	114
Personalidade dependente	3,65	,902	114
Perfeccionismo	3,77	,950	114
Baixa auto-estima	4,64	,517	114
Mass Media	4,04	,921	114
Problemas familiares	3,75	,929	114
Consumismo	3,31	,884	114
Insucesso escolar	2,83	1,004	114
Pressão dos pares	4,03	,770	114
Acontecimentos traumáticos	3,73	,943	114
Necessidade de atenção	3,91	,804	114
Problemas relacionais	3,91	,815	114
Insegurança	4,18	,707	114
Factores genéticos	2,89	1,042	114

Tabela 2 – Estatística de Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		
		,726
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	529,100
	df	136
	Sig.	,000

Tabela 3 – Quadro com os valores próprios de cada uma das componentes principais e percentagem de variância global explicada

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,324	25,435	25,435	4,324	25,435	25,435	2,454	14,434	14,434
2	2,161	12,712	38,147	2,161	12,712	38,147	2,163	12,722	27,156
3	1,475	8,679	46,826	1,475	8,679	46,826	2,054	12,079	39,235
4	1,164	6,845	53,671	1,164	6,845	53,671	1,856	10,915	50,150
5	1,131	6,653	60,324	1,131	6,653	60,324	1,730	10,174	60,324
6	,879	5,169	65,494						
7	,856	5,038	70,532						
8	,793	4,663	75,195						
9	,725	4,262	79,457						
10	,680	3,999	83,456						
11	,551	3,242	86,698						
12	,519	3,054	89,752						
13	,429	2,522	92,274						
14	,422	2,481	94,756						
15	,349	2,051	96,807						
16	,309	1,816	98,623						
17	,234	1,377	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Extracção de 3 Componentes Principais

Tabela 4 – Comunalidade das Variáveis (Factores)

Communalities		
	Initial	Extraction
Pressão social	1,000	,546
Depressão	1,000	,561
Percepção corporal distorcida	1,000	,449
Problemas profissionais	1,000	,487
Personalidade dependente	1,000	,453
Perfeccionismo	1,000	,354
Baixa auto-estima	1,000	,330
Mass Media	1,000	,521
Problemas familiares	1,000	,466
Consumismo	1,000	,360
Insucesso escolar	1,000	,528
Pressão dos pares	1,000	,523
Acontecimentos traumáticos	1,000	,539
Necessidade de atenção	1,000	,419
Problemas relacionais	1,000	,441
Insegurança	1,000	,521
Factores genéticos	1,000	,462

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 5 – Quadro com os valores próprios de cada uma das componentes principais e percentagem de variância global explicada

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,324	25,435	25,435	4,324	25,435	25,435	2,959	17,407	17,407
2	2,161	12,712	38,147	2,161	12,712	38,147	2,760	16,236	33,643
3	1,475	8,679	46,826	1,475	8,679	46,826	2,241	13,184	46,826
4	1,164	6,845	53,671						
5	1,131	6,653	60,324						
6	,879	5,169	65,494						
7	,856	5,038	70,532						
8	,793	4,663	75,195						
9	,725	4,262	79,457						
10	,680	3,999	83,456						
11	,551	3,242	86,698						
12	,519	3,054	89,752						
13	,429	2,522	92,274						
14	,422	2,481	94,756						
15	,349	2,051	96,807						
16	,309	1,816	98,623						
17	,234	1,377	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Figura 1 – Representação Gráfica dos Valores Próprios das Componentes

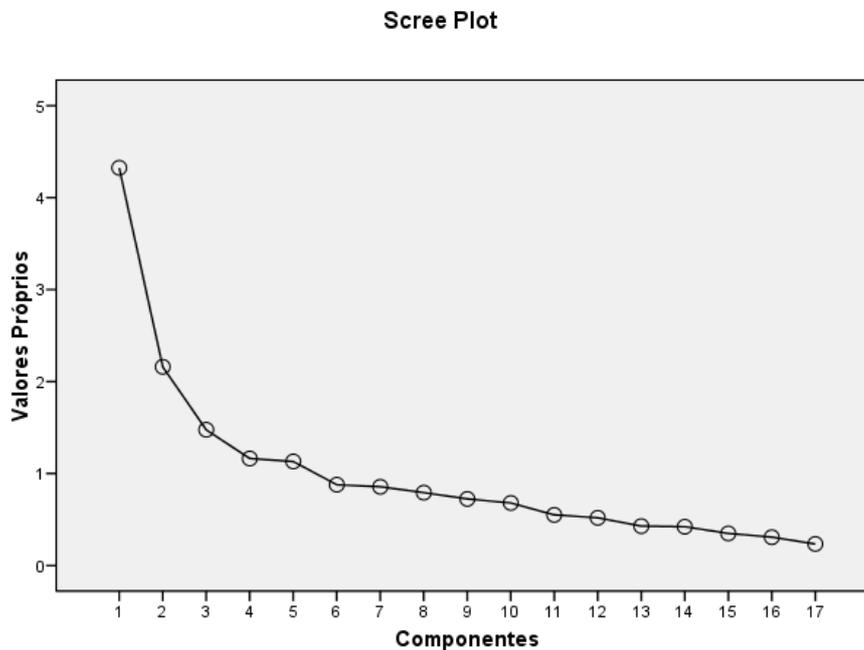


Tabela 6 – Matriz das Componentes

Component Matrix ^a			
	Component		
	1	2	3
Acontecimentos traumáticos	,649	,336	,068
Pressão dos pares	,646	-,271	,180
Problemas relacionais	,637	-,003	-,189
Problemas familiares	,624	,229	,154
Pressão social	,585	-,388	,232
Personalidade dependente	,537	-,056	-,402
Problemas profissionais	,535	,378	,238
Insegurança	,523	-,216	-,448
Necessidade de atenção	,495	,395	-,137
Perfeccionismo	,474	-,351	,079
Insucesso escolar	,462	,445	,342
Factores genéticos	,263	,622	-,080
Percepção corporal distorcida	,421	-,519	-,038
Mass Media	,390	-,490	,360
Baixa auto-estima	,336	-,386	-,260
Depressão	,458	,230	-,547
Consumismo	,309	,063	,510

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Tabela 7 – Matriz das Componentes após a Rotação

Rotated Component Matrix ^a			
	Componentes		
	Factores Individuais	Factores Socioculturais	Factores Psicopatológicos
Insucesso escolar	,720	,068	-,071
Problemas profissionais	,685	,119	,058
Acontecimentos traumáticos	,668	,149	,264
Problemas familiares	,610	,246	,183
Factores genéticos	,564	-,335	,178
Necessidade de atenção	,537	-,059	,357
Consumismo	,421	,324	-,278
Mass Media	,042	,716	-,085
Pressão social	,191	,704	,121
Pressão dos pares	,292	,633	,192
Percepção corporal distorcida	-,099	,604	,273
Perfeccionismo	,092	,556	,193
Depressão	,256	-,116	,695
Insegurança	,028	,285	,663
Personalidade dependente	,162	,193	,624
Problemas relacionais	,338	,292	,491
Baixa auto-estima	-,141	,374	,413

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Tabela 8 – Coeficiente de Consistência Interna - *Alpha de Cronbach* – das 3 Componentes Principais

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,619	,625	3

Tabela 9 – Correlações entre as 3 Componentes Principais

Inter-Item Correlation Matrix			
	Factores Individuais	Factores Socioculturais	Factores Psicopatológicos
Factores Individuais	1,000	,272	,381
Factores Socioculturais	,272	1,000	,417
Factores Psicopatológicos	,381	,417	1,000

Tabela 10 – Estatísticas Item-Total das 3 Componentes Principais

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Factores Individuais	8,2456	,759	,386	,161	,587
Factores Socioculturais	7,4772	,802	,407	,189	,548
Factores Psicopatológicos	7,5053	,795	,499	,251	,427

Análise da Consistência Interna de cada uma das 3 Componentes Principais

Componente 1 – Factores Individuais

Tabela 11 – Coeficiente de Consistência Interna - *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,734	,735	7

Tabela 12 – Correlações entre as variáveis

Inter-Item Correlation Matrix							
	Consumismo	Insucesso escolar	Problemas familiares	Acontecimentos traumáticos	Problemas profissionais	Factores genéticos	Necessidade de atenção
Consumismo	1,000	,258	,139	,133	,226	,055	,150
Insucesso escolar	,258	1,000	,286	,391	,592	,321	,212
Problemas familiares	,139	,286	1,000	,526	,373	,182	,289
Acontecimentos traumáticos	,133	,391	,526	1,000	,299	,232	,458
Problemas profissionais	,226	,592	,373	,299	1,000	,270	,249
Factores genéticos	,055	,321	,182	,232	,270	1,000	,316
Necessidade de atenção	,150	,212	,289	,458	,249	,316	1,000

Tabela 13 – Estatísticas da Relação Item-Total

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Consumismo	20,27	14,094	,239	,087	,747
Insucesso escolar	20,75	11,625	,559	,439	,674
Problemas familiares	19,83	12,494	,472	,331	,697
Acontecimentos traumáticos	19,85	12,022	,542	,426	,680
Problemas profissionais	20,42	12,175	,546	,411	,680
Factores genéticos	20,68	12,749	,352	,175	,728
Necessidade de atenção	19,67	13,233	,441	,274	,706

Componente 2- Factores Socioculturais

Tabela 14 – Coeficiente de Consistência Interna - *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,708	,722	5

Tabela 15 – Correlações entre as variáveis

Inter-Item Correlation Matrix					
	Pressão social	Mass Media	Pressão dos pares	Perfeccionismo	Percepção corporal distorcida
Pressão social	1,000	,386	,485	,322	,383
Mass Media	,386	1,000	,361	,333	,304
Pressão dos pares	,485	,361	1,000	,311	,297
Perfeccionismo	,322	,333	,311	1,000	,237
Percepção corporal distorcida	,383	,304	,297	,237	1,000

Tabela 16 – Estatísticas da Relação Item-Total

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pressão social	16,34	5,130	,558	,340	,631
Mass Media	16,65	4,495	,487	,239	,653
Pressão dos pares	16,66	4,917	,508	,292	,642
Perfeccionismo	16,91	4,629	,419	,177	,689
Percepção corporal distorcida	16,18	5,703	,414	,189	,683

*Componente 3 – Factores Psicopatológicos*Tabela 17 – Coeficiente de Consistência Interna - *Alpha de Cronbach*

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,676	,668	5

Tabela 18 – Correlações entre as variáveis

Inter-Item Correlation Matrix					
	Depressão	Baixa auto-estima	Personalidade dependente	Problemas relacionais	Insegurança
Depressão	1,000	,198	,356	,223	,306
Baixa auto-estima	,198	1,000	,258	,071	,198
Personalidade dependente	,356	,258	1,000	,415	,375
Problemas relacionais	,223	,071	,415	1,000	,472
Insegurança	,306	,198	,375	,472	1,000

Tabela 19 – Estatísticas da Relação Item-Total

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depressão	16,38	4,325	,395	,170	,641
Baixa auto-estima	15,90	5,291	,253	,095	,688
Personalidade dependente	16,89	3,529	,537	,292	,572
Problemas relacionais	16,63	4,005	,457	,295	,613
Insegurança	16,37	4,164	,519	,296	,588

Anexo E – Análise de Correspondências Múltiplas

Análise de Correspondências Múltiplas das Representações Sociais da PCA

Tabela 1 – Valores Próprios e Inércia das Dimensões

Model Summary				
Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For		
		Total (Eigenvalue)	Inertia	% of Variance
1	,742	3,250	,217	21,666
2	,679	2,729	,182	18,195
3	,580	2,181	,145	14,537
4	,511	1,911	,127	12,739
5	,458	1,748	,117	11,652
6	,345	1,475	,098	9,837
7	,326	1,437	,096	9,578
8	,244	1,294	,086	8,629
9	,219	1,257	,084	8,379
10	,127	1,135	,076	7,566
Total		18,417	1,228	
Mean	,490 ^a	1,842	,123	12,278

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

Figura 1 – Representação da Variância das Dimensões

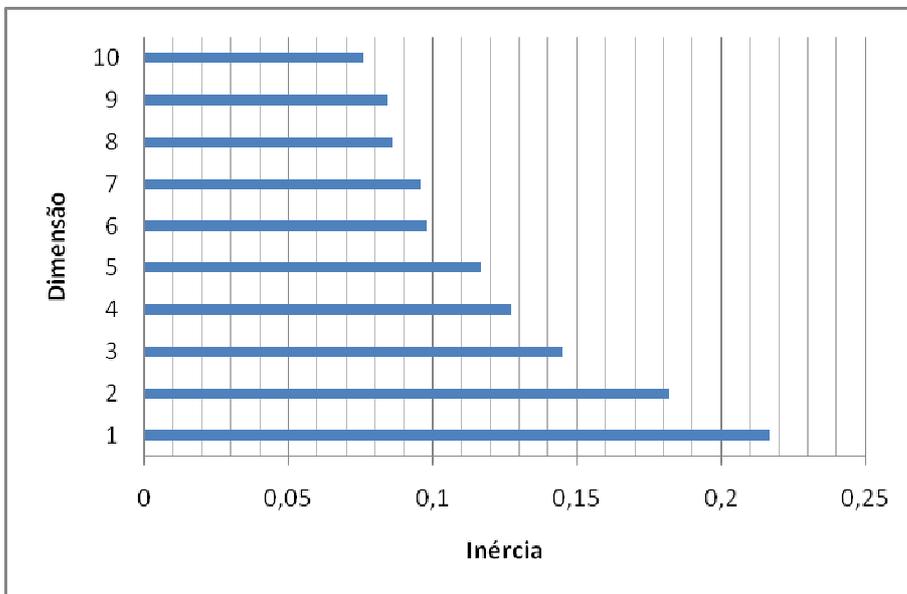
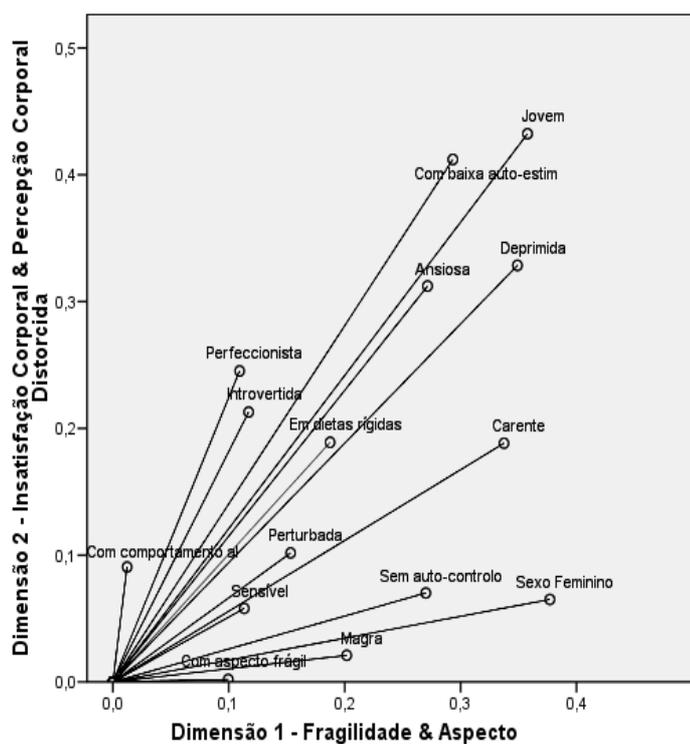


Tabela 2 – Medidas de Discriminação

	Dimension		Mean
	1	2	
Sexo Feminino	,377	,065	,221
Com aspecto frágil	,100	,002	,051
Sensível	,113	,058	,086
Magra	,202	,021	,111
Perturbada	,153	,102	,128
Com comportamento alimentar descontrolado	,012	,091	,051
Deprimida	,349	,329	,339
Carente	,337	,188	,263
Perfeccionista	,109	,245	,177
Jovem	,358	,432	,395
Introvertida	,117	,213	,165
Ansiosa	,271	,312	,292
Com baixa auto-estima	,293	,412	,353
Sem auto-controlo	,270	,070	,170
Em dietas rígidas	,187	,189	,188
Active Total	3,250	2,729	2,990
% of Variance	21,666	18,195	19,931

Figura 2 – Representação Gráfica das Medidas de Discriminação



Quantificações das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 3 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sexo Feminino”

Sexo Feminino

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	7	2,168	-,352
Talvez	16	,508	,611
Sim	91	-,256	-,080

Variable Principal Normalization.

Tabela 4 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	13	,435	,124
Talvez	19	,549	-,016
Sim	82	-,196	-,016

Variable Principal Normalization.

Tabela 5 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	17	-,040	-,564
Talvez	24	,643	,008
Sim	73	-,202	,129

Variable Principal Normalization.

Tabela 6 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Magra”

Magra

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	13	,368	-,327
Talvez	34	,593	,169
Sim	67	-,372	-,022

Variable Principal Normalization.

Tabela 7 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Perturbada”

Perturbada			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	11	,314	-,870
Talvez	15	,929	,461
Sim	88	-,198	,030

Variable Principal Normalization.

Tabela 8 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	3	-,063	-1,671
Talvez	4	,580	,693
Sim	107	-,020	,021

Variable Principal Normalization.

Tabela 9 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Deprimida”

Deprimida			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	7	1,436	-2,147
Talvez	16	1,045	,545
Sim	91	-,294	,069

Variable Principal Normalization.

Tabela 10 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Carente”

Carente			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	9	1,635	-1,129
Talvez	25	,473	,621
Sim	80	-,332	-,067

Variable Principal Normalization.

Tabela 11 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Perfeccionista”

Perfeccionista

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	13	,534	-,808
Talvez	46	,244	,570
Sim	55	-,331	-,286

Variable Principal Normalization.

Tabela 12 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Jovem”

Jovem

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	5	1,868	-2,444
Talvez	29	,669	,788
Sim	80	-,359	-,133

Variable Principal Normalization.

Tabela 13 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	12	,339	-,745
Talvez	21	1,012	-,058
Sim	81	-,312	,125

Variable Principal Normalization.

Tabela 14 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Introvertida”

Introvertida

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	10	,677	-1,302
Talvez	44	,265	,398
Sim	60	-,307	-,075

Variable Principal Normalization.

Tabela 15 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Ansiosa”

Ansiosa

Points: Coordinates

Centroid Coordinates

Dimension

Category	Frequency	1	2
Não	2	3,119	-3,486
Talvez	23	,565	,675
Sim	89	-,216	-,096

Variable Principal Normalization.

Tabela 16 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Com baixa auto-estima”

Com baixa auto-estima

Points: Coordinates

Centroid Coordinates

Dimension

Category	Frequency	1	2
Não	5	,930	-2,306
Talvez	6	2,091	1,843
Sim	103	-,167	,005

Variable Principal Normalization.

Tabela 17 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Em dietas rígidas”

Em dietas rígidas

Points: Coordinates

Centroid Coordinates

Dimension

Category	Frequency	1	2
Não	11	-,195	-,576
Talvez	23	,861	,830
Sim	80	-,221	-,160

Variable Principal Normalization.

Contribuições das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 18 – Contribuição da Variável “Sexo Feminino”

Sexo Feminino

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	7	,004	,063	,089	,003	,307	,008	,316
Talvez	16	,009	,057	,011	,019	,042	,061	,103
Sim	91	,053	,013	,016	,002	,259	,026	,285
Active Total		,067	,133	,116	,024			

Variable Principal Normalization.

Tabela 19 – Contribuição da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	13	,008	,059	,007	,001	,024	,002	,026
Talvez	19	,011	,056	,015	,000	,060	,000	,060
Sim	82	,048	,019	,009	,000	,099	,001	,099
Active Total		,067	,133	,031	,001			

Variable Principal Normalization.

Tabela 20 – Contribuição da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	17	,010	,057	,000	,017	,000	,056	,056
Talvez	24	,014	,053	,027	,000	,110	,000	,110
Sim	73	,043	,024	,008	,004	,073	,029	,102
Active Total		,067	,133	,035	,021			

Variable Principal Normalization.

Tabela 21 – Contribuição da Variável “Magra”

Magra

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	13	,008	,059	,005	,004	,017	,014	,031
Talvez	34	,020	,047	,032	,003	,149	,012	,162
Sim	67	,039	,027	,025	,000	,198	,001	,198
Active Total		,067	,133	,062	,008			

Variable Principal Normalization.

Tabela 22 – Contribuição da Variável “Perturbada”

Perturbada

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	11	,006	,060	,003	,027	,011	,081	,091
Talvez	15	,009	,058	,035	,010	,131	,032	,163
Sim	88	,051	,015	,009	,000	,132	,003	,135
Active Total		,067	,133	,047	,037			

Variable Principal Normalization.

Tabela – Contribuição da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,065	,000	,027	,000	,075	,076
Talvez	4	,002	,064	,004	,006	,012	,017	,030
Sim	107	,063	,004	,000	,000	,006	,007	,013
Active Total		,067	,133	,004	,033			

Variable Principal Normalization.

Tabela – Contribuição da Variável “Deprimida”

Deprimida

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	7	,004	,063	,039	,104	,135	,302	,436
Talvez	16	,009	,057	,047	,015	,178	,049	,227
Sim	91	,053	,013	,021	,001	,343	,019	,362
Active Total		,067	,133	,107	,120			

Variable Principal Normalization.

Tabela – Contribuição da Variável “Carente”

Carente

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	9	,005	,061	,065	,037	,229	,109	,338
Talvez	25	,015	,052	,015	,031	,063	,108	,171
Sim	80	,047	,020	,024	,001	,259	,011	,270
Active Total		,067	,133	,104	,069			

Variable Principal Normalization.

Tabela 23 – Contribuição da Variável “Perfeccionista”

Perfeccionista

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	13	,008	,059	,010	,027	,037	,084	,121
Talvez	46	,027	,040	,007	,048	,040	,220	,260
Sim	55	,032	,035	,016	,014	,102	,076	,178
Active Total		,067	,133	,034	,090			

Variable Principal Normalization.

Tabela 24 – Contribuição da Variável “Jovem”

Jovem

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	5	,003	,064	,047	,096	,160	,274	,434
Talvez	29	,017	,050	,035	,058	,153	,212	,365
Sim	80	,047	,020	,028	,005	,304	,042	,346
Active Total		,067	,133	,110	,158			

Variable Principal Normalization.

Tabela 25 – Contribuição da Variável “Introvertida”

Introvertida

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	10	,006	,061	,012	,055	,044	,163	,207
Talvez	44	,026	,041	,008	,022	,044	,099	,144
Sim	60	,035	,032	,015	,001	,105	,006	,111
Active Total		,067	,133	,036	,078			

Variable Principal Normalization.

Tabela 26 – Contribuição da Variável “Ansiosa”

Ansiosa

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	2	,001	,065	,053	,078	,174	,217	,391
Talvez	23	,013	,053	,020	,034	,081	,115	,196
Sim	89	,052	,015	,011	,003	,166	,033	,199
Active Total		,067	,133	,084	,114			

Variable Principal Normalization.

Tabela 27 – Contribuição da Variável “Baixa Auto-Estima”

Com baixa auto-estima

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	5	,003	,064	,012	,085	,040	,244	,284
Talvez	6	,004	,063	,071	,066	,243	,189	,432
Sim	103	,060	,006	,008	,000	,261	,000	,261
Active Total		,067	,133	,090	,151			

Variable Principal Normalization.

Tabela 28 – Contribuição da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	12	,007	,060	,004	,021	,014	,065	,079
Talvez	21	,012	,054	,058	,000	,231	,001	,232
Sim	81	,047	,019	,021	,004	,240	,039	,278
Active Total		,067	,133	,083	,026			

Variable Principal Normalization.

Tabela 29 – Contribuição da Variável “Diets Rígidas”

Em dietas rígidas

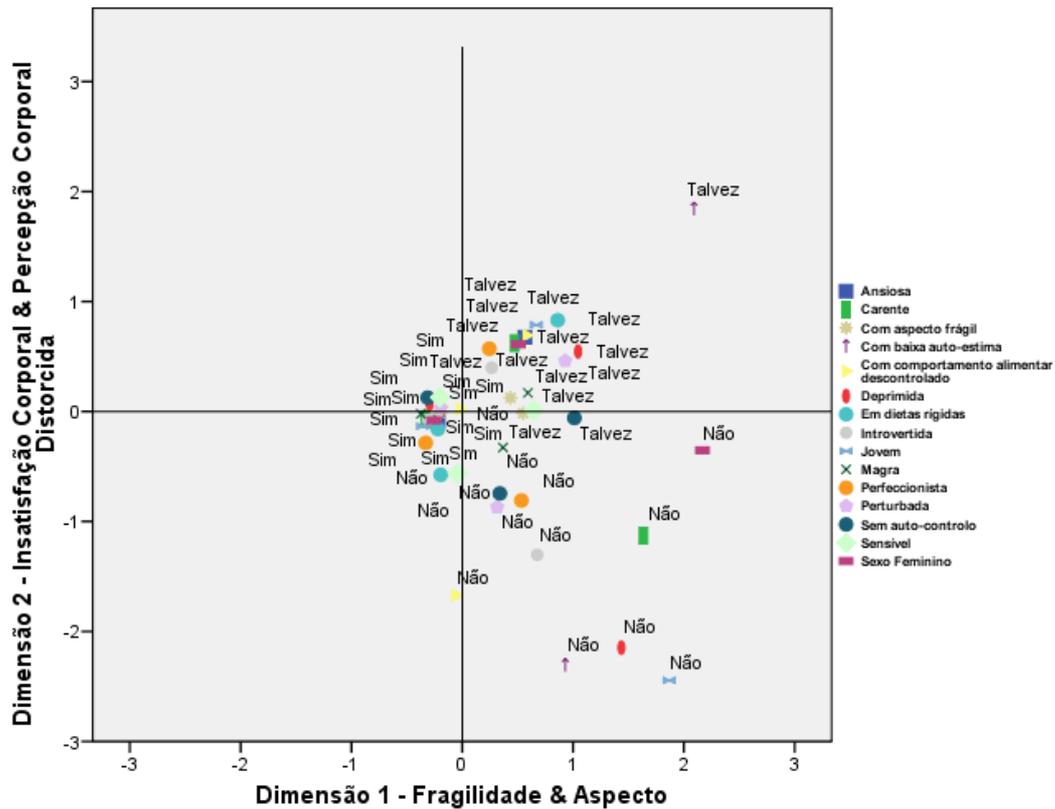
Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	11	,006	,060	,001	,012	,004	,035	,039
Talvez	23	,013	,053	,046	,051	,187	,174	,362
Sim	80	,047	,020	,011	,007	,115	,060	,174
Active Total		,067	,133	,058	,069			

Variable Principal Normalization.

Configuração Topológica do Espaço em Análise

Figura 3 – Representação do Perfil das Respostas das Representações Sociais das PCA



Análise de Correspondências Múltiplas das Representações Sociais da Anorexia Nervosa

Tabela 30 – Valores Próprios e Inércia das Dimensões

Model Summary				
Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For		
		Total (Eigenvalue)	Inertia	% of Variance
1	,771	3,572	,238	23,814
2	,679	2,730	,182	18,200
3	,559	2,093	,140	13,951
4	,520	1,942	,129	12,944
5	,477	1,801	,120	12,010
6	,384	1,559	,104	10,396
7	,343	1,471	,098	9,808
8	,309	1,405	,094	9,366
9	,183	1,206	,080	8,042
10	,121	1,127	,075	7,513
Total		18,907	1,260	
Mean	,505 ^a	1,891	,126	12,605

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

Figura 4 – Representação da Variância das Dimensões

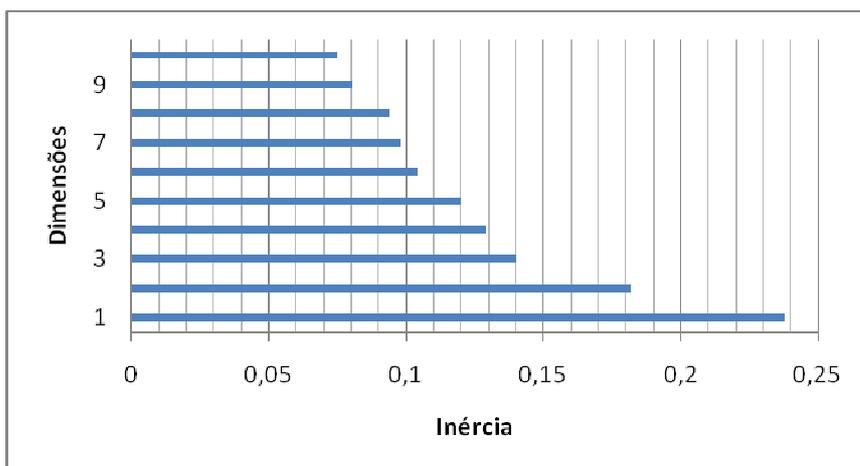
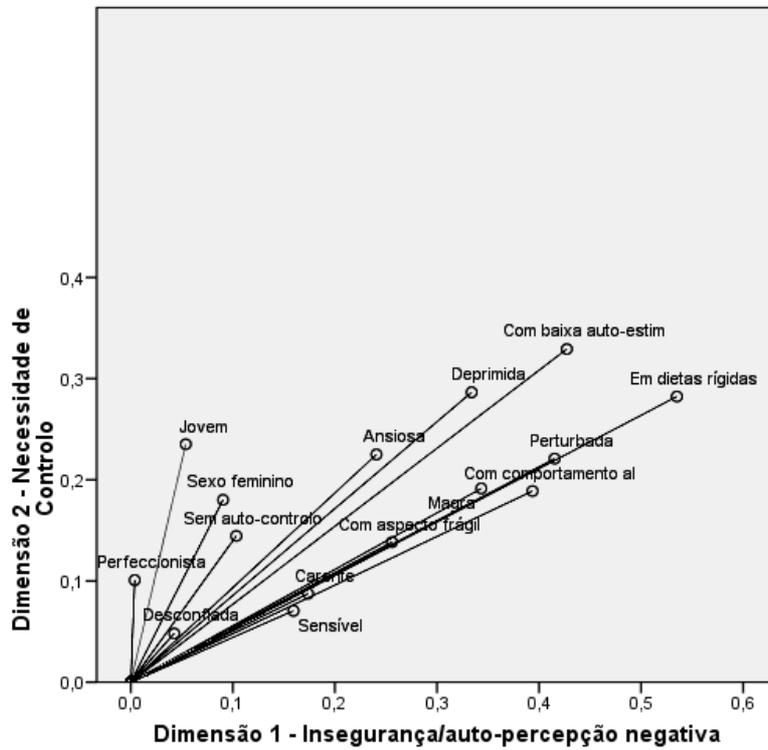


Tabela 31 – Medidas de Discriminação

Discrimination Measures			
	Dimension		Mean
	1	2	
Desconfiada	,043	,048	,045
Com aspecto frágil	,256	,138	,197
Perturbada	,415	,221	,318
Ansiosa	,241	,225	,233
Deprimida	,334	,286	,310
Carente	,174	,088	,131
Magra	,343	,191	,267
Sexo feminino	,090	,180	,135
Sem auto-controlo	,103	,145	,124
Sensível	,159	,071	,115
Com baixa auto-estima	,427	,329	,378
Com comportamento alimentar descontrolado	,394	,189	,291
Em dietas rígidas	,535	,282	,409
Perfeccionista	,004	,101	,052
Jovem	,054	,235	,145
Active Total	3,572	2,730	3,151
% of Variance	23,814	18,200	21,007

Figura 5 – Representação Gráfica das Medidas de Discriminação



Quantificações das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 32 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Desconfiada”

Desconfiada

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	8	,160	,530
Talvez	42	,246	,171
Sim	64	-,182	-,178

Variable Principal Normalization.

Tabela 33 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	3	,823	1,776
Talvez	5	2,252	1,029
Sim	106	-,130	-,099

Variable Principal Normalization.

Tabela 34 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Perturbada”

Perturbada			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	9	2,051	-1,104
Talvez	8	,672	1,333
Sim	97	-,246	-,008

Variable Principal Normalization.

Tabela 35 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Ansiosa”

Ansiosa			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	5	1,768	-,901
Talvez	13	,786	1,246
Sim	96	-,198	-,122

Variable Principal Normalization.

Tabela 36 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Deprimida”

Deprimida			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	6	2,046	-1,123
Talvez	12	,812	1,414
Sim	96	-,229	-,107

Variable Principal Normalization.

Tabela 37 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Carente”

Carente			
Points: Coordinates			
Centroid Coordinates			
Dimension			
Category	Frequency	1	2
Não	7	1,216	-,060
Talvez	17	,580	,706
Sim	90	-,204	-,129

Variable Principal Normalization.

Tabela 38 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Magra”

Magra

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	3	3,344	-1,656
Talvez	17	,393	,861
Sim	94	-,178	-,103

Variable Principal Normalization.

Tabela 39 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Jovem”

Jovem

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	4	,926	-1,192
Talvez	40	,169	,620
Sim	70	-,150	-,286

Variable Principal Normalization.

Tabela 40 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sexo Feminino”

Sexo feminino

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	3	-,063	-,230
Talvez	17	,718	1,014
Sim	94	-,128	-,176

Variable Principal Normalization.

Tabela 41 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	18	,673	-,187
Talvez	16	,204	,940
Sim	80	-,192	-,146

Variable Principal Normalization.

Tabela 42 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	16	-,192	-,036
Talvez	27	,716	,470
Sim	71	-,229	-,171

Variable Principal Normalization.

Tabela 43 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Com baixa auto-estima”

Com baixa auto-estima

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	4	3,267	-1,585
Talvez	8	,600	1,831
Sim	102	-,175	-,081

Variable Principal Normalization.

Tabela 44 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	4	2,981	-1,871
Talvez	9	,797	,914
Sim	101	-,189	-,007

Variable Principal Normalization.

Tabela 45 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Diets Rígidas”

Em dietas rígidas

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	4	3,666	-2,240
Talvez	10	,560	1,099
Sim	100	-,203	-,020

Variable Principal Normalization.

Tabela 46 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Perfeccionista”

Perfeccionista

Points: Coordinates

Category	Frequency	Centroid Coordinates	
		Dimension	
		1	2
Não	3	-,012	-,707
Talvez	46	,076	,375
Sim	65	-,053	-,233

Variable Principal Normalization.

Contribuições das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 47 – Contribuição da Variável “Desconfiada”

Desconfiada

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	8	,005	,062	,001	,007	,002	,021	,023
Talvez	42	,025	,042	,006	,004	,035	,017	,052
Sim	64	,037	,029	,005	,007	,042	,041	,083
Active Total		,067	,133	,012	,018			

Variable Principal Normalization.

Tabela 48 – Contribuição da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,065	,005	,030	,018	,085	,104
Talvez	5	,003	,064	,062	,017	,233	,049	,281
Sim	106	,062	,005	,004	,003	,222	,129	,352
Active Total		,067	,133	,072	,051			

Variable Principal Normalization.

Tabela 49 – Contribuição da Variável “Perturbada”

Perturbada

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	9	,005	,061	,093	,035	,361	,104	,465
Talvez	8	,005	,062	,009	,046	,034	,134	,168
Sim	97	,057	,010	,014	,000	,345	,000	,345
Active Total		,067	,133	,116	,081			

Variable Principal Normalization.

Tabela 50 – Contribuição da Variável “Ansiosa”

Ansiosa

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	5	,003	,064	,038	,013	,143	,037	,181
Talvez	13	,008	,059	,020	,065	,079	,200	,279
Sim	96	,056	,011	,009	,005	,210	,079	,289
Active Total		,067	,133	,067	,082			

Variable Principal Normalization.

Tabela 51 – Contribuição da Variável “Deprimida”

Deprimida

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	6	,004	,063	,062	,024	,232	,070	,303
Talvez	12	,007	,060	,019	,077	,078	,235	,313
Sim	96	,056	,011	,012	,004	,280	,061	,341
Active Total		,067	,133	,093	,105			

Variable Principal Normalization.

Tabela 52 – Contribuição da Variável “Carente”

Carente

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	7	,004	,063	,025	,000	,097	,000	,097
Talvez	17	,010	,057	,014	,027	,059	,087	,146
Sim	90	,053	,014	,009	,005	,156	,062	,218
Active Total		,067	,133	,049	,032			

Variable Principal Normalization.

Tabela 53 – Contribuição da Variável “Magra”

Magra

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,065	,082	,026	,302	,074	,376
Talvez	17	,010	,057	,006	,041	,027	,130	,157
Sim	94	,055	,012	,007	,003	,149	,050	,198
Active Total		,067	,133	,096	,070			

Variable Principal Normalization.

Tabela 54 – Contribuição da Variável “Sexo Feminino”

Sexo feminino

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,065	,000	,001	,000	,001	,002
Talvez	17	,010	,057	,022	,056	,090	,180	,270
Sim	94	,055	,012	,004	,009	,077	,146	,222
Active Total		,067	,133	,025	,066			

Variable Principal Normalization.

Tabela 55 – Contribuição da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	18	,011	,056	,020	,002	,085	,007	,092
Talvez	16	,009	,057	,002	,045	,007	,144	,151
Sim	80	,047	,020	,007	,005	,087	,050	,137
Active Total		,067	,133	,029	,053			

Variable Principal Normalization.

Tabela 56 – Contribuição da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	16	,009	,057	,001	,000	,006	,000	,006
Talvez	27	,016	,051	,034	,019	,159	,068	,228
Sim	71	,042	,025	,009	,007	,087	,048	,135
Active Total		,067	,133	,045	,026			

Variable Principal Normalization.

Tabela 57 – Contribuição da Variável “Baixa auto-estima”

Com baixa auto-estima

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	4	,002	,064	,105	,032	,388	,091	,479
Talvez	8	,005	,062	,007	,086	,027	,253	,280
Sim	102	,060	,007	,008	,002	,261	,056	,317
Active Total		,067	,133	,120	,121			

Variable Principal Normalization.

Tabela 58 – Contribuição da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	4	,002	,064	,087	,045	,323	,127	,450
Talvez	9	,005	,061	,014	,024	,054	,072	,126
Sim	101	,059	,008	,009	,000	,278	,000	,278
Active Total		,067	,133	,110	,069			

Variable Principal Normalization.

Tabela 59 – Contribuição da Variável “Diets Rígidas”

Em dietas rígidas

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	4	,002	,064	,132	,064	,489	,182	,671
Talvez	10	,006	,061	,008	,039	,030	,116	,146
Sim	100	,058	,008	,010	,000	,293	,003	,296
Active Total		,067	,133	,150	,103			

Variable Principal Normalization.

Tabela 60 – Contribuição da Variável “Perfeccionista”

Perfeccionista

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,065	,000	,005	,000	,014	,014
Talvez	46	,027	,040	,001	,021	,004	,095	,099
Sim	65	,038	,029	,000	,011	,004	,072	,076
Active Total		,067	,133	,001	,037			

Variable Principal Normalization.

Tabela 61 – Contribuição da Variável “Jovem”

Jovem

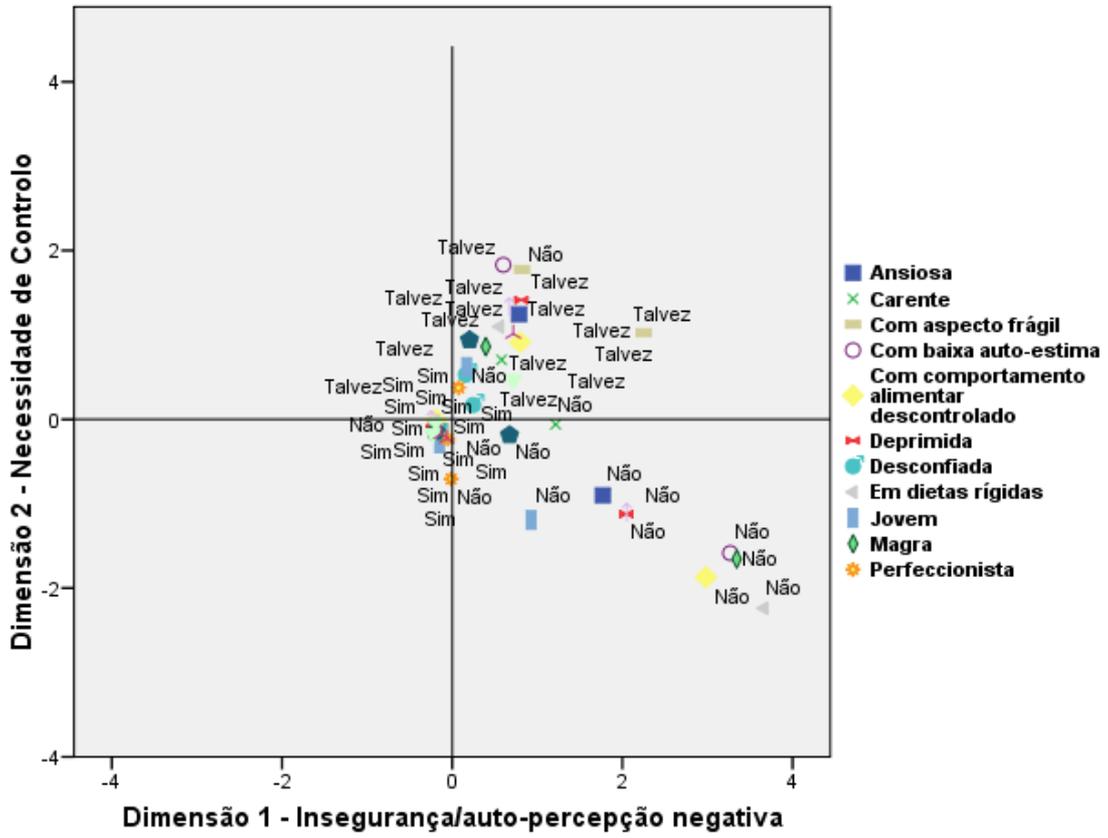
Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	4	,002	,064	,008	,018	,031	,052	,083
Talvez	40	,023	,043	,003	,049	,015	,208	,223
Sim	70	,041	,026	,004	,018	,036	,130	,166
Active Total		,067	,133	,015	,086			

Variable Principal Normalization.

Configuração Topológica do Espaço em Análise

Figura 6 – Identificação de Representações Sociais da Anorexia Nervosa



Análise de Correspondências Múltiplas das Representações Sociais da Bulimia Nervosa

Tabela 62 – Valores Próprios e Inércia das Dimensões

Model Summary				
Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For		
		Total (Eigenvalue)	Inertia	% of Variance
1	,830	4,353	,311	31,095
2	,764	3,437	,245	24,547
3	,523	1,945	,139	13,893
4	,403	1,598	,114	11,411
5	,311	1,406	,100	10,043
6	,295	1,377	,098	9,832
7	,223	1,261	,090	9,005
8	,158	1,172	,084	8,372
9	,108	1,112	,079	7,943
10	-,032	,972	,069	6,940
Total		18,631	1,331	
Mean	,499 ^a	1,863	,133	13,308

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

Figura 7 – Representação da Variância das Dimensões

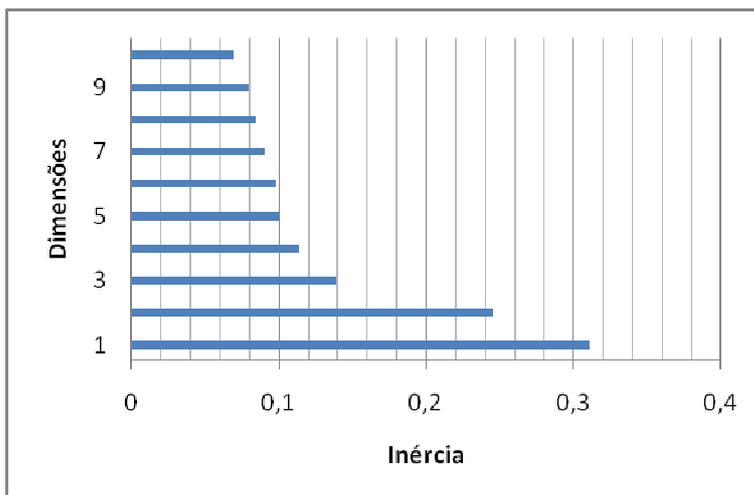
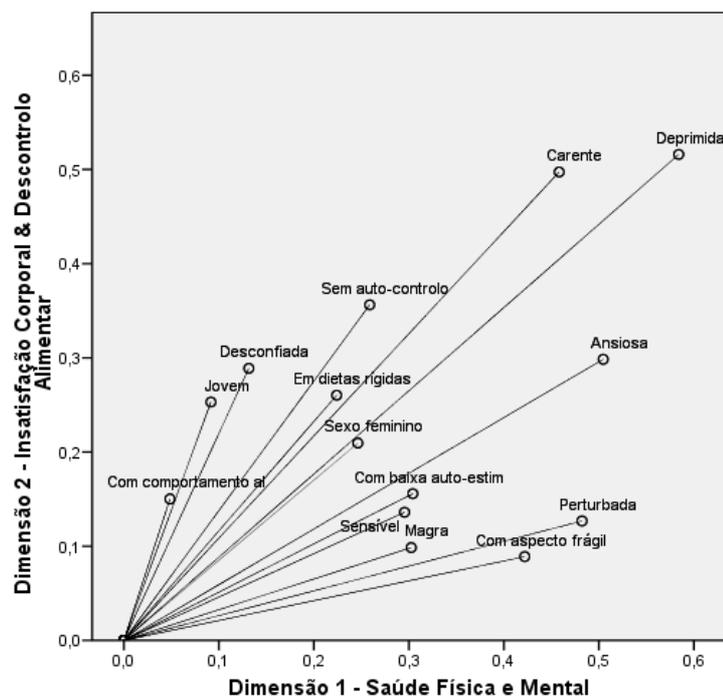


Tabela 63 – Medidas de Discriminação

	Dimension		Mean
	1	2	
Sensível	,295	,136	,216
Magra	,302	,099	,200
Com baixa auto-estima	,304	,156	,230
Ansiosa	,504	,298	,401
Com comportamento alimentar descontrolado	,049	,150	,099
Perturbada	,482	,127	,305
Com aspecto frágil	,422	,089	,255
Deprimida	,584	,516	,550
Sem auto-controlo	,259	,356	,308
Carente	,458	,497	,478
Jovem	,092	,253	,172
Em dietas rígidas	,224	,260	,242
Desconfiada	,132	,289	,210
Sexo feminino	,246	,210	,228
Active Total	4,353	3,437	3,895
% of Variance	31,095	24,547	27,821

Figura 7 – Representação Gráfica das Medidas de Discriminação



Quantificações das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 64 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Desconfiada”

Desconfiada

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	6	,447	-1,689
Talvez	53	,338	,472
Sim	55	-,375	-,271

Variable Principal Normalization.

Tabela 65 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	15	,613	-,760
Talvez	32	,845	,175
Sim	67	-,541	,087

Variable Principal Normalization.

Tabela 66 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Ansiosa”

Ansiosa

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	8	1,347	-1,902
Talvez	21	1,163	,475
Sim	85	-,414	,062

Variable Principal Normalization.

Tabela 67 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Deprimida”

Deprimida

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	13	1,259	-1,625
Talvez	20	1,156	1,107
Sim	81	-,487	-,012

Variable Principal Normalization.

Tabela 68 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Perturbada”

Perturbada

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	3	,583	-1,501
Talvez	20	1,471	,596
Sim	91	-,343	-,081

Variable Principal Normalization.

Tabela 69 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Carente”

Carente

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	7	1,792	-2,462
Talvez	34	,636	,641
Sim	73	-,468	-,062

Variable Principal Normalization.

Tabela 70 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Magra”

Magra

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	22	,563	-,221
Talvez	32	,591	,502
Sim	60	-,522	-,187

Variable Principal Normalization.

Tabela 71 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Jovem”

Jovem

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	5	1,204	-1,818
Talvez	33	,191	,578
Sim	76	-,162	-,131

Variable Principal Normalization.

Tabela 72 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sexo Feminino”

Sexo feminino

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	8	1,236	-1,370
Talvez	15	,831	,769
Sim	91	-,246	-,006

Variable Principal Normalization.

Tabela 73 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	13	,879	-1,535
Talvez	11	1,100	,899
Sim	90	-,261	,112

Variable Principal Normalization.

Tabela 74 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	14	-,236	-,234
Talvez	29	,929	,631
Sim	71	-,333	-,212

Variable Principal Normalization.

Tabela 75 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Com baixa auto-estima”

Com baixa auto-estima

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	10	1,421	-1,078
Talvez	2	2,342	1,672
Sim	102	-,185	,073

Variable Principal Normalization.

Tabela 76 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
Não	4	1,139	-2,016
Talvez	2	,234	,437
Sim	108	-,047	,067

Variable Principal Normalization.

Tabela 77 – Coordenadas (Quantificações) da Variável “Dietas Rígidas”

Em dietas rígidas

Points: Coordinates

		Centroid Coordinates	
		Dimension	
Category	Frequency	1	2
não	25	,437	-,704
Talvez	25	,624	,828
Sim	64	-,415	-,048

Variable Principal Normalization.

Contribuições das Categorias das Variáveis de Input

Tabela 78 – Contribuição da Variável “Aspecto Frágil”

Com aspecto frágil

Points: Contributions

				Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
Category	Frequency	Mass	Inertia	1	2	1	2	Total
Não	15	,009	,062	,011	,022	,057	,088	,144
Talvez	32	,020	,051	,046	,003	,279	,012	,291
Sim	67	,042	,029	,039	,001	,417	,011	,428
Active Total		,071	,143	,097	,026			

Variable Principal Normalization.

Tabela 79 – Contribuição da Variável “Desconfiada”

Desconfiada

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	6	,004	,068	,002	,044	,011	,158	,170
Talvez	53	,033	,038	,012	,030	,099	,193	,293
Sim	55	,034	,037	,016	,010	,131	,068	,199
Active Total		,071	,143	,030	,084			

Variable Principal Normalization.

Tabela 80 – Contribuição da Variável “Perturbada”

Perturbada

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	3	,002	,070	,002	,017	,009	,061	,070
Talvez	20	,013	,059	,087	,018	,460	,075	,536
Sim	91	,057	,014	,022	,002	,464	,026	,490
Active Total		,071	,143	,111	,037			

Variable Principal Normalization.

Tabela 81 – Contribuição da Variável “Ansiosa”

Ansiosa

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	8	,005	,066	,029	,074	,137	,273	,410
Talvez	21	,013	,058	,057	,012	,305	,051	,356
Sim	85	,053	,018	,029	,001	,503	,011	,514
Active Total		,071	,143	,116	,087			

Variable Principal Normalization.

Tabela 82 – Contribuição da Variável “Deprimida”

Deprimida

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	13	,008	,063	,042	,088	,204	,340	,544
Talvez	20	,013	,059	,054	,063	,284	,261	,545
Sim	81	,051	,021	,039	,000	,583	,000	,584
Active Total		,071	,143	,134	,150			

Variable Principal Normalization.

Tabela 83 – Contribuição da Variável “Carente”

Carente

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	7	,004	,067	,045	,108	,210	,397	,607
Talvez	34	,021	,050	,028	,036	,172	,175	,347
Sim	73	,046	,026	,032	,001	,390	,007	,397
Active Total		,071	,143	,105	,145			

Variable Principal Normalization.

Tabela 84 – Contribuição da Variável “Magra”

Magra

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	22	,014	,058	,014	,003	,076	,012	,088
Talvez	32	,020	,051	,023	,021	,136	,098	,235
Sim	60	,038	,034	,033	,005	,302	,039	,341
Active Total		,071	,143	,069	,029			

Variable Principal Normalization.

Tabela 85 – Contribuição da Variável “Sexo Feminino”

Sexo feminino

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	8	,005	,066	,025	,038	,115	,142	,257
Talvez	15	,009	,062	,021	,023	,105	,090	,194
Sim	91	,057	,014	,011	,000	,239	,000	,239
Active Total		,071	,143	,057	,061			

Variable Principal Normalization.

Tabela 86 – Contribuição da Variável “Sem auto-controlo”

Sem auto-controlo

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	13	,008	,063	,020	,078	,099	,303	,402
Talvez	11	,007	,065	,027	,023	,129	,086	,216
Sim	90	,056	,015	,012	,003	,256	,047	,303
Active Total		,071	,143	,059	,104			

Variable Principal Normalization.

Tabela 87 – Contribuição da Variável “Sensível”

Sensível

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	14	,009	,063	,002	,002	,008	,008	,015
Talvez	29	,018	,053	,050	,030	,294	,136	,430
Sim	71	,044	,027	,016	,008	,183	,074	,257
Active Total		,071	,143	,068	,040			

Variable Principal Normalization.

Tabela 88 – Contribuição da Variável “Baixa auto-estima”

Com baixa auto-estima

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	10	,006	,065	,041	,030	,194	,112	,306
Talvez	2	,001	,070	,022	,014	,098	,050	,148
Sim	102	,064	,008	,007	,001	,292	,045	,337
Active Total		,071	,143	,070	,045			

Variable Principal Normalization.

Tabela 89 – Contribuição da Variável “Comportamento Alimentar Descontrolado”

Com comportamento alimentar descontrolado

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
Não	4	,003	,069	,010	,042	,047	,148	,195
Talvez	2	,001	,070	,000	,001	,001	,003	,004
Sim	108	,068	,004	,000	,001	,039	,080	,119
Active Total		,071	,143	,011	,044			

Variable Principal Normalization.

Tabela 90 – Contribuição da Variável “Diets Rígidas”

Em dietas rígidas

Points: Contributions

Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				Total
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
				1	2	1	2	
não	25	,016	,056	,010	,032	,054	,139	,193
Talvez	25	,016	,056	,020	,044	,109	,192	,302
Sim	64	,040	,031	,022	,000	,220	,003	,223
Active Total		,071	,143	,051	,076			

Variable Principal Normalization.

Tabela 91 – Contribuição da Variável “Jovem”

Jovem								
Points: Contributions								
Category	Frequency	Mass	Inertia	Contribution				
				Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
				1	2	1	2	
Não	5	,003	,068	,015	,042	,067	,152	,218
Talvez	33	,021	,051	,002	,028	,015	,136	,151
Sim	76	,048	,024	,004	,003	,053	,035	,087
Active Total		,071	,143	,021	,074			

Variable Principal Normalization.

Configuração Topológica do Espaço em Análise

Figura 9 – Identificação de Representações Sociais da Bulimia Nervosa

