

Ansiedade física social e comportamentos alimentares de risco em contexto desportivo

ANA SOFIA MALHEIRO (*)
MARIA JOÃO GOUVEIA (**)

1. INTRODUÇÃO

1.1. *Ansiedade Física Social*

O conceito ansiedade física social foi desenvolvido por Hart, Leary e Rejeski (1989), baseados nas perspectivas de auto-apresentação, para compreender certos comportamentos e atitudes face ao desporto.

A auto-apresentação refere-se aos «processos pelos quais as pessoas monitorizam e controlam o modo como são percebidas pelos outros» (Schlenker, 1980, citado por Leary, 1992, p. 339). O primeiro recurso da auto-apresentação é o próprio sujeito, portanto se o indivíduo acreditar que possui as características necessárias para causar a impressão desejada, deverá ter uma eficácia de auto-apresentação elevada. Consequentemente, não deverá sentir ansiedade social (Leary & Kowalski, 1995). As pessoas podem tornar-se socialmente ansiosas quando se ava-

liam desfavoravelmente, ou quando acreditam que não são capazes de lidar com as exigências sociais. Se as auto-avaliações são ou não verdadeiras não é relevante, pois as deficiências sociais imaginárias são passíveis de causar tanta ansiedade social como as deficiências reais (Leary & Kowalski, 1995).

A diferença entre os conceitos de ansiedade social (causada pela baixa eficácia dos processos de auto-apresentação) e ansiedade física social é que neste último a ansiedade surge como resultado de uma preocupação mais restrita. Enquanto as perspectivas de auto-apresentação falam da manipulação da impressão global que uma pessoa vai provocar numa terceira, na ansiedade física social a pessoa preocupa-se com a impressão que o seu corpo (físico) vai provocar nos outros. A ansiedade física social diz portanto respeito à «ansiedade que as pessoas experimentam como resposta à avaliação, feita por terceiros, do seu físico» (Hart et al., 1989, p. 94).

Apesar do cliché de que o importante é a beleza interior, o facto é que as impressões e avaliações que as pessoas fazem dos outros são influenciadas pelo seu nível de atractividade física. Por isso, muitas pessoas preocupam-se com a sua aparência física com medo que os outros as avaliem negativamente (Leary & Kowalski, 1995).

(*) Psicóloga.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Devido a estas preocupações, as pessoas apresentam e omitem características, na tentativa de criar uma impressão positiva e evitar impressões indesejadas por parte de pessoas específicas e em situações particulares (Leary, 1992).

Mais uma vez, não é importante se essas preocupações são infundadas ou não. De facto, mesmo as pessoas que são consideradas atraentes, pelo senso comum, podem ter uma baixa auto-estima, se se recusarem a acreditar naquilo que as outras pessoas dizem sobre si, ou se encontrarem formas de o negar, por exemplo, focando-se num certo aspecto da sua aparência (Davis, Claridge & Fox, 2000).

Este conceito (ansiedade física social) tem bastantes semelhanças com a satisfação da imagem corporal. No entanto, a sua distinção é bastante simples, mas necessária para evitar sobreposições conceptuais. A satisfação corporal diz apenas respeito aos sentimentos que uma pessoa tem sobre o próprio corpo, sem que a preocupação com a percepção dos outros esteja incluída (Cox, Lantz & Mayhew, 1997).

1.2. Ansiedade Física Social e Perturbações do Comportamento Alimentar

Sendo a ansiedade física social a preocupação com a possibilidade do seu corpo ser avaliado negativamente por terceiros, não é difícil perceber que as pessoas se apresentem apreensivas com a aparência do seu corpo.

Uma pessoa que se sinta permanentemente insatisfeita com o seu corpo e com uma elevada ansiedade física social desejará, com certeza, melhorar a sua condição física e o seu aspecto. Dado os padrões contemporâneos de beleza, esta transformação desejada passa frequentemente pelo emagrecimento. Põe-se assim a questão se não estará uma pessoa com ansiedade física social elevada em risco de desenvolver uma perturbação alimentar?

Embora o conceito de ansiedade física social seja relativamente recente, já existem alguns dados empíricos sobre a relação entre a ansiedade física social e as perturbações alimentares. Vários estudos demonstraram que quanto mais elevada a ansiedade física social, menos frequentes são os comportamentos alimentares saudáveis (Cox et al., 1997; Frederick & Morrison, 1998; Diehl, Johnson, Rogers & Petrie, 1998;

Haase & Prapavessis, 1998). Estes resultados levaram os autores a considerar a ansiedade física social como factor de risco no desenvolvimento das perturbações alimentares.

1.3. Perturbações do Comportamento Alimentar no Contexto Desportivo

A associação entre as perturbações do comportamento alimentar e o desporto tem sido sugerida, na medida em que se considera que em certas modalidades, ditas de alto risco, os atletas lidam com factores que os obrigam a estarem fortemente focados no seu peso, o que pode contribuir para o desenvolvimento desta patologia (ver Smolak, Murnen & Ruble, 2000, para uma meta-análise).

Situações como: a) as restrições de peso em desportos onde os indivíduos são divididos por escalões com base nele (ex.: boxe, luta livre e greco-romana, halterofilismo, judo e tae kwon do); b) os critérios dos juizes que dão demasiada importância à magreza e a um estereótipo de constituição corporal atractiva, nomeadamente em desportos como os saltos para a água, a patinagem artística, a ginástica e a natação sincronizada; c) os desempenhos que exigem uma percentagem de gordura corporal muito baixa e consequentemente a pressão exercida pelos treinadores para que os atletas percam peso, frequente em modalidades como a natação, «speed skating», corrida de fundo e «cross-country skating»; e por fim, d) a pressão dos pares para utilizarem métodos patológicos de controlo de peso que potenciam o desempenho ou a aparência, são exemplos deste tipo de factores específicos do contexto desportivo (Swoap & Murphy, 1995).

Davis (1992) reparou que existia um grande número de atletas que, embora tivessem um peso abaixo da média, encontravam-se actualmente a fazer dieta para emagrecer e que a percentagem de atletas classificadas como preocupadas excessivamente com o peso era bastante grande, comparando com outro grupo de estudantes universitárias. Concluiu, assim, que as atletas são consideradas um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Dos desportos ditos de alto risco a ginástica parece ser o mais afectado. Dos estudos já efectuados nessa população pode-se concluir que as ginastas: a) apresentam elevados níveis de

preocupação com o peso (Harris & Grecco, 1990); b) uma grande percentagem pode ser classificada como tendo uma forma intermédia de perturbação alimentar (Petrie, 1993); c) grande número dessas atletas praticam uma alimentação e métodos de controlo de peso patogénicos como exercício físico excessivo ou jejum/alimentação restritiva (Petrie & Stoeberl, 1993); d) um aumento de volume de treino pode levar à privação de energia, que por sua vez pode conduzir a um clima biológico e psicológico próprio ao desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Sundgot-Borgen, 1994); e por fim e) comparando com a população estudante, elas encontram-se com um elevado risco de desenvolverem perturbações alimentares clínicas e sub-clínicas (Davis & Cowles, 1989).

Mais recentemente, Johnson, Powers e Dick (1999) mostraram que os atletas em geral se encontram em risco de desenvolverem comportamentos característicos das perturbações do comportamento alimentar.

Mas se são muitos os estudos estrangeiros sobre esta problemática, são extremamente escassos os estudos nacionais. Um desses poucos trabalhos sugere que existe uma crescente tendência no aparecimento de algumas características psicopatológicas associadas às perturbações do comportamento alimentar nas modalidades consideradas, habitualmente, de menor risco em desenvolver esta perturbação (Silva, 1999). Existe ainda um outro estudo, que revelou algumas diferenças entre um grupo feminino de não-atletas e um outro composto por atletas de competição. Mas, surpreendentemente, o grupo que apresentou mais comportamentos e atitudes alimentares de risco foi o grupo das não-atletas (Bernardo, 1999). Ou seja, os dados portugueses disponíveis são raros e pouco consistentes.

A atleta com perturbações alimentares faz parte de uma população especial. Ao contrário das outras pessoas com a mesma doença, a atleta que tem ou está predisposta a ter uma perturbação deste tipo tem dificuldades que são complicadas pelo ambiente desportivo, que pode enfatizar demasiado o desempenho assim como legitimar a sua doença (Thompson & Sherman, 1993).

1.4. *Ansiedade Física Social e Perturbações do Comportamento Alimentar no Contexto Desportivo*

Uma vez que os atletas estão frequentemente em situações onde o seu físico pode ser avaliado e, como já vimos anteriormente, sujeitos a pressões para perderem peso, a ansiedade física social pode ter um valor importante na população desportiva e, em particular, nas modalidades desportivas onde os sintomas de perturbações alimentares são mais frequentes (Diehl et al., 1998).

Se os estudos que relacionam as perturbações alimentares e a ansiedade física social são escassos, são menos ainda aqueles que foram efectuados no contexto desportivo. Um dos estudos existentes confirmou a relação anteriormente descrita entre a ansiedade física social e as perturbações alimentares numa amostra de «cheerleaders» (Reel & Gill, 1996). No entanto, a amostra utilizada não é especificamente desportiva nem o estudo incluía um grupo fisicamente inactivo para se fazer uma comparação de resultados.

Existe, no entanto, um estudo (Cox et al., 1997) que utilizou dois grupos que permitiam essa comparação, mas os resultados não foram os esperados. Apesar das características particulares do ambiente desportivo, não houve diferenças entre os resultados das mulheres que não praticavam exercício físico e as que praticavam desporto. O estudo confirmou apenas a relação entre ansiedade física social e perturbações alimentares.

Do que foi dito podemos concluir que as atletas são encaradas como uma população de risco, devido aos factores inerentes ao contexto desportivo que podem contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Thompson & Sherman, 1993; Swoap & Murphy, 1995).

Mas o que é certo é que nem todos os atletas expostos a esses factores desenvolvem perturbações alimentares (Smolack, Murnen & Ruble, 2000). É, por isso, necessário descobrir quais os factores que actuam conjuntamente com o contexto desportivo, levando ao aparecimento de comportamentos e atitudes alimentares patológicas. Um dos factores que surge como provável desencadeador é a ansiedade física social.

Os dois estudos encontrados, sobre esta problemática, são pouco esclarecedores: por um lado confirmam a relação descrita anteriormente

(Rell & Gill, 1996); por outro, ao compararem grupos de atletas e não-atletas, não se encontram diferenças nessa relação (Cox et al., 1997).

Sendo assim, face aos poucos dados existentes sobre o assunto, o objectivo do nosso estudo será primeiro confirmar resultados anteriores que apontam que quanto mais elevada é a ansiedade física social, maior é a presença de comportamentos e atitudes alimentares características das perturbações alimentares. Subsequentemente, pretende-se averiguar se, como nos leva a pensar a teoria, o contexto desportivo provoca um aumento da ansiedade física social e, como consequência, contribui para acentuar a frequência de atitudes e comportamentos alimentares característicos das perturbações alimentares, o que contrariaria os resultados surpreendentes de Cox et al. (1997).

2. MÉTODO

2.1. *Participantes*

Este estudo contou com a participação voluntária de 200 raparigas com idades compreendidas entre os 14 e 25 anos – idade do aparecimento e pico de prevalência da anorexia nervosa (entre 14 e 18 anos) e da bulimia nervosa (entre os 18 e os 25 anos) (DSM IV, 1994). Destas 200 jovens, 100 são atletas de competição, sendo que 50 estão envolvidas em modalidades consideradas de baixo risco (25 futebolistas e 25 andebolistas) e as restantes estarão envolvidas em modalidades consideradas de alto risco (25 ginastas e 25 nadadoras), no que diz respeito à prevalência de distúrbios alimentares. As restantes 100 jovens são estudantes universitárias que abrangeram todos os anos do curso e que não praticam nenhuma actividade física, a não ser a um nível recreativo, para desta forma poderem servir de termo de comparação com as atletas de competição.

2.2. *Instrumentos*

2.2.1. Social Physique Anxiety Scale

O Social Physique Anxiety Scale, é um instrumento que foi desenvolvido por Hart et al.

(1989). A escala pretende medir a «ansiedade que as pessoas experimentam como resposta à avaliação, feita por terceiros, do seu físico» (Hart et al., 1989, p. 94), ou seja, a ansiedade física social. É constituída por 12 afirmações do género «Sinto-me bem com a aparência do meu corpo». As respostas são dadas numa escala de cinco pontos («nada»; «ligeiramente»; «moderadamente»; «muito»; e «extremamente característico»). O resultado da escala é calculado através da soma da pontuação obtida em cada item, variando portanto entre 12 (ansiedade física social baixa) e 60 (ansiedade física social alta).

A versão portuguesa do SPAS foi desenvolvida por Abreu (no prelo), e obedeceu a uma série de procedimentos.

Num primeiro momento, procedeu-se à tradução dos 12 itens e da escala de resposta para português. Esta tarefa teve o auxílio de três pessoas com formação Português/Inglês que traduziram a escala separadamente. Estas traduções foram confrontadas mais tarde, chegando-se a um acordo quanto à versão final da escala. Seguidamente, efectuou-se a retroversão, do português para o inglês, mais uma vez por três indivíduos diferentes. Como aconteceu com o processo de tradução, também se compararam as retroversões e verificou-se que coincidiam com o original. Por fim acrescentou-se um 13.º item, que se julgou ser pertinente («Sinto-me inseguro(a) ao pé das outras pessoas por causa do meu corpo»).

Procedeu-se então a um pré-teste, que contou com o envolvimento de 10 indivíduos, com o intuito de detectar eventuais problemas de compreensão dos itens e instruções da escala. Durante o pré-teste surgiram alguns problemas com a formulação do item 2, sendo assim reformulado. Procedeu-se então a um novo pré-teste, novamente com a participação de 10 indivíduos, onde não se verificou quaisquer problemas no preenchimento da escala.

Avançou-se assim para o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do SPAS, numa amostra de 112 estudantes femininas do ensino superior.

Numa primeira fase submeteram-se os 13 itens a uma análise factorial, utilizando o método dos componentes principais, com rotação varimax, sem definição do número de factores.

Da primeira análise factorial surgiram quatro

QUADRO 1
Análise factorial da versão portuguesa do SPAS

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Sinto-me bem com a aparência do meu corpo.	0,85		
Há momentos em que me aborreço ao pensar que as outras pessoas estão a avaliar de forma negativa o meu peso ou o meu desenvolvimento muscular.	0,53		
Quando me olho ao espelho sinto-me bem com o meu corpo.	0,87		
Existem algumas características físicas do meu corpo, menos atraentes que me criam alguma ansiedade quando estou com outras pessoas.	0,57		
Sinto-me bem com a maneira como o meu corpo é percebido pelos outros.	0,76		
Quando estou em fato de banho, sinto-me muitas vezes nervoso(a) por causa do meu corpo.	0,73		
Sentir-me-ia desconfortável ao saber que as outras pessoas estão a avaliar o meu corpo ou figura física.		0,69	
Sou um tanto tímido(a) quando tenho de mostrar o meu corpo aos outros.		0,84	
Sinto-me descontraído(a) quando noto que as outras pessoas estão a olhar para o meu corpo.		0,77	
Gostaria de não ser tão exigente com o meu corpo.			0,57
Preocupo-me com a minha figura física na presença de outras pessoas.			0,78
Eigenvalues	5,09	1,36	1,24
Variância total explicada (%)	42,43	11,34	10,31

factores. No entanto, uma vez que o quarto factor era constituído apenas pelo item 2, optou-se por eliminar este item.

Na decisão de se excluir o item 2 teve-se em conta diversos estudos efectuados sobre as qualidades psicométricas do SPAS, que revelaram igualmente que o item 2 era um item problemático (McAuley & Burman, 1993; Crawford & Eklund, 1994; Eklund, Mack & Hart, 1996; Petrie, Diehl, Rogers & Jonhson, 1996; Eklund, Kelly & Wilson, 1997).

Procedeu-se assim a uma nova análise factorial que revelou a existência de três factores que

explicam 64% da variância total. O Quadro 1 mostra os resultados da análise factorial, com os níveis de saturação de cada item no seu factor.

De facto, a versão original do SPAS foi alvo de muitos estudos psicométricos, principalmente para se verificar se se trata de uma escala uni ou multidimensional. No entanto, não se chegou ainda a um consenso sobre o assunto. Apesar dos estudos mais recentes apontarem para a multidimensionalidade da escala (Martin, Rejeski, Leary, McAuley & Bane, 1997; Eklund et al., 1996; Petrie et al., 1996; Eklund et al., 1997), os trabalhos empíricos que utilizaram este instrumento

mantiveram-se fiéis aos resultados de Hart et al. (1989) que consideram que a escala tem apenas uma única dimensão (por exemplo: Rell & Gill, 1996; Cox et al., 1997).

Sendo assim, e apesar da análise factorial ter extraído três factores, a versão portuguesa do SPAS utilizada neste trabalho, foi utilizada como unidimensional.

Para além da análise factorial, estudou-se também a fidelidade calculando-se para isso o alpha de Cronbach. Concluiu-se que a versão portuguesa do SPAS apresenta uma óptima consistência interna, sendo que todos os itens apresentaram valores superiores a .80.

2.2.2. Eating Disorder Inventory-2

O EDI-2 é um inventário, desenvolvido por Garner (1991). A sua versão mais recente tem um total de 91 itens divididos por 11 sub-escalas. As três primeiras sub-escalas dizem respeito às atitudes e comportamentos relacionados com a comida e a forma do corpo: a) desejo de emagrecer que avalia a preocupação excessiva com a perda de peso, preocupação com o peso e medo de engordar; b) bulimia que mede a tendência para episódios de ingestão alimentar compulsiva, que poderá ser seguida da indução do vômito; e ainda c) insatisfação corporal que examina as perturbações da imagem corporal.

As restantes oito, contêm itens associados a características psicológicas, clinicamente relevantes para as perturbações do comportamentos alimentar: a) ineficácia que avalia sentimentos de ineficácia e uma auto-avaliação negativa; b) perfeccionismo que examina as expectativas pessoais externas; c) desconfiança interpessoal que mede o sentimento de alienação e a relutância geral em construir relações próximas com os outros; d) mal-estar interoceptivo que avalia o nível de confiança no reconhecimento e identificação de emoções e sensações de fome e saciedade; e) medo da maturidade que examina a recusa da maturidade psicológica devido às exigências da idade adulta; f) ascetismo que mede a tentativa de procurar virtudes através de ideias espirituais; g) regulação do impulso que reflecte a tendência para o abuso de substâncias, relacionamento interpessoal destrutivo, impulsividade, negligência, hostilidade e comportamento auto-destrutivo; e por fim h) insegurança social que

avalia a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, pouco gratificantes e pobres em geral.

As respostas são dadas numa escala de 6 pontos que varia entre: «sempre», «normalmente», «frequentemente», «às vezes», «raramente» e «nunca». A cotação varia entre 0 e 3, sendo a pontuação máxima referente à sintomatologia agravada.

A versão portuguesa do EDI-2 está a ser desenvolvida por um grupo de clínicos do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital Santa Maria de Lisboa (Carmo, Galvão-Teles, Bouça, no prelo) e a ser validada em conjunto com um grupo da Universidade do Minho, em Braga.

2.3. Procedimento

Para a realização deste estudo, contactaram-se as várias instituições a fim de se obter o consentimento da participação das jovens.

O contacto com as atletas foi obtido através das federações das respectivas modalidades que indicaram os clubes e instituições desportivas com atletas de competição na área de Lisboa. Posteriormente, contactaram-se as instituições. Explicou-se o trabalho a realizar e solicitou-se autorização para abordar as atletas.

Quanto às estudantes universitárias, os contactos foram efectuados com a direcção da universidade e com os professores que dispensaram algum tempo das aulas para o preenchimento dos questionários.

Em ambos os casos a amostra foi fundamentalmente acidental, seleccionando-se as pessoas que se mostraram disponíveis para participarem. Foram distribuídos a cada um dos sujeitos as versões portuguesas do Social Physique Anxiety Scale – SPAS (Abreu, 2000) e do Eating Disorder Inventory-2 – EDI-2 (Carmo, Galvão-Teles, Bouça, no prelo). Utilizou-se ainda uma folha de rosto, para recolher algumas informações biográficas tais como a idade, índice de massa corporal e caracterização da participação desportiva (nível recreativo ou competitivo).

Antes do preenchimento dos instrumentos, foi explicado o objectivo do trabalho e garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados.

3. RESULTADOS

3.1. Relação entre ansiedade física social e atitudes e comportamentos alimentares patológicos

Analisando os Quadros 2 e 3 verificou-se que em todos os grupos da amostra, à exceção do futebol e andebol, existiu uma relação positiva e fortemente significativa, entre a ansiedade física social e os comportamentos alimentares característicos das perturbações alimentares. Por outro lado, concluiu-se que esta relação é idêntica no grupo das atletas ($r_s=0,35$; $p=0,00$) e das não-atletas ($r_s=0,28$; $p=0,00$). No entanto quando se examinam as modalidades separadamente, encontramos uma relação positiva muito mais forte no grupo das ginastas ($r_s=0,74$; $p=0,00$) e das nadadoras ($r_s=0,62$; $p=0,00$) do que no grupo das não-atletas ($r_s=0,28$; $p=0,00$) (Quadro 2).

É também importante salientar que foram os comportamentos e atitudes características do desejo de emagrecer, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, mal-estar interoceptivo e insegurança social, aqueles que contribuíram para a relação descrita anteriormente. Todas estas sub-escalas se relacionaram positivamente com a ansiedade física social em pelo menos um dos grupos da amostra (Quadro 3).

3.2. Distribuição das atitudes e comportamentos alimentares patológicos

Ao compararem-se os grupos das não-atletas com o das atletas (Quadro 4) verificou-se a existência de diferenças significativas nas seguintes sub-escalas: desejo de emagrecer ($p=0,012$), bulimia ($p=0,013$), desconfiança interpessoal ($p=0,009$), mal-estar interoceptivo ($p=0,008$), medo de maturidade ($p=0,047$) e ascetismo ($p=0,020$). Em todas estas sub-escalas, foi sempre o grupo das atletas aquele que apresentou mais comportamentos e atitudes de risco. Comparou-se ainda o grupo das não-atletas com as atletas das várias modalidades (Quadro 5 e 6), assim:

- As andebolistas quando comparadas com as não-atletas revelam uma desconfiança interpessoal significativamente maior;
- As futebolistas apresentam um número significativamente maior de comportamentos relacionados com desejo de emagrecer, bulimia, desconfiança interpessoal, mal-estar interoceptivo, medo de maturidade e insegurança social, quando comparadas com o grupo das não-atletas;
- As ginastas mostraram resultados significativamente mais elevados nas sub-escalas desejo de emagrecer, bulimia e ascetismo, em relação ao grupo das não-atletas;

QUADRO 2
Coeficiente de correlação de Spearman entre os totais do SPAS e EDI-2

	SPAS			EDI-2			ANS & EDI-2 Rs
	Med.	Min.	Máx.	Med.	Min.	Máx.	
Total	34	15	57	29	3	163	0,39***
Não-atletas	35,5	17	57	26	3	163	0,28***
Atletas	33	15	52	37	8	103	0,35***
Futebol	32	20	51	51	10	99	-0,07 ns
Andebol	35	22	47	29	12	64	0,22 ns
Ginástica	37	15	47	40	11	103	0,74***
Natação	33	23	52	35	8	91	0,62***

¹ - X = mediana

*** Correlação significativa para $\alpha=0,001$

ns Correlação não significativa

QUADRO 3

Coefficiente de correlação de Spearman entre os resultados do SPAS e as sub-escalas do EDI-2

ANS &	SUB-ESCALAS DO EDI-2										
	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Total	0,44***	0,09 ns	0,62***	0,28***	-0,05 ns	0,02 ns	0,19**	0,12 ns	0,08 ns	-0,05 ns	0,18*
Não-Atletas	0,47***	0,24*	0,74***	0,29**	-0,13 ns	0,08 ns	0,29**	0,19 ns	0,14 ns	0,04 ns	0,23*
Atletas	0,48***	-0,01 ns	0,49***	0,28**	0,06 ns	-0,03 ns	0,15 ns	0,07 ns	0,07 ns	-0,10 ns	0,12 ns
Futebol	0,39 ns	-0,20 ns	0,04 ns	-0,09 ns	0,22 ns	-0,12 ns	0,09 ns	-0,32 ns	-0,06 ns	-0,25 ns	-0,06 ns
Andebol	0,17 ns	0,04 ns	0,32 ns	0,30 ns	-0,08 ns	-0,06 ns	-0,07 ns	0,07 ns	-0,42*	-0,26 ns	0,10 ns
Ginástica	0,72***	0,39 ns	0,78***	0,33 ns	-0,01 ns	0,12 ns	0,54**	0,28 ns	0,41*	0,17 ns	0,12 ns
Natação	0,52**	-0,26 ns	0,73***	0,67***	-0,03 ns	0,28 ns	-0,01 ns	0,20 ns	0,21 ns	0,13 ns	0,34 ns

*** Correlação significativa para $\alpha=0.001$

** Correlação significativa para $\alpha=0.01$

* Correlação significativa para $\alpha=0.05$

ns Correlação não significativa

(DT – desejo de emagrecer; B – bulimia; BD – insatisfação corporal; I – ineficácia; P – perfeccionismo; ID – desconfiança interpessoal; IA – mal-estar interoceptivo; MF – medo de maturidade; A – ascetismo; IR – regulação do impulso; SI – insegurança social)

QUADRO 4

Teste de Mann-Whitney – Comparação dos resultados das sub-escalas do EDI-2 entre atletas e não-atletas

SUB-ESCALAS	SOMA DE ORDEM			
	Não-Atletas (N=100)	Atletas (N=100)	U	p-level
DT	9059,5	11040,5	4009,50*	0,012
B	9064,5	11035,5	4014,50*	0,013
BD	9944	10156	4894,00 ns	0,794
I	9471,5	10628,5	4421,50 ns	0,144
P	9602	10498	4552,00 ns	0,271
ID	9006,5	11093,5	3956,50**	0,009
IA	8982	11118	3932,00**	0,008
MF	9242,5	10857,5	4192,50*	0,047
A	9143	10957	4093,00*	0,02
IR	9478	10622	4428,00 ns	0,152
SI	10131,5	9968,5	4918,50 ns	0,841

** Correlação significativa para $\alpha=0.01$

* Correlação significativa para $\alpha=0.05$

ns Correlação não significativa

(DT – desejo de emagrecer; B – bulimia; BD – insatisfação corporal; I – ineficácia; P – perfeccionismo; ID – desconfiança interpessoal; IA – mal-estar interoceptivo; MF – medo de maturidade; A – ascetismo; IR – regulação do impulso; SI – insegurança social)

QUADRO 5

Teste de Kruskal-Wallis – Comparação dos resultados das sub-escalas do EDI-2 entre não-atletas e as várias modalidades

SUB-ESCALAS	MÉDIA DE ORDEM					H	p-level
	Não-Atletas N=100	Futebol N=25	Andebol N=25	Ginástica N=25	Natação N=25		
DT	90,6	116,26	95,2	125,96	104,2	10,72*	0,03
B	90,65	128,86	105,76	118,1	88,7	13,29**	0,009
BD	99,44	109,12	88,26	105,06	103,8	1,97 ns	0,741
I	94,72	125,2	86,9	107,48	105,56	8,01 ns	0,091
P	96,02	88,16	122,34	105,3	104,12	5,63 ns	0,229
ID	90,07	146,72	118,74	93,58	84,7	24,44***	0,000
IA	89,92	131,46	87,8	106,82	118,64	15,01**	0,005
MF	92,43	131,9	85,96	109,04	107,4	11,93*	0,018
A	91,43	107,08	89,2	137,42	104,58	15,43**	0,004
IR	94,78	127,86	88,66	95,24	113,12	9,45 ns	0,051
SI	101,32	134,2	77,66	103,32	83,56	14,86**	0,005

*** Correlação significativa para $\alpha=0.001$

** Correlação significativa para $\alpha=0.01$

* Correlação significativa para $\alpha=0.05$

ns Correlação não significativa

(DT – desejo de emagrecer; B – bulimia; BD – insatisfação corporal; I – ineficácia; P – perfeccionismo; ID – desconfiança interpessoal; IA – mal-estar interoceptivo; MF – medo de maturidade; A – ascetismo; IR – regulação do impulso; SI – insegurança social)

QUADRO 6

Comparações múltiplas

NÃO-ATLETAS &	SUB-ESCALAS						
	DT	B	ID	IA	MF	A	SI
Futebol	25,66*	38,22**	56,65***	41,64***	39,47**	15,65 ns	32,88**
Andebol	4,60 ns	15,12 ns	28,67*	2,02 ns	6,47 ns	2,23 ns	23,66 ns
Ginástica	35,36**	27,46*	3,51 ns	17,00 ns	16,61 ns	45,99***	2,00 ns
Natação	13,60 ns	1,94 ns	5,37 ns	28,82*	14,97 ns	13,15 ns	17,26 ns

*** Correlação significativa para $\alpha=0.001$

** Correlação significativa para $\alpha=0.01$

* Correlação significativa para $\alpha=0.05$

ns Correlação não significativa

(DT – desejo de emagrecer; B – bulimia; ID – desconfiança interpessoal; IA – mal-estar interoceptivo; MF – medo de maturidade; A – ascetismo; SI – insegurança social)

- E por fim as nadadoras, quando comparadas com o grupo de não-atletas mostraram um número significativamente maior de comportamentos característicos de mal-estar interoceptivo.

4. DISCUSSÃO

O objectivo deste trabalho foi o de analisar a relação entre a ansiedade física social e as atitudes e comportamentos alimentares de risco no contexto desportivo, através de um estudo correlacional.

Verificou-se que, à medida que a ansiedade física social aumenta, aumentam igualmente as atitudes e comportamentos alimentares característicos das perturbações do comportamento alimentar, dando conta da existência de uma relação positiva e significativa entre as duas variáveis.

Estes resultados vão ao encontro da maioria dos estudos efectuados nesta área que, devido à forte relação existente entre as variáveis, afirmaram que a ansiedade física social era um preditor das perturbações alimentares devendo, por isso, ser considerada como um factor de risco (Cox et al., 1997; Diehl et al., 1998; Frederick & Morrison, 1998; Haase & Prapavessis, 1998).

Para além de confirmar a existência de uma relação positiva entre a ansiedade física social e as atitudes e comportamentos alimentares de risco, pretendia-se igualmente saber se o contexto desportivo teria alguma influência nessa relação. Estes resultados revelaram que, quando comparados os grupos de não-atletas e atletas, não existem grandes diferenças na relação entre a ansiedade física social e as atitudes e comportamentos alimentares de risco. Também o estudo de Cox et al. (1997) não encontrou diferenças entre os grupos de atletas e não-atletas, apesar de confirmar a existência de uma forte relação entre a ansiedade física social e as atitudes e comportamentos alimentares patológicos.

No entanto, o nosso estudo revelou que no que diz respeito às modalidades habitualmente consideradas de alto risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar – ginástica e natação – não só se verificou a existência de uma relação altamente significativa entre as duas variáveis, mas também que essa rela-

ção foi bastante mais forte que aquela encontrada no grupo das não-atletas. Infelizmente, não se podem comparar os resultados referentes à diferença existente entre as modalidades consideradas de baixo e alto risco com os resultados do estudo de Cox et al. (1997), uma vez que a amostra utilizada nesse estudo englobava apenas atletas de modalidades consideradas de baixo risco.

Para explicar esta forte relação nos grupos da ginástica e natação, podemos avançar com a hipótese de que estará relacionado com as pressões às quais estas jovens estão sujeitas. Pensamos que as pressões e exigências de magreza típicas da modalidade, quando conjugadas com uma preocupação com a impressão física que irão causar nos outros, precipite o uso de comportamentos e atitudes alimentares de risco. Por outro lado, este resultado parece ir de encontro à perspectiva segundo a qual, existe uma maior prevalência de comportamentos e atitudes alimentares de risco em atletas provindos de modalidades em que se coloca uma maior ênfase num corpo pequeno e magro, como sinónimo de um melhor desempenho desportivo (natação e ginástica) ou nas modalidades em que os resultados desportivos dependem de avaliações externas feitas por juízes (e.g. ginástica) (Borgen & Corbin, 1987; Davis & Cowles, 1989; Garfinkel & Garner, 1982; Sundgot-Borgen, 1994).

Embora não fosse o principal objectivo deste estudo analisar a prevalência dos comportamentos alimentares no desporto, uma vez que os dados são suficientes para o fazer, aprofundou-se o modo como os comportamentos alimentares se distribuem nos vários grupos.

Verificámos que o grupo de atletas, em comparação com as não-atletas, apresenta mais comportamentos e atitudes alimentares de risco em seis sub-escalas (desejo de emagrecer, bulimia, desconfiança interpessoal, mal-estar interoceptivo, medo de maturidade e ascetismo). Estes resultados são semelhantes, entre outros, aos estudos de Davis (1992) e Johnson et al. (1999) os quais mostraram que os atletas em geral se encontram em maior risco de desenvolver sintomatologia característica das perturbações alimentares.

Quando se compararam as várias modalidades, com o grupo das não-atletas, verificámos que sempre que existiram diferenças significativas, foram os grupos das atletas aqueles que

apresentaram mais comportamentos e atitudes alimentares de risco.

Nas modalidades consideradas de baixo risco, o futebol obteve diferenças significativas, relativamente às não-atletas, nos comportamentos relacionados com o desejo de emagrecer, bulimia, desconfiança interpessoal, mal-estar interoceptivo, medo de maturidade e insegurança social.

No entanto, embora este não seja um resultado frequente, o facto é que um estudo recente, efectuado em Portugal, chamou a atenção para a crescente tendência do aparecimento de características psicopatológicas das perturbações alimentares nas modalidades consideradas de baixo risco no desenvolvimento desta patologia (Silva, 1999). Este facto poderá estar relacionado, não com pressões inerentes à modalidade como acontece nas modalidades de alto risco, mas antes com pressões sociais que as atletas sofrem por terem um corpo passível de ser percebido como masculinizado.

Quanto às modalidades consideradas de alto risco, é de salientar que o grupo das ginastas apresentou diferenças significativas, relativamente às não-atletas, nas sub-escalas desejo de emagrecer, bulimia e ascetismo. Este é um resultado esperado, uma vez que são vários os estudos que apontam esta modalidade como tendo uma elevada prevalência de comportamentos e atitudes alimentares patológicas (Davis & Cowles, 1989; Harris & Grecco, 1990; Petrie, 1993; Petrie & Stoeber, 1993; Sundgot-Borgen, 1994).

Este estudo obteve resultados importantes na medida em que sugere que a ansiedade física social é um factor importante no desenvolvimento de patologias alimentares. Deverá, por isso, ser um sinal a ter em conta quando se procura identificar ou antecipar problemas desta ordem. Por outro lado, este estudo veio confirmar a ideia de que os atletas são uma população que se encontra em maior risco de vir a desenvolver atitudes e comportamentos alimentares de significância clínica. Igualmente importante é o facto de se constatar que, algumas modalidades, consideradas de baixo risco para a prevalência destes comportamentos (e.g. futebol) poderão ser importantes contextos para a investigação de outros factores desencadeadores deste tipo de comportamentos. Por fim, este estudo constatou mais uma vez, que a ginástica é de facto uma modalidade de alto risco no desenvolvimento de ati-

tudes e comportamentos alimentares patológicos. Este resultado chama a atenção para a importância de se tornar claro o poder que a avaliação de outros, envolvidos no contexto desportivo, pode ter no desencadear destes comportamentos nas ginastas. Avaliações sistemáticas da magreza e tamanho do corpo como critério de desempenho, podem reforçar as preocupações destas atletas e contribuir para a adopção de comportamentos alimentares de risco como forma de adquirir o corpo idealizado.

Neste estudo é necessário ter em conta possíveis enviesamentos resultantes quer da amostra ter sido escolhida segundo um critério de ocasião, como pelo número reduzido de atletas por modalidade (n=25), pelo instrumento ser de auto-avaliação pela consistência interna da versão do EDI-2 ter apresentado valores baixos em algumas sub-escalas.

Dada a escassez de informação disponível, podemos sugerir a utilidade de se efectuarem estudos sobre a prevalência das atitudes e comportamentos alimentares de risco nas atletas portuguesas. Fica também evidente, a necessidade de se estudarem modalidades que por serem consideradas de baixo risco, têm caído no esquecimento. Seria importante compreender, por exemplo, as razões que subjazem à aparente maior frequência deste tipo de comportamentos em modalidades como o futebol. Igualmente relevante seria analisar as crenças dos treinadores em relação à influência da alimentação e do peso no desempenho dos atletas e de como estas podem contribuir para a adopção de comportamentos patológicos de controlo de peso por parte destes.

REFERÊNCIAS

- Abreu, A. S. (2000). Versão portuguesa do Social Phisique Anxiety Scale. Trabalho não publicado.
- Carmo, I., Galvão-Teles, A. & Bouça, D. (no prelo) Tradução Portuguesa do EDI-2. Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar.
- Bernardo, S. (1999). *Frequência do aparecimento de perturbações do comportamento alimentar em raparigas atletas e não atletas: Estudo comparativo* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Borgen, J. S., & Corbin, C. B. (1987). Eating disorders among female athletes. *Physician and Sports Medicine*, 15, 89-95.
- Cox, L., Lantz, C., & Mayhew, J. (1997). The role of social physique anxiety and other variables in predicting eating behaviours in college students. *International Journal of Sport Nutrition*, 7, 310-317.
- Crawford, S., & Eklund, R. C. (1994). Social physique anxiety, reasons for exercise, and attitudes toward exercise settings. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 70-82.
- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 179-192.
- Davis, C., & Cowles, M. (1989). A comparison of weight and diet concerns and personality factors among athletes and non-athletes. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 527-536.
- Davis, C., Claridge, G., & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 67-73.
- Diehl, N., Johnson, C., Rogers, R., & Petrie, T. (1998). Social physique anxiety and disordered eating: What's the connection? *Addictive Behaviours*, 23, 1-6.
- DSM-IV – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed., tradução portuguesa) (pp. 553-565). Associação Psiquiátrica Americana. (1994).
- Eklund, R., Mack, D., & Hart, E. (1996). Factorial validity of the social physique anxiety scale for female. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 281-295.
- Eklund, R., Kelly, B., & Wilson, P. (1997). The social physique anxiety scale: Men, women, and the effects of modifying item 2. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, 188-196.
- Frederick, C., & Morrison, C. (1998). Social physique anxiety: Personality constructs, motivations, exercise attitudes, and behaviours. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 963-972.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- Garner, D. (1991). *Eating disorders inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Haase, A., & Prapavessis, H. (1998). Social physique anxiety scale and eating attitudes: Moderating effects of body mass and gender. *Psychology Health Medicine*, 3, 201-210.
- Harris, M., & Grecco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 427-433.
- Hart, E., Leary, M., & Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 94-104.
- Johnson, C., Powers, P., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Leary, M. (1992). Self-presentational processes in exercise and sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14, 339-351.
- Leary, M., & Kowalski, R. (1995). *Social anxiety*. New York: The Guildford Press.
- Martin, K., Rejeski, W., Leary, M., McAuley, E., & Bane, S. (1997). Is the social physique anxiety scale really multidimensional? Conceptual and statistical arguments for a unidimensional model. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, 359-367.
- McAuley, E., & Burman, G. (1993). The social physique anxiety scale: Construct validity in adolescent females. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 65, 1049-1053.
- Petrie, T. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 424-436.
- Petrie, T., & Stoeber, S. (1993). The incidence of bulimia nervosa and pathogenic weight control behaviours in female collegiate gymnasts. *Research Quarterly Exercise & Sport*, 64, 238-240.
- Petrie, T., Diehl, N., Rogers, R., & Johnson, C. (1996). The social physique anxiety scale: Reliability and construct validity. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 420-425.
- Rell, J., & Gill, D. (1996). Psychosocial factors related to eating disorders among high school and college female cheerleaders. *The Sport Psychologist*, 10, 195-206.
- Silva, C. (1999). *Atitudes e comportamentos alimentares de risco em atletas femininas: Um estudo comparativo* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Smolak, L., Murnen, S., & Ruble, A. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371-380.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Swoap, R., & Murphy, S. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. In S. Murphy (Ed.), *Sport psychology interventions* (pp. 307-329). Champaign: Human Kinetics.
- Thompson, R., & Sherman, R. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics.

RESUMO

Este estudo pretende contribuir para a compreensão dos factores que podem predispor o atleta de competição a desenvolver comportamentos e atitudes de risco, características das perturbações alimentares.

Procura-se avaliar a relação entre ansiedade física social e os comportamentos e atitudes alimentares características das perturbações alimentares e verificar se factores particulares do contexto desportivo tinham influência nesta relação (tipo de modalidade).

Compararam-se também as atitudes e comportamentos alimentares de risco, nos grupos de não-atletas e atletas.

Foram aplicadas as versões portuguesas do Social Physique Anxiety Scale – SPAS (Abreu, no prelo) e do Eating Disorders Inventory – EDI (Carmo, Galvão-Teles, Bouça, no prelo) a 200 jovens do sexo feminino (100 estudantes universitárias, 25 ginastas, 25 nadadoras, 25 futebolistas e 25 andebolistas).

Confirmou-se a existência de uma forte correlação positiva entre a ansiedade física social e as atitudes e comportamentos alimentares de risco. Nos grupos de ginástica e natação, esta relação foi bastante mais forte que a existente no grupo das não-atletas.

Quanto à presença de sintomas psicopatológicos característicos das perturbações alimentares, o grupo das atletas obteve uma pontuação superior em várias das sub-escalas do EDI-2, comparativamente ao grupo das não-atletas. Encontraram-se diferenças significativas no desejo de emagrecer, bulimia, desconfiança interpessoal, mal-estar interoceptivo, medo de maturidade e ascetismo.

Na comparação entre as várias modalidades os grupos de futebol e de ginástica apresentaram resultados superiores aos das não-atletas.

Palavras-chave: Ansiedade física social, perturbações alimentares, desporto.

ABSTRACT

This study pretends to contribute to the understanding of the factors that can predispose a competition athlete in developing an eating disorder behaviour.

The purpose of this study is to analyse the relationship between social physique anxiety and the eating disorder behaviour. Also, it verifies if there is any kind of sports that have some influence in these relation.

The eating disorder behaviours of athletes and non-athletes is also compared.

The Portuguese versions of the Social Physique Anxiety Scale – SPAS (Abreu, no prelo) and of the Eating Disorders Inventory – EDI-2 (Carmo, Galvão-Teles, Bouça, no prelo) were applied to 200 young women (100 college students, 25 gymnasts, 25 swimmers, 25 football players and 25 handball players).

A positive and strong correlation was confirmed between the social physique anxiety and the disorder eating behaviours. In the gymnasts and swimmers group, this relation was much stronger than the one found on the non-athletes.

As to the presence of eating disorders psychopathological symptoms, when compared to the non-athletes group, the athletes had a higher score in many of the EDI-2 sub-scales. Significant differences were found in drive for thinness, bulimia, interpersonal distrust, interoceptive awareness, maturity fears and asceticism.

When sports influence was compared, the football players and the gymnasts showed higher results than the non-athletes.

Key words: Social physique anxiety, eating disorders, sport.