



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO NUTRIÇÃO CLÍNICA**

MARIANA ARANTES BRIOTE

**PERFECCIONISMO E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA
DIETÉTICA DE EMAGRECIMENTO**

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS

DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

JUNHO DE 2014



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

PERFECCIONISMO E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA DIETÉTICA DE EMAGRECIMENTO

MARIANA ARANTES BRIOTE

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS

DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA MÉDICA

FACULDADE DE MEDICINA – UNIVERSIDADE DE COIMBRA

JUNHO DE 2014

“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais volta ao seu tamanho inicial.”

ALBERT EINSTEIN



Agradecimentos:

Ao Professor Doutor António Macedo por me abrir as portas do Serviço de Psicologia Médica, pela clareza e pertinência das revisões e incentivo a esta investigação.

À Doutora Ana Telma Pereira, pela preciosa orientação, por todos os ensinamentos e horas dedicadas a este trabalho, pela partilha de conhecimentos, pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis e pela confiança e reforço durante todo o percurso de execução deste trabalho.

A todas os jovens utentes do Gabinete de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude de Braga que aceitaram colaborar neste estudo contribuindo para a construção do conhecimento científico e elaboração desta investigação.

À minha família e amigos que sempre me apoiaram nesta etapa e compreenderam o porquê de cada hora que não lhes pude dedicar.

A todos o meu sincero obrigada!

Resumo

Introdução: A eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento pode ser influenciada por vários factores, nomeadamente ambientais, genéticos e psicológicos.

No entanto, pouco se sabe acerca do papel destes últimos na eficácia da terapêutica dietética. O perfeccionismo, traço de personalidade caracterizado pela tendência para estabelecer padrões excessivamente elevados, tem sido associado às perturbações do comportamento alimentar, à auto-estima, à insatisfação com a imagem corporal, à percepção de stresse e à vivência de emoções negativas, aspectos que poderão também influenciar o envolvimento dos utentes nas prescrições do seu terapeuta. Mas, o perfeccionismo pode também ter aspectos adaptativos, cujas eventuais repercussões positivas, ao nível da terapêutica dietética de emagrecimento, ainda não foram investigadas.

Objectivos: Caracterizar a amostra de utentes da consulta de dietética e nutrição/exercício físico do Gabinete de Saúde Juvenil de Braga quanto aos comportamentos alimentares, satisfação com a imagem corporal, perfeccionismo, auto-estima, percepção de stresse e afecto positivo e negativo; e estudar o papel destas variáveis na eficácia da terapêutica dietética, avaliada através de antropometria e bioimpedância.

Metodologia: Estudo prospectivo baseado na avaliação das participantes na primeira consulta e passados três (T3) e seis meses (T6) quanto à composição corporal através de antropometria e bioimpedância e quanto à avaliação psicológica através da aplicação de vários questionários de auto-resposta, como o Teste de Atitudes Alimentares; a Escala de Percepção de Stresse; o Perfil de Estados de Humor; a Escala Multidimensional de Perfeccionismo; a versão experimental da *Almost Perfect Scale*; a Escala de Silhuetas Corporais e a Escala de Auto-estima de Rosenberg. Foram avaliadas 78 jovens mulheres com excesso de peso na primeira consulta de nutrição do Gabinete de Saúde Juvenil de Braga (Idade média=21.18±3.37; IMC médio=29.70 Kg/m² ±4.249). No T3, 74.4% destas (n=58) continuavam em seguimento e no T6 apenas 23.1% (n=18).

Resultados: No T3 a percentagem de perda de peso correlacionou-se significativamente e positivamente com o Afecto positivo/AP, Perfeccionismo Auto-orientado/PAO, Padrões Elevados/PE, Ordem e Auto-estima/AE e negativamente com Afecto Negativo/AN, Perfeccionismo Socialmente Prescrito/PSP, Discrepância e Insatisfação com a Imagem

Corporal/IIC. No T6 a % perda de peso correlacionou-se significativa e positivamente com o AP e PE.

A análise de regressão mostrou que no T3, considerando as variáveis psicológicas avaliadas no T0 como variáveis independentes, a Ordem ($\beta=.307$) revelou-se como o preditor significativo da % de peso perdido; já no T6, o preditor significativo foi a dimensão PE ($\beta=.676$).

Discussão: Os resultados obtidos neste estudo mostram, pela primeira vez, que o perfeccionismo positivo está associado prospectivamente com a eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento.

Palavras-chave: Obesidade, Excesso de peso, Terapêutica Dietética, Perfeccionismo

Abstract

Introduction: The efficacy of dietary therapy in weight loss may be influenced by several factors, including environmental, genetic and psychological. However, little is known about the role of later in the efficacy of dietary therapy. Perfectionism, which is a personality trait characterized by the tendency to set excessively high standards, has been associated with eating disorders, self-esteem, body image dissatisfaction, stress perception and negative affect, may also influence the users adherence with their therapist advice. Nevertheless, perfectionism also has adaptive aspects, and their potential positive effects in the therapeutic dietary for weight loss have not yet been investigated.

Objectives: To characterize a sample of outpatient users of the *Dietetics, Nutrition and Exercise Consultation* at the Braga Office of Youth Health regarding eating behaviors, body image satisfaction, self-esteem, perfectionism, stress perception and positive and negative affect; and to study the role of these variables on the effectiveness of dietary therapy, assessed by anthropometry and bioimpedance.

Methodology: Prospective study based on the evaluation of participants at the first visit in a nutritional intervention and after three (T3) and six (T6) months. Body composition was assessed by anthropometry and bioimpedance and the psychological evaluation included a set of validated self-reported questionnaires: Eating Attitudes Test-25; Perceived Stress Scale; Profile of Mood States; Multidimensional Perfectionism Scale;

Contour Drawing Rating Scale; Rosenberg Self-Esteem Scale and an experimental version of the Almost Perfect Scale. Seventy-eight young overweight women were assessed in the first nutritional consultation (mean age=21:18±3:37, mean BMI=29.70 ± 4.249 kg/m²). From these, 74.4% (n=58) were assessed at T3 and 23.1% (n=18) at T6.

Results: In the T3 the % of weight loss was significantly and positively correlated with the Positive Affect/PA, Self-Oriented Perfectionism, Personal high standards/PHS, Order and Self-Esteem and negatively correlated with Negative Affect, Social Prescribed Perfectionism, Discrepancy and Body Image Dissatisfaction. At the T6 the % of weight loss was significantly and positively correlated with PA and PHS.

Regression analysis showed that at T3, and considering the psychological variables assessed at T0 as independent variables, the Order ($\beta=.307$) proved to be a significant predictor of the % of weight loss; at T6, the significant predictor was the PHS ($\beta=.676$).

Discussion: The present work shows, for the first time that positive perfectionism is prospectively associated with the efficacy of dietary therapy for weight loss.

Key Words: Obesity, overweight, dietary therapy, perfectionism

Uma parte deste trabalho foi aceite para apresentação sob forma de comunicação oral no XVI World Congresso f Psychiatry, a decorrer em Madrid, de 14 a 18 de Setembro de 2014.



Guia de siglas e abreviaturas:

AE – Autoestima

AN – Afecto Negativo

AP – Afecto Positivo

CB – Comportamentos Bulímicos

CDC – Center for Disease Control and Prevention

DCA – Distúrbios do Comportamento Alimentar

DEXA – Dual energy X-ray absorptiometry

DGS – Direção Geral de Saúde

EMP – Escala Multidimensional de Perfeccionismo

EPS – Escala de Percepção do Stresse

EQP – Escala Quase Perfeita

ESP – Escala de Stress Percebido

IIC – Insatisfação com a Imagem coporal

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM – Institute of Medicine

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Perfeccionismo

PAO – Perfeccionismo Auto-orientado

PE – Padrões Elevados

POMS – Profile of Mood States

PSC – Pressão Social para comer

PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito

TAA – Teste de Atitudes Alimentares

VI – Variável Independente

Índice

1	Introdução	10
1.	<i>Obesidade</i>	10
1.1.	Prevalência da Obesidade	10
1.2.	Etiologia da Obesidade	12
1.3.	Classificação da Obesidade.....	13
2.	<i>Terapêutica da Obesidade</i>	15
2.1.	Terapêutica Dietética da Obesidade	16
2.2.	Importância da Actividade Física	16
3.	<i>Obesidade e Eficácia da Terapêutica Dietética de Emagrecimento</i>	17
3.1.	Factores Ambientais e Genéticos	18
3.2.	Factores Psicológicos	19
4.	<i>Perfeccionismo</i>	21
4.1.	Definição do conceito	21
4.2.	Dimensões do Perfeccionismo	22
4.3.	Perfeccionismo Negativo e Positivo	24
4.4.	Perfeccionismo, Distúrbios do Comportamento Alimentar e Obesidade	27
2	Estudo Empírico	32
2.1	<i>Objectivos</i>	32
2.2	<i>Metodologia</i>	32
2.2.1	Procedimento	32
2.2.2	Participantes.....	33
2.2.3	Instrumentos de Avaliação	34
2.2.3.1	Antropometria	35
2.2.3.2	Bioimpedância.....	36
2.2.3.3	Teste de Atitudes Alimentares	37
2.2.3.4	Escala de Percepção do Stresse	37
2.2.3.5	Perfil de Estados de Humor	38
2.2.3.6	Versão portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo.....	38
2.2.3.7	Versão experimental da Almost Perfect Scale	39
2.2.3.8	Escala de Silhuetas Corporais	40
2.2.3.9	Escala de Auto-estima de Rosenberg	40
2.2.4	Análise Estatística	41
2.3	<i>Resultados</i>	43
2.3.1	Análise descritiva	43
2.3.2	Comparação de pontuações médias	45
2.3.3	Correlações.....	66
2.3.4	Regressões.....	80
3	Discussão	86
4	Conclusão	93
5	Referências Bibliográficas	94
	ANEXOS	108

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) (WHO 2000)	14
Tabela 2: Características socio-demográficas da amostra (N=78)	33
Tabela 3: Características sócio-demográficas das participantes (N=78).....	34
Tabela 4: Medidas descritivas das variáveis da composição corporal na primeira consulta (N=78)	43
Tabela 5: Medidas descritivas das variáveis psicológicas na primeira consulta (N=78)	44
Tabela 6: Classificação segundo o IMC - Frequências	44
Tabela 7: Classificação da presença de risco metabólico baseado na avaliação do Índice cintura/anca - Frequências	45
Tabela 8: Classificação segundo a percentagem de Massa Gorda - Frequências.....	45
Tabela 9: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal: Grupo 1, participantes que participaram apenas no T0 vs. Grupo 2, participantes que participaram no T0 e após 3 meses e participantes que participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses – teste de <i>U de Mann-whitney</i>	46
Tabela 10: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas: Grupo 1, participantes que participaram apenas no T0 vs. Grupo 2, participantes que participaram no T0 e após 3 meses e participantes que participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses – teste de <i>U de Mann-whitney</i>	47
Tabela 11: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas por grupos da classificação da percentagem da Massa Gorda - teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	49
Tabela 12: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas por grupos de Classificação da % de Massa Gorda na 1ª consulta – teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	50
Tabela 13: Medidas descritivas das variáveis relativas à evolução dos parâmetros da composição corporal aos 3 meses (T3)- (N=58)	51
Tabela 14: Medidas descritivas das variáveis relativas à evolução dos parâmetros da composição corporal aos 6 meses (T6)- (N=18)	51
Tabela 15: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal – 1ª consulta vs. 3 meses vs. 6 meses (Teste Wilcoxon, Medidas Repetidas) .	52
Tabela 16: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas – 1ª consulta vs. 3 meses vs. 6 meses (Teste Wilcoxon, Medidas Repetidas)	53
Tabela 17: Comparação das pontuações médias/medianas de <i>Ordem</i> (T1) por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	55
Tabela 18: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta - teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	56

Tabela 19: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de perda de peso perdido desde a 1ª consulta - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	56
Tabela 20: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T1) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	57
Tabela 21: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	58
Tabela 22: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	59
Tabela 23: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de TAA_Total - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	60
Tabela 24: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de Afecto Negativo - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	62
Tabela 25: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de Afecto Positivo - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	63
Tabela 26: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis antropométricas (T1 e T3) por grupos de Insatisfação com a Imagem Corporal - teste de <i>U de Mann-Whitney</i>	64
Tabela 27: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª Consulta (N=78).....	66
Tabela 28: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas aos 3 meses (N=58).....	68
Tabela 29: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas aos 6 meses (N=18).....	70
Tabela 30: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 3 meses.....	72
Tabela 31: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 3 meses.....	74
Tabela 32: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 6 meses.....	76
Tabela 33: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 6 meses.....	78

1 Introdução

1. Obesidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como um dos maiores e mais sérios desafios de saúde pública no século XXI, em todo o mundo (WHO, 2011).

1.1. Prevalência da Obesidade

Durante vários anos a obesidade foi considerada um problema dos países desenvolvidos, mas actualmente a taxa de obesidade já está em ascensão em países de baixo e médio desenvolvimento, principalmente em áreas urbanas (WHO, 2011).

Dados do CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) indicam que 60% da população dos EUA tem excesso de peso e 32% são obesos (CDC, 2007).

Na Europa, o excesso ponderal afecta 30% a 80% dos adultos e 20% de crianças e adolescentes, sendo que um terço destes são obesos. Esta tendência de aumento é particularmente alarmante, pois sabe-se que a obesidade infantil actual é dez vezes superior à verificada em 1970, constituindo um desafio crescente para a próxima geração (WHO, 2007).

Os números portugueses não são menos preocupantes. O primeiro Inquérito Nacional de Saúde realizado, em Portugal, com o objectivo de avaliar a incidência da obesidade, onde se levaram a cabo medições antropométricas da população inquirida, foi realizado entre 1995-6 e 1998-9, numa amostra representativa da população portuguesa de 4328 indivíduos, com base nos censos de 1991 (Carmo et al., 2000). Neste inquérito constatou-se que no ano de 1998-9, a prevalência do excesso de peso atingia quase metade da amostra 49,6% (37% pré-obesidade e 12,9% obesidade). Nas mulheres, verificava-se um total de excesso de peso de 46,2% e nos homens de 54%. A prevalência de casos de obesidade nas mulheres (15,4%) era superior à verificada no

género masculino (12,9%), sendo que no total de casos de pré-obesidade a prevalência era maior nos homens (41,1%) do que nas mulheres (30,8%) (Carmo et al., 2000).

Dados recolhidos com base na mesma metodologia entre 2003 e 2005, indicaram que 2,4% da amostra avaliada tinha baixo peso e 52,4% tinha excesso de peso (38,6% pré-obesidade e 13,8% eram obesos) (Carmo et al., 2006). A prevalência de excesso de peso nos homens, 59,5% (44,9% pré-obesidade e 14,6% obesidade), era superior aos 47,2% verificados nas mulheres (33,9% pré-obesidade e 13,3% obesidade). A comparação dos dados indica que a prevalência da obesidade no nosso país tem vindo a aumentar, sendo que na última década a prevalência do excesso de peso/obesidade já ultrapassou a faixa dos 50% da população portuguesa e as diferenças entre sexos são semelhantes às verificadas aquando do inquérito de 1995-1998 (Carmo et al., 2006). Foram ainda avaliados os perímetros de cintura, como medida de avaliação do risco cardiovascular, sendo que 45,6% da amostra apresentava um acréscimo do risco cardiovascular associado a um elevado perímetro de cintura (Carmo et al., 2006).

Não obstante, os custos económicos de tratar as consequências desta epidemia (principalmente diabetes tipo 2, neoplasias e doenças cardiovasculares (Carmo et al., 2008; Aronne et al., 2009) são estimados em 6% da despesa total dos cuidados de saúde, sendo que os custos indirectos como a diminuição da produtividade devem, também, ser tidos em conta (Runge, 2007). Para além disso, com a crescente prevalência de obesidade infantil estima-se que mais de 60% das crianças com excesso de peso antes da puberdade continuarão a tê-lo na idade adulta, reduzindo a idade média em que doenças não transmissíveis se tornam aparentes e aumentando os custos para os serviços de saúde, que terão de assegurar tratamentos durante a maior parte da sua vida adulta (WHO, 2007). Recentemente, uma revisão dos encargos com a obesidade, em vários países da união europeia, demonstrou que podem ir de 9% a 61% do produto interno bruto. Apesar de Portugal não ter dados actualizados nesta matéria, estudos oriundos de Espanha mostram que em 2002, 28% do seu rendimento interno anual foi gasto a tratar a obesidade e doenças relacionadas (Müller-Riemenschneider et al., 2008). Deste modo, é unânime em todos os sectores da sociedade, desde a saúde, à política, à economia, à sociologia, a necessidade premente de intervir no problema da obesidade, com vista a travar esta epidemia, pois se a tendência se acentuar os padrões de normalidade actuais alterar-se-ão.

Estes dados sugerem que, apesar da obesidade ter sido identificada como um sério problema de Saúde Pública há já uma década, as acções desenvolvidas até à data, para fazer face a este problema, não parecem ter sido eficazes.

Tendo em consideração o impacto económico e social que esta doença tem vindo a representar, torna-se cada vez mais importante adoptar estratégias que visem compreender, prevenir e tratar eficazmente esta patologia.

1.2. Etiologia da Obesidade

A natureza e as causas da obesidade são objecto de intensa e contínua investigação. De uma forma simples, podemos afirmar que a obesidade ocorre quando o *input* de energia excede cronicamente o gasto energético, criando um balanço energético positivo. No entanto, a fisiopatologia da obesidade é complexa e multifactorial e as causas do balanço energético positivo não são totalmente compreendidas (Romão & Roth, 2008). Tanto os factores ambientais, como os genéticos estão envolvidos numa complexa interação em que intervêm influências psicológicas, culturais e fisiológicas (Mahan et al., 2012).

A alimentação e a actividade física assumem um papel essencial no desenvolvimento da obesidade e as evidências científicas sugerem que estas sejam as causas primárias dos problemas de peso nas sociedades industrializadas (Mahan et al., 2012). Actualmente, assistimos a uma mudança drástica na dieta e comportamento alimentar. A influência dos *media* e de um *marketing* agressivo, com incentivo ao consumo, paralelamente à modernização e mudanças nas estruturas sociais criaram um ambiente que promove estilos de vida sedentários e ingestão de elevada quantidade energética (WHO, 2000).

No entanto, não são apenas os factores ambientais que contribuem para o surgimento da obesidade. Muitos dos factores neurohormonais envolvidos na regulação do peso corporal são determinados geneticamente (Mahan et al., 2012). Pequenos defeitos na expressão ou na interação entre genes podem contribuir significativamente para o ganho de peso (Mahan et al., 2012). Estes incluem sinais de alimentação e saciedade, número e tamanho de células gordas, distribuição regional de gordura e taxa de metabolismo basal. Alguns autores estimam uma hereditabilidade entre 33% a 70%

para a obesidade (Wexler, 2008). O número de genes, marcadores e regiões cromossómicas associados a fenótipos de obesidade é actualmente superior a 250 (Mahan et al., 2012). Um dos próximos passos da investigação será a identificação de combinações de genes e mutações que mais contribuem para a obesidade e o estudo da interacção entre esses e as circunstâncias ambientais e acontecimentos de vida (Mahan et al., 2012).

Entre os factores etiológicos da obesidade, o papel desempenhado pelos aspectos psicológicos tem recebido uma atenção crescente. Do ponto de vista da psicologia, os trabalhos relacionados com a obesidade nem sempre são consensuais (Fairburn & Brownell, 2002). Existe alguma dificuldade em estabelecer a direcção da causalidade e saber em que medida são os problemas psicológicos (e quais) a causar obesidade e os que resultam da obesidade. Vários autores têm proposto teorias sobre como os problemas psicológicos e a obesidade estão interligados, no entanto, a teoria que reúne maior consenso refere que existe uma associação bidirecional entre as perturbações mentais e a obesidade (Luppino et al., 2010; Peixoto, 2013).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007) podem ainda ser referidas causas para o desenvolvimento de obesidade como: obesidade da mãe durante a gravidez, obesidade secundária a fármacos, obesidade após a suspensão de hábitos tabágicos e obesidade endócrina (DGS, 2007).

O facto da obesidade ser hoje considerada um problema de saúde pública deve-se não só à sua elevada prevalência, mas também à associação com elevado número de complicações quer fisiológicas, quer psicológicas, as quais conduzem ao aumento tanto da morbidade como da mortalidade (DGS, 2007).

1.3. Classificação da Obesidade

A obesidade pode ser definida, de uma forma simples, como uma condição de acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode atingir diferentes graus e apresenta riscos para a saúde (WHO, 2011).

A composição corporal e as medições antropométricas tornam-se um tema popular e Quetelet, na Bélgica, em 1969, desenvolve um índice, inicialmente chamado

índice de Quetelet (Bray, 1990), ainda hoje amplamente utilizado e conhecido com Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC é uma medida prática e rápida para a avaliação clínica da obesidade a nível populacional e está definido como o quociente entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros (kg/m^2). Segundo a definição da OMS, qualquer IMC maior ou igual a $25\text{kg}/\text{m}^2$ é considerado excesso de peso. Considera-se como pré-obesidade IMC's entre 25.00 e 29.99 kg/m^2 e obesidade IMC's superiores ou iguais a $30\text{kg}/\text{m}^2$ (WHO, 2011) (Tabela 1). O IMC é um método simples e amplamente utilizado para diagnosticar obesidade, pois existe uma associação forte e positiva entre IMC e percentagem de gordura corporal (Gallagher et al., 2000). As diferentes classificações de IMC correlacionam-se com o risco de desenvolvimento de comorbilidades associadas à excessiva acumulação de gordura. Contudo o IMC deve ser considerado apenas como um guia, pois pode não corresponder a igual percentagem de gordura em diferentes indivíduos e como tal não representa o mesmo grau de risco metabólico.

Tabela 1: Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) (WHO 2000)

Classificação	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,50
Normoponderal	18,50 -24,99
Pré-obesidade	25.00 – 29,99
Obesidade classe I	30,00 – 34,99
Obesidade classe II	35,00 – 39,99
Obesidade classe III	>= 40,00

Embora o IMC nos transmita a relação entre o peso e a altura e tenha uma forte correlação com a percentagem de gordura corporal, não revela a morfologia da obesidade, isto é, a distribuição da gordura no corpo. Desde meados do século XX que tem vindo a perceber-se que existe uma relação entre a localização da gordura e a morbilidade/ mortalidade, concluindo-se que é a gordura de localização peri-visceral, abdominal, aquela que determina um maior risco metabólico (Carmo et al., 2006). Esta gordura localizada pode ser avaliada indiretamente através da medição do perímetro da cintura. Diferentes perímetros de cintura correspondem a diferentes graus de risco. Os valores de corte podem ser consultados na tabela 2.

Tabela 2: Classificação do perímetro da cintura segundo o risco de complicações metabólicas (Carmo et al., 2006)

Circunferência da cintura (cm)		Risco de complicações metabólicas
Homem	Mulher	
≥94	≥80	Aumentado
≥102	≥88	Muito aumentado

Existem ainda métodos que permitem estimar a percentagem de gordura corporal, como a bioimpedância, avaliação de pregas cutâneas, pletismografia por deslocação de ar, água corporal total, potássio corporal total e *Dual energy X-ray absorptiometry* (DEXA) (NIH Publication, 1998; Mahan et al., 2012). No homem a massa gorda deve representar sensivelmente 10 a 25% do seu peso total e na mulher entre 20 a 35% (Gallagher et al., 2000).

2. Terapêutica da Obesidade

Os efeitos da globalização e urbanização têm influenciado os padrões alimentares e o estilo de vida, contribuindo para uma alimentação inadequada e para o sedentarismo.

É consensual a necessidade de controlar a epidemia da obesidade. Neste sentido, a busca da melhor estratégia para promover a perda de peso e mantê-la a longo prazo tem sido motivo de investigação. (WHO, 2011)

O tratamento clínico não medicamentoso da Obesidade inclui prática de actividade física formal, aumento da actividade física informal e mudanças de hábito alimentar como realizar refeições sem pressa e em ambientes tranquilos, utilizar a ingestão alimentar como estratégia de regular emoções, mastigar bem os alimentos, além da correção dos erros alimentares (terapêutica dietética). (Mahan et al., 2012)

2.1. Terapêutica Dietética da Obesidade

As mudanças no comportamento alimentar constituem processos ativos nos quais as pessoas têm de se empenhar de forma consciente e activa a fim de mudar hábitos inadequados.

Ao prescrever uma dieta é preciso determinar um modelo que possa ser seguido para alcançar e manter o peso adequado. O planeamento dietético baseia-se no estabelecimento de hábitos e práticas relacionados com a escolha dos alimentos, comportamentos alimentares, adequação do gasto energético e redução da ingestão energética que terão que ser incorporados a longo prazo.

A influência da composição da dieta para perda de peso é bastante discutível. A composição ideal de dieta para perda e manutenção de peso é ainda desconhecida. Sabe-se, no entanto, que dietas drasticamente alteradas nas proporções de nutrientes podem ser perigosas e não são mais efectivas a médio e longo prazo na manutenção de perda de peso. Dietas com composições adequadas das quantidades de proteínas (10-15% calorias totais), hidratos de carbono (55-75%), gorduras (15-30%), vitaminas, minerais e fibras (> 25g/dia), de acordo com as especificações para idade e sexo, são mais efetivas a médio e longo prazo, além de promoverem um bom funcionamento do organismo e melhorias na saúde do indivíduo. Dietas fraccionadas em várias refeições ao dia parecem ocasionar menos oscilações nos níveis séricos de insulina, resultando em menor sensação de fome, facilitando a adesão do paciente à dieta (Mahan et al., 2012)

2.2. Importância da Actividade Física

É do conhecimento geral que a população mundial é cada vez mais sedentária e tem vindo a adoptar estilos de vida cada vez menos saudáveis. Esta é uma preocupação que atinge, principalmente, os países desenvolvidos que se esforçam por divulgar e alertar as populações para os benefícios do exercício físico (Bouchard, 2003).

Isoladamente, a actividade física não constitui um método muito eficaz para perda de peso, porém facilita o controlo de peso a longo prazo e melhora a saúde geral do indivíduo. As actividades menos rigorosas e de menor impacto são as mais adequadas

para evitar lesões músculo-esqueléticas, enfarte agudo do miocárdio e broncoespasmo, já que os obesos são mais propensos a esses problemas de saúde.

Um programa que inclui 30 minutos de caminhada pelo menos 3 vezes por semana é o mais recomendado. O importante é escolher uma actividade física de que o indivíduo goste para aumentar a adesão ao tratamento (Mahan et al., 2012; Bouchard, 2003).

3. Obesidade e Eficácia da Terapêutica Dietética de Emagrecimento

A eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento depende de uma perda de peso bem-sucedida. Segundo o US *Institute of Medicine* (IOM) essa perda de peso bem-sucedida é definida como: Perda de peso intencional de pelo menos 5% do peso inicial e manutenção desta por um período mínimo de 1 ano (National Institutes of Health, 1998).

Ainda assim, é amplamente aceite e consensual considerar-se que uma perda de peso bem-sucedida deve ser intencional, ser de pelo menos 10% do peso e mantida pelo tempo mínimo de 1 ano. O critério de 10% deriva dos benefícios que uma perda ponderal desta magnitude pode produzir na redução dos factores de risco, tais como diabetes e doença cardíaca (National Institutes of health, 1998; Wing, 2001).

Actualmente, os programas de emagrecimento tendem a ser bem-sucedidos na redução do peso, porém a manutenção dos resultados a longo prazo mantém-se um desafio para os profissionais, mesmo aplicando múltiplas estratégias (Franz et al., 2007; Turk et al., 2009).

Bernardi e Vitolo (2005), relatam que a obesidade é uma patologia de difícil controlo, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo assim apresentar sérias repercussões orgânicas e psico-sociais.

Assis e Nahas (1999) salientam que 38% dos pacientes deixam de seguir um tratamento agudo recomendado (como por exemplo, o uso de antibióticos); 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crónico (por exemplo, tratamento anti-hipertensivo) e 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas a mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares. Estudos relatam que 95%

das pessoas com excesso de peso fracassam na manutenção de dietas de emagrecimento e voltam a engordar posteriormente.

O decurso normal de uma terapia de perda de peso mostra que há uma diminuição rápida inicial, com o pico máximo a ocorrer aos 6 meses de tratamento; a partir daí, o peso vai sendo ganho lentamente, podendo atingir o valor original, ou mesmo ultrapassá-lo (Hainer et al., 2008; Jeffery et al., 2000). É frequente que 30 a 35% do peso perdido seja readquirido durante o primeiro ano após o tratamento, mantendo-se uma perda média de 1,8kg aos 4 anos. Para além disso, apenas cerca de 20% dos indivíduos podem considerar-se bem sucedidos neste processo, perdendo 10% do peso inicial (Wing and Phelan, 2005; Wadden et al., 2004).

Tendo em vista estas considerações e por forma a promover mudanças de comportamento a longo prazo é necessário identificar quais os factores que interferem na eficácia do tratamento de perda de peso, em pacientes que frequentam consultas de Nutrição. Assim, o profissional dietista poderá intervir com maior sucesso sobre a adesão terapêutica, abordando pontos importantes não revelados pelos pacientes num atendimento clínico usual.

3.1. Factores Ambientais e Genéticos

Uma complexa mistura de factores ambientais e genéticos acaba por influenciar o peso de um indivíduo ao longo da vida. Se por um lado alguns estudos enfatizam o aspecto genético da obesidade, por outro lado os aumentos recentes dos índices de massa corpórea em níveis verdadeiramente epidémicos têm apontado para fortes influências ambientais no ganho de peso e no cumprimento de dietas de emagrecimento (Mahan et al., 2012).

Os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporal, através da sua participação no controlo de vias eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autónomo/SNA). Assim, o balanço energético, do qual participam a energia ingerida e a energia gasta, pode afectar ambas as partes da equação energética (ingestão e gasto) (Wexler, 2008; Mahan et al., 2012)

Por outro lado, verifica-se que o padrão alimentar português tem apresentado mudanças decorrentes do maior consumo de alimentos industrializados, em substituição às tradicionais comidas caseiras. Estas transformações provocadas pelo estilo de vida moderno levam ao consumo excessivo de produtos gordurosos, açúcares, doces e bebidas açucaradas e à diminuição da ingestão de cereais e/ou produtos integrais, frutas e verduras, os quais são fontes de fibras (WHO, 2000).

A formação dos hábitos alimentares é um processo que se inicia desde o nascimento com as práticas alimentares introduzidas nos primeiros anos de vida pelos pais, primeiros responsáveis pela formação destes hábitos. Posteriormente, vai sendo moldado, tendo com base as preferências individuais, as quais são determinadas geneticamente pelas experiências positivas e negativas vividas em relação à alimentação, pela disponibilidade de alimentos dentro do domicílio, pelo nível socioeconómico, pela influência dos *media* e pelas necessidades fisiológicas (Santos, 2007; WHO, 2000). A forma de vida sedentária da sociedade moderna, facilitada pelos avanços tecnológicos (videojogos, televisão, DVD, automóvel, etc.), contribui para a redução do gasto energético que já está diminuído no obeso (Mahan et al., 2012).

Assim sendo, estes factores ambientais e genéticos além de definirem a etiologia da obesidade, como atrás referido, influenciam também a adesão a um plano alimentar de emagrecimento.

3.2. Factores Psicológicos

A obesidade pode estar associada a um grande sofrimento pessoal, insatisfação com a imagem corporal e baixa auto-estima, pois a magreza é o padrão estético de beleza promovido pela nossa sociedade, e não fazer parte deste padrão pode acarretar discriminação, preconceito e dificuldades nos relacionamentos.

Embora as perturbações psicológicas não estejam presentes em todos os obesos, segundo Oliveira et al. (2004) é fundamental um acompanhamento psicológico no planeamento do tratamento dietético para a perda de peso.

Têm sido realizados alguns estudos para identificar características psicológicas que podem estar relacionadas com a obesidade e com a não adesão à terapêutica dietética. Alguns resultados apontaram que vários factores psicológicos podem interferir no

ganho de peso, como por exemplo, a baixa autoestima, depressão e dificuldades em lidar com acontecimentos adversos no decorrer da vida (Zanella, 2005).

Cade et al. (2009) relatam que as causas dos pacientes comerem muito e não aderirem ao plano terapêutico, estão em parte relacionadas com afectos negativos como ansiedade, raiva, tristeza, culpa e preocupação.

Grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar os seus problemas, ou seja, consome mais alimentos em situações de stress emocional. Pessoas obesas, principalmente mulheres, tendem a comer excessivamente como mecanismo (disfuncional) de *coping* para lidar com situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva (Bernardi et al., 2005).

De acordo com Cataneo et al. (2005), um alto nível de ansiedade pode ter como consequência a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afectivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico imediato. Oliveira e Fonseca (2006) observaram no seu estudo que os pacientes obesos utilizam a ingestão excessiva de alguns alimentos para preencher vazios emocionais causados por diversos factores, como por exemplo, problemas de trabalho e problemas emocionais (representados 53,3% e 33,3%, respectivamente, por motivos da ansiedade).

Em adição às barreiras à terapêutica dietética anteriormente mencionadas, a depressão continua a ser uma das principais causas de não-adesão, sendo apontada como factor de risco para 27% dos casos (Martin et al., 2005). Há muito que a depressão é conhecida por predizer escassos resultados em saúde, por estar associada a pessimismo, alterações cognitivas, fraco suporte social, abstenção ou faltas a consultas, factores que diminuem o desejo e a capacidade de adesão a tratamentos (Masand, 2003). Apesar da sua elevada prevalência na população (com 20-30% da população em Portugal, com elevada sintomatologia depressiva – dados da DGS, 2002), a depressão continua a ser subdiagnosticada e tratada, sendo apontado o estigma que as doenças mentais ainda acarretam como uma das principais causas para este facto. Deste modo, a detecção e tratamento precoces da depressão e de outras patologias mentais que condicionem a adesão (ex. perturbações ansiosas, perturbação obsessiva-compulsiva, perturbação da personalidade *borderline*) devem ser precocemente privilegiados no processo terapêutico para perda de peso (Rotge et al., 2007).

Embora muito se especule, a verdade é que ainda pouco se sabe sobre o papel dos factores psicológicos na eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento, pelo que são necessários mais estudos nesta área por forma a definir estratégias terapêuticas com resultados mais duradouros.

4. Perfeccionismo

O Perfeccionismo é uma característica disposicional da personalidade (traço) caracterizada por padrões de desempenho excessivamente exigentes acompanhados de auto-avaliações demasiado críticas (Frost et al., 1990). Quando é elevado (particularmente nas suas dimensões mal-adaptativas), é reconhecido como um traço gerador de stresse psicológico (Shafran, et al., 2001) e como um factor de risco e de manutenção de psicopatologia, nomeadamente do foro afectivo (Egan, et al., 2011).

4.1. Definição do conceito

O Perfeccionismo, é um traço da personalidade que pode ter um profundo impacto na saúde psicológica dos indivíduos.

Apesar das várias tentativas efetuadas no sentido de definir o constructo Perfeccionismo, existem ainda várias questões controversas (Tozzi *et al.*, 2004), nomeadamente, em termos da definição das suas características nucleares, do seu carácter unidimensional ou multidimensional, bem como dos aspectos positivos e negativos que abrange.

Horney (1950) considerava o perfeccionismo como um sinal neurótico de uma personalidade perturbada.

Posteriormente, vários autores também descreveram as características deste traço. Hollender (1978) definiu-o como “a prática de exigir a si próprio e dos outros uma elevada qualidade de desempenho, maior do que a que é requerida para a situação”. Segundo este autor, os perfeccionistas vêem-se a si próprios e sentem-se julgados pelo que fazem e não pelo que são (Hollender, 1965).

Hamachek (1978), descreveu os perfeccionistas como pessoas cujos esforços, mesmos os maiores, nunca eram suficientemente bons, ao menos para os seus próprios olhos e que podiam e deveriam fazê-lo melhor.

Os indivíduos perfeccionistas estabelecem padrões irrealisticamente elevados, aderem rigidamente a eles e definem esse valor pessoal em função desses mesmos padrões (Macedo et al., 2012). Esta dimensão da personalidade leva a uma sensação crónica de fracasso, progressiva insegurança e vergonha (Burns, 1980; Pacht, 1984).

Frost *et al.* (1990), definiram o perfeccionismo como o “estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhados de auto-avaliações excessivamente críticas”, estando estes padrões elevados associados ao medo de falhar (Flett *et al.*, 1991; Thompson *et al.*, 1998). Será o medo de falhar o que vai motivar os componentes comportamentais do perfeccionismo e que pretendem ajudar a pessoa a alcançar os seus irrazoáveis padrões elevados, como a verificação cuidadosa, reafirmação da procura, correcção dos outros e excessiva consideração antes da tomada de decisão (Antony *et al.*, 1998). Para além disto, as pessoas com perfeccionismo disfuncional têm mais possibilidades de evitar situações que possam requerer o atingimento dos padrões perfeccionistas, como a procrastinação (atitude de adiar sucessivamente aquilo que se tem para fazer e sentir-se simultaneamente culpado por estar a adiar) e término prematuro das tarefas, uma vez que os padrões perfeccionistas são improváveis de serem alcançados (Antony *et al.*, 1998).

Quanto mais os investigadores aprofundam as questões, mais verificam que o conceito de perfeccionismo se torna mais complexo do que superficialmente se poderia antecipar, razão que determina não haver um acordo quanto a uma definição consensual de perfeccionismo, existindo diversos modos de encarar o constructo (Macedo et al., 2012).

4.2. Dimensões do Perfeccionismo

Os estudos sobre o perfeccionismo têm tido um aumento exponencial nas últimas décadas, o que tem permitido aprofundar os conhecimentos sobre esta dimensão da personalidade (Shafran, 2001). Inicialmente, o perfeccionismo foi conceptualizado como constructo unidimensional, enfatizando os aspectos intrapessoais na forma de

factores cognitivos, tais como crenças irracionais (Ellis, 1962) ou atitudes disfuncionais (Burns, 1980, Weissman & Beck, 1978). A subescala de perfeccionismo da *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS, Weissman & Beck, 1978) incluía itens que procuravam a relação entre a dependência da autoavaliação com o atingimento dos objectivos (i.e: “se cometo um erro no meu trabalho então sou um falhado”). A abordagem unidimensional teve um grande peso na abordagem dos Distúrbios de Comportamento Alimentar (DCA), onde a maior parte dos estudos usaram a subescala de seis itens do *Eating Disorder Inventory* (Garner *et al.*, 1983).

No início dos anos 1990, o perfeccionismo começou a ser conceptualizado de uma forma multidimensional. Esta mudança na perspectiva de avaliação deveu-se a duas linhas de investigação que resultaram na criação de dois instrumentos para a avaliação multidimensional do perfeccionismo. A primeira, argumentava que as pessoas com perfeccionismo se preocupam excessivamente com os erros, duvidam da qualidade do seu próprio trabalho, colocando demasiadas expectativas na opinião dos familiares (pais) e exagerando na organização (Frost *et al.*, 1990). A segunda, salienta que o perfeccionismo também engloba aspectos interpessoais os quais são importantes nas dificuldades de adaptação às situações (Hewitt & Flett, 1991). O desenvolvimento dos questionários de auto-resposta para a avaliação do perfeccionismo que partilhavam o mesmo nome; *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost *et al.*; 1990; Hewitt and Flett; 1990; 1991) contribuíram para a consideração do perfeccionismo como um constructo complexo e para a constatação de que avaliação unidimensional deixaria perder alguns aspectos chaves deste traço de personalidade (Flett & Hewitt, 2002).

Frost *et al.* (1990) desenvolveram uma escala (F-MPS) com seis factores que avalia quatro aspectos do perfeccionismo direccionados para o próprio: Padrões Pessoais (PP); Dúvidas sobre as acções (DA); Preocupação com os erros (PE) e Organização (OR). E duas dimensões interpessoais que refletem a percepção de exigências impostas por terceiros (os pais do indivíduo): Expectativas parentais (EP) e Críticas parentais (CP).

Hewitt e Flett (1991), na escala que construíram (H&F-MPS) definiram três dimensões de perfeccionismo que dizem respeito: ao próprio – Perfeccionismo auto-orientado (PAO); aos outros – Perfeccionismo orientado para os outros (POO); e uma terceira dimensão que se relaciona com a percepção de que outras pessoas impõem ao indivíduo exigências irrealistas – Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP). Segundo

estes autores estas dimensões constituem traços de personalidade, no sentido em que consubstanciam estilos cognitivos e comportamentais estáveis e são distinguíveis com base nos diferentes estados psicopatológicos a que se associam.

4.3. Perfeccionismo Negativo e Positivo

De uma maneira geral o Perfeccionismo, é geralmente definido pelo aspecto patológico. No entanto, ao longo dos tempos tem sido dividido em duas grandes categorias, por exemplo: “positivo” e “negativo” (Slade & Owens, 1998; Terry-Short et al., 1995), “passivo” e “ativo” (Adkins e Parker, 1996; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999), “normal” e “neurótico” (Hamachek, 1978), “saudável” e “não-saudável” (Stumpf and Parker, 2000). Assim, torna-se fundamental compreender que características do perfeccionismo estão associadas a um funcionamento adaptativo e quais são as que se relacionam com perturbações psicológicas, isto é, em que é que o perfeccionismo é “bom” e “mau” (Macedo et al., 2012).

Terry-Short et al. (1995) referem que é de esperar que o perfeccionismo contingente a reforços positivos seja mais saudável do que aquele que está associado a comportamentos de evitamento ou reforços negativos. Assim, estes autores desenvolveram um instrumento (Perfectionism Questionnaire) que destingue o perfeccionismo positivo e negativo. O primeiro é definido como um comportamento perfeccionista que é função de reforços positivos e leva a uma aproximação dos estímulos. Em contraste, o perfeccionismo negativo é função de reforços negativos e envolve principalmente o desejo de evitar resultados aversivos (por exemplo, falhar/cometer erros).

Assim, utilizando a perspectiva de Macedo et al. (2012), podemos sintetizar esta concepção referindo que o Perfeccionista positivo procura alcançar o êxito, enquanto que a Perfeccionista negativo procura evitar o erro.

Autores como Kottman (2000) e Blatt (1995) afirmam que o perfeccionismo tem duas faces, porque é uma complexa manifestação que pode vincular-se tanto com a disfunção psicológica como ao funcionamento adaptativo normal. Para estes autores, alguns componentes do perfeccionismo, tais como a fixação de objectivos elevados no âmbito académico, desportivo ou interpessoal, o afinco para atingi-los; o desejo de

crescimento e superação e a necessidade de organização, podem promover a expansão de conhecimentos, bons hábitos de trabalho, esforço e bom desempenho. Assim, o perfeccionismo pode ser “normal” ou “adaptativo”; e não apenas “neurótico” ou “desadaptativo”.

Os perfeccionistas “normais” propõem auto-objectivos elevados mas razoáveis e atingíveis, têm elevadas expectativas relativamente a si próprios e aos outros, e embora isto os torne exigentes, não os torna necessariamente hostis ou excessivamente críticos. Tentam explorar todo o seu potencial e quando atingem os seus objectivos, têm sentimentos de autossatisfação e de maior autoestima. Perante o fracasso dos seus objectivos, não ficam frustrados, utilizando a “derrota” como motivação para continuar a lutar (Kottman, 2000). Também reconhecem as suas limitações, não se impõem uma perfeição generalizada, estando esta mais focada para alguns pontos ou actividades diárias (Ashby, 1996). São organizados, limpos, e pontuais, mas esta preferência não interfere com o seu funcionamento normal. Os perfeccionistas “neuróticos” ou “desadaptados” propõem auto-objectivos muitas vezes inatingíveis e generalizados (i.e. em todas as áreas da sua vida), podendo tornar-se extremamente hostis e críticos. Perante o mínimo fracasso, têm reacções exageradas de tristeza, frustração, culpa, vergonha e raiva (Lombardi et al., 1998).

Frost *et al.* demonstraram, em 1990, que a adesão a padrões pessoais elevados estava relacionada com a eficácia. Ashby & Rice (2002), ao usarem a *The Almost Perfect Scale – Revised*, descobriram que o perfeccionismo adaptativo estava positivamente correlacionado com a auto-estima, ao passo que o perfeccionismo desadaptativo se correlacionava negativamente com a auto-estima. Quando os *clusters* do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo foram discriminados, o elevado nível de organização constituía uma clara característica do grupo perfeccionista adaptativo (Parker, 1997; Rice & Mirzadeh, 2000).

Segundo Lundh (2004) o perfeccionismo negativo e positivo podem ser diferenciados com base na aceitação. O perfeccionista positivo procura a perfeição, mas aceita alguma imperfeição. Pelo contrário, o perfeccionista negativo procura a perfeição, mas não aceita a imperfeição.

Apesar das aparentes diferenças entre as duas referidas escalas multidimensionais (i.e. F-MPS e H&F-MPS), nomeadamente no número de dimensões e conteúdo dos itens, elas apresentam dimensões “nucleares” comuns, tal como demonstrou o estudo de

Frost et al. (1993). Estes autores efectuaram uma análise factorial conjunta das 2 escalas, tendo encontrado 2 factores: *Positive Achievement Striving* e *Maladaptive Evaluative Concerns*, cujas designações remetem desde logo para aspectos respectivamente positivos e negativos do perfeccionismo. De entre todas as dimensões estudadas, as mais relacionadas com patologia eram a preocupação com os erros (PE) do F-MPS e o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) da H&F-MPS.

Num estudo semelhante, Bieling et al. (2004) efectuaram uma análise factorial confirmatória conjunta das duas MPS, tendo chegado a uma solução parcimoniosa e explicativa composta por dois factores: (1) *positive achievement striving* (PAS) e (2) *maladaptive evaluative concerns* (MEC).

Com amostras da população portuguesa, também foram realizadas análises factoriais partindo dos itens das versões portuguesas das duas escalas (Soares et al., 2003; Amaral et al. 2013). Nestes estudos o que variou essencialmente foi a versão da escala de Frost (Amaral et al. 2013) utilizada (com mais ou menos itens). Já os resultados foram muito consistentes e vão no mesmo sentido dos realizados noutros países, pois os autores chegaram sempre a uma solução de dois factores: *esforços perfeccionistas positivos* (EPP; composto essencialmente por itens do PAO, Elevados padrões e Organização) e *preocupações com as avaliações* (PA; constituído por itens das dimensões PSP, Dúvidas sobre as Acções, Preocupações com os erros, Expectativas parentais e Críticas parentais). Além disso, o padrão de correlações destas duas dimensões de segunda ordem com outras variáveis, também tem corroborado o seu carácter mais positivo, pois os EPP mostram-se negativamente associados com o Afecto Negativo, enquanto que as PA se correlacionam positivamente com o Afecto Negativo e negativamente com o Afecto Positivo (Pereira et al., 2014; Soares et al., 2013).

Estes resultados coadunam-se também com a perspectiva apresentada na influente revisão de Stöber e Otto (2006), onde os autores definiram três grupos de perfeccionistas:

- Perfeccionistas saudáveis: são indivíduos com elevados níveis de empenhamento perfeccionista e baixos níveis de preocupações perfeccionistas.
- Perfeccionistas não-saudáveis: têm elevados níveis, tanto de empenhamento perfeccionista como de preocupações perfeccionistas. Este é o perfeccionismo que, por definição, está associado a consequências negativas, isto é, a diversos quadros psicopatológicos.

- Não-perfeccionistas: têm baixos níveis de EP.

No entanto, importa frisar, como fundamenta Macedo et al. (2012) que, em alguns estudos, esta diferença não é assim tão nítida. Por exemplo, e referindo apenas estudos portugueses, tanto o PAO da escala de Hewitt & Flett como os Elevados Padrões da escala de Frost, têm sido associados a variáveis mais carregadas negativamente como comportamento alimentar anómalo (Bento et al., 2010; Macedo et al., 2007; Maia et al., 2006; Soares, et al., 2009) e sintomas depressivos (Maia et al., 2012).

4.4. Perfeccionismo, Distúrbios do Comportamento Alimentar e Obesidade

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA), representados pela Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e pelos Distúrbios do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (DCASOE), são transtornos frequentemente crónicos e associados a um elevado índice de morbilidade (Azevedo *et al.*, 1992; Fairburn *et al.*, 2003). Do ponto de vista social e de Saúde Pública, os DCA têm vindo a ganhar importância, nos países desenvolvidos, devido ao aumento da sua prevalência e incidência, nas últimas décadas. Os DCA, definidos como tal nas classificações actuais, têm uma história relativamente curta de algumas décadas. No entanto, os estados mórbidos de recusa alimentar ou pelo contrário os episódios de comer vorazmente seguido de vômito, têm sido descritos, ao longo de vários séculos, em inúmeras referências. (Pereira et al., 2008)

A obesidade é considerada um factor de risco para o surgimento de DCA (Haines, 2006). Os adolescentes obesos, principalmente do sexo feminino, sentem uma maior insatisfação com o peso e forma corporais e baixa auto estima (Wuang, 2007; Neumark-Sztainer, 2006; Wardle, 2005; Cohane, 2001). Também, os obesos são muitas vezes motivo de troça por parte dos pares, sofrendo maior pressão para perder peso (Paxton *et al.*, 1999). Estes sentimentos levam muitas vezes á adopção de comportamentos de dieta, que quando não podem ser cumpridos por fome ou outros motivos, levam ao início dos DCA, principalmente BN e PIC (Jarosz, 2006; Maier, 2006).

O Perfeccionismo tem sido descrito como uma característica central das DCA (Bruch, 1973, 1978; Garner, 1986; Hewitt et al., 1995), tendo um papel importante na sua patogénese, manutenção e na resposta ao tratamento (Bruch, 1973, Casper, 1983, Hewitt et al., 1995; Heatherton & Baumeister, 1991; Sutandar-Pinnock et al., 2003; Bardone-Cone, 2007). Embora alguns autores refiram que os doentes com AN e BN apresentam diferenças nas suas características de personalidade, outros sublinham a partilha de traços perfeccionistas e salientam que esses traços desempenham um papel crucial no desenvolvimento de ambos os distúrbios. Shafran et al. (2002) sugerem que o perfeccionismo clínico não só está associado à AN e BN, como estes distúrbios constituem a expressão do próprio perfeccionismo, no domínio alimentar.

Algumas das características centrais da AN e da BN parecem ser inerentemente perfeccionistas, tal como a definição de padrões excessivamente elevados a nível da alimentação, da imagem física e peso (por exemplo, a procura inflexível de um padrão irrealista de magreza; da forma corporal perfeita; da dieta perfeita; do regime de exercício perfeito) (Macedo et al., 2012)

Os estudos efectuados com amostras comunitárias, têm sugerido uma associação entre o perfeccionismo e atitudes/comportamentos alimentares alterados, fortalecendo a hipótese do perfeccionismo como factor de risco para o desenvolvimento dos DCA, na população em geral (Hewitt et al., 1995; Plinner & Haddock, 1995; Macedo et al., 2007). Um estudo realizado na nossa população (Macedo et al., 2007), de grandes dimensões (N=1163), analisou a relação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar em ambos os sexos. Os autores aplicaram as versões portuguesas da *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt & Flett, 1991; Soares et al., 2003) e o *Eating Attitude Test-40* (Soares et al., 2004) a uma amostra de 1163 estudantes universitários com idades entre os 17 e os 25 anos e encontraram uma associação significativa entre os níveis mais elevados de perfeccionismo e comportamentos alimentares mais disfuncionais. Os autores também encontraram níveis elevados de PSP nos indivíduos com comportamentos alimentares mais disfuncionais, em ambos os sexos, enquanto o PAO tinha um papel mais relevante no sexo feminino. Um estudo longitudinal realizado pelo mesmo grupo (Soares et al., 2009) analisou o perfeccionismo e os comportamentos alimentares em universitárias, aplicando os mesmos instrumentos atrás referidos. Os autores verificaram que níveis elevados de PAO e o PSP, na linha de base, estavam associados ou eram factores de risco para o desenvolvimento de comportamentos

alimentares perturbados. O PAO era o preditor das preocupações e comportamentos de dieta, a longo prazo e estava associado ao exercício físico para perder peso. O PSP estava sobretudo associado à perturbação global dos padrões alimentares desempenhando um papel importante no risco de desenvolver episódios de ingestão compulsiva. Os autores concluíram que tanto o PAO como o PSP constituem um factor de risco da perturbação alimentar global a curto, médio e longo prazo.

Os estudos sobre a relação entre o perfeccionismo e os DCA em amostras clínicas, têm utilizado uma diversidade de instrumentos de avaliação psicométrica do perfeccionismo. Em todos esses estudos se verificou que os doentes com DCA, apresentavam pontuações mais elevadas de perfeccionismo do que os grupos sem DCA (Bastiani et al., 1995; Hewitt et al., 1995; Castro et al., 2004; Maia et al., 2009). No estudo realizado no nosso país por Maia et al. (2009) sobre o perfeccionismo e as perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (POC) em que comparou um grupo de estudantes universitários com doentes do Espectro Obsessivo Compulsivo, na qual estavam representados os DCA (doentes com DCA e doentes com DCA e perturbação obsessivo-compulsiva -POC), encontrou pontuações significativamente mais elevadas nos doentes com POC, nos doentes com DCA e nos que apresentavam ambos os distúrbios. No estudo realizado por Bastiani et al. (1995), que utilizou vários instrumentos de avaliação do perfeccionismo: as 2 *Escala Multidimensional de Perfeccionismo*, Frost et al., (1990); Hewitt & Flett, (1991a) e a *Sub-escala de perfeccionismo do EDI* de Garner et al., (1983) foram comparados os níveis de perfeccionismo em doentes com AN antes e após a recuperação do peso e nestes doentes, com controlos saudáveis. Foram encontradas diferenças significativas nas pontuações do perfeccionismo, entre cada um dos grupos de doentes com AN (grupo baixo peso e com peso restabelecido) e o grupo controlo – i.e., as mulheres com AN com baixo peso e com peso restabelecido, são mais perfeccionistas do que as mulheres saudáveis. As dimensões do perfeccionismo mais relacionadas com os DCA são o PAO e PSP (Hewitt & Flett, 1991b), mas nem todos os estudos replicam esta afirmação. Alguns estudos não encontram diferenças significativas nos níveis de perfeccionismo entre aquelas amostras (Garner *et al.*, 1984) e outros indicaram diferenças apenas ao nível do PAO (Castro et al., 2004). O estudo de Bastiani et al., (1995), encontrou elevados níveis de PAO e PSP nos doentes com AN. A comparação entre os doentes com AN (peso normal *versus* baixo peso após a recuperação) verificou que os doentes

com baixo peso tinham níveis de PAO mais elevados, sendo a única característica que se mantém após a recuperação do peso. No estudo realizado por Maia et al., (2009), a amostra normal apresentava níveis mais baixos de perfeccionismo no total assim como de PAO e PSP do que cada sub-amostra do espectro. Assim, este estudo apontou para a relação entre os distúrbios alimentares em fase sintomática e as duas dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP).

Assim, no conjunto da investigação da relação entre o perfeccionismo e os DCA, quer em amostras não-clínicas, quer clínicas, podemos dizer que existe uma associação que sugere que o perfeccionismo possa constituir um factor de risco para o desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar e no extremo, contribuir também para os DCA.

Segundo Nielson *et al.* (1997) o perfeccionismo também poderá ter um papel não facilitador, na procura de ajuda terapêutica. A natureza egossintónica dos sintomas e a necessidade de dar uma imagem perfeita de si, podem contribuir para a negação da doença e conseqüentemente do tratamento, pelo que é mais frequente a procura de ajuda por parte dos familiares (Goldner *et al.*, 2002). Além disso, o perfeccionismo pode interferir negativamente com o estabelecimento da aliança terapêutica. A necessidade do doente dar uma imagem perfeita de si, a autocrítica elevada, a natureza de alguns sintomas, particularmente relacionados com a restrição alimentar e a perda de peso, a ambivalência relativamente ao tratamento, podem dificultar o estabelecimento da relação terapêutica positiva. Uma vez iniciado o tratamento, as pessoas com DCA podem ainda ter dificuldade em estabelecer objectivos de tratamento realistas e apropriados. No que respeita aos progressos do tratamento, apresentam uma tendência para a atenção seletiva para os fracassos e para o pensamento dicotómico (“tudo-ou-nada”), sentem-se insatisfeitos com os resultados “imperfeitos” e relutantes em persistir em tratamentos demorados, que não promovem uma cura rápida. Algumas pessoas podem abandonar o tratamento prematuramente, para não se exporem repetidamente ao que percebem como um fracasso pessoal (Hewitt & Flett, 2002).

Não encontramos, até à data, estudos que relacionem o perfeccionismo com a eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento, ao contrário do que se verifica relativamente à eficácia do tratamento dos distúrbios do comportamento alimentar,



como atrás descrito. A escassez de informação a este nível poderá dever-se, pelo menos em parte, às dificuldades em avaliar de forma objectiva e operacionalizável os ganhos terapêuticos da intervenção dietética.

Com a realização do estudo empírico que a seguir se apresenta pretendemos colmatar esta lacuna.

2 Estudo Empírico

2.1 Objectivos

Os objectivos deste trabalho foram os seguintes:

1. Caracterizar a amostra de utentes da consulta de Dietética e Nutrição/ Exercício Físico do Gabinete de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude de Braga, quanto aos comportamentos alimentares, satisfação com a imagem corporal, perfeccionismo, auto-estima, percepção de stresse e afecto positivo e negativo.
2. Estudar o papel destas variáveis na eficácia da terapêutica dietética, avaliada através de antropometria e bioimpedância.

2.2 Metodologia

Este estudo teve a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (**Anexo 1**).

2.2.1 Procedimento

Os objectivos do estudo foram explicados a todas as jovens mulheres, com idades inferiores a 30 anos, que se deslocaram à consulta de Dietética e Nutrição/Exercício Físico do Gabinete de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude de Braga entre Junho de 2011 e Março de 2012, com excesso de peso ou obesidade e não grávidas. Foi garantida a confidencialidade e apresentado o consentimento informado (**Anexo 2**) antes da recolha de qualquer informação.

Após a obtenção do consentimento informado, os participantes foram avaliados na primeira consulta e após três e seis meses. Em todos os momentos de avaliação as participantes foram avaliadas pelo investigador quanto à sua composição corporal por antropometria e bioimpedância e responderam a um conjunto de questionários de auto-resposta para avaliação de variáveis psicológicas (**Anexo 3**).

Após a análise dos dados que se obtiveram na primeira consulta foi prescrito um plano alimentar individualizado, tendo sido considerado sempre a intervenção

nutricional adequada ao perfil clínico de cada utente, assim como os horários e preferências alimentares.

2.2.2 Participantes

Participaram neste estudo 78 jovens do sexo feminino, utentes da Consulta de Dietética e Nutrição/Exercício Físico do Gabinete de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude de Braga. Eram todas solteiras. A grande maioria (89.7%) era caucasiana e apenas 10.3% eram de raça negra. A idade média foi de 21.18 anos (DP=3.37; variação: 17-30 anos) e o IMC médio de 29.70 (DP=4.249; variação: 25.00-46.32 anos). A distribuição da idade e escolaridade aquando da primeira consulta apresenta-se na Tabela 2.

A maioria das participantes (n=58; 74.4%) eram estudantes, 10 (12.8%) exerciam profissões que requerem estudos superiores (ex. Professoras, Terapeuta da Fala, Enfermeira, Gestora) e 8 (10.3%) tinham profissões menos diferenciadas, como Operária, Empregada de limpeza e Cabeleireira. Duas participantes (2.6%) encontravam-se à procura do primeiro emprego, após conclusão da escolaridade obrigatória. De entre as não estudantes, 6 (7.6%) estavam desempregadas.

Tabela 2: Características socio-demográficas da amostra (N=78)

	N (%)
Idade	
17-20	40 (51.3%)
21-25	27 (34.5%)
26-30	11 (14.1%)
Escolaridade	
3º Ciclo do Ensino Básico	25 (31.6%)
Secundário	33 (41.8%)
Licenciatura/Mestrado Integrado	18 (22.8%)
Mestrado (Pré-Bolonha)	2 (2.5%)
Total	78 (100%)

Destas 78, 58 participantes (74.4%) foram também avaliadas 3 meses após a primeira consulta e, 18 participantes voltaram a ser avaliadas após 6 meses (23.1%), ou seja em todos os momentos de avaliação.

As características sócio-demográficas das participantes que se mantiveram ao longo do estudo, apresentam-se na tabela 3:

Tabela 3: Características sócio-demográficas das participantes (N=78)

	3 meses	6 meses
	M (DP; variação)	M (DP; variação)
Idade Média	20.95 (0.403; 17-30)	20.78 (0.854; 17-30)
BMI	29.09 (0.488; 25-44.54)	28.00 (1.136; 22.22-42.84)
Escolaridade	n (%)	n (%)
3º Ciclo do Ensino Básico	17 (29.3%)	7 (38.9%)
Secundário	28 (48.3%)	6 (33.3%)
Licenciatura	12 (20.7%)	4 (22.2%)
Mestrado	1 (1.7%)	1 (5.6%)

Legenda: M: Média; DP: Desvio padrão; n: número absoluto

2.2.3 Instrumentos de Avaliação

A avaliação socio-demográfica bem como a informação clínica das jovens que participaram no estudo foi avaliada no decorrer da primeira consulta através da resposta a perguntas relativas a idade, escolaridade, estado civil, situação perante o trabalho, patologias médicas existentes, antecedentes pessoais e familiares, medicação, existência de alergias e/ou intolerâncias alimentares bem como horários e preferências alimentares.

Após esta avaliação inicial foi efectuada uma avaliação da composição corporal dos sujeitos por antropometria (Peso, Altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro da cintura, Perímetro da anca, Índice de perímetros cintura/anca e, no caso das avaliações subsequentes, o peso perdido desde a 1ª consulta em Kg e em %) e bioimpedância (% massa gorda e, no caso das avaliações subsequentes (T3 e T6), a % de massa gorda perdida desde a 1ª consulta).

Posteriormente foi aplicado às utentes um conjunto de questionários de auto-resposta contendo sete instrumentos de avaliação psicológica (**Anexo 3**), na sua maioria

em formato de resposta *Likert*: Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25; Pereira et al., 2008); *Escala de Percepção do Stresse* (EPS; Cohen et al., 1983; Peixoto et al., 2013); *Perfil de Estados de Humor* (Azevedo et al., 1991); Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Soares et al., 2003); Versão experimental da *Almost perfect Scale* (Slaney et al., 2001); Escala de silhuetas Corporais (Bento et al., 2012) e Escala de Auto-estima de Rosenberg (Azevedo & Faria, 2004). Todos estes instrumentos apresentaram boas propriedades psicométricas nos seus estudos de validação com amostras da população portuguesa. Apenas a *Almost Perfect Scale* (Slaney et al., 2001) ainda não tinha sido usada na população portuguesa.

2.2.3.1 Antropometria

A antropometria é um método que permite avaliar a composição corporal através de um conjunto de técnicas utilizadas para medir o corpo humano ou as suas partes (Mahan et al., 2012). Os parâmetros antropométricos refletem tanto a saúde como o estado nutricional e podem prever o rendimento, a saúde e a sobrevivência (Thomas, 2001). Neste trabalho foram utilizados métodos antropométricos diretos [medição da altura (m), peso (kg), perímetro da cintura (cm) e perímetro da anca (cm)]. Através destes valores foram calculados o Índice de Massa Corporal (Kg/m^2), o Índice dos perímetros cintura/anca e no caso das avaliações subsequentes (T3 e T6) o peso perdido desde a 1ª consulta em Kg e %.

As medições foram realizadas de acordo os procedimentos internacionalmente recomendados no relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1995 que fornece orientações sobre o uso de antropometria, em populações e grupos etários distintos (WHO, 1995). A altura foi avaliada utilizando um estadiómetro com precisão de 0,1mm (GPM® Swiss Made), com os indivíduos de pé, descalços, com os calcanhares juntos, numa superfície plana encostados à parede e a cabeça posicionada no plano de Frankfurt; a altura foi registada em cm com aproximação a 0,1cm. O peso foi avaliado com recurso a uma balança de bioimpedância bipolar TANITA® Body Composition Analyzer BC-545 com precisão de 0,1Kg, com os indivíduos descalços, sem casacos e sem adereços pesados. Para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) foram utilizados os parâmetros peso e altura através da fórmula [peso (kg)/ altura² (m)]. O IMC é considerado um bom indicador da acumulação de excesso de energia sob a

forma de gordura nas populações europeias e norte-americanas. De acordo com a classificação da OMS podemos considerar Pré-obesidade $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ e Obesidade $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$. Esta classificação baseia-se principalmente na associação entre IMC e mortalidade (WHO, 1995).

Os perímetros de cintura e anca foram avaliados utilizando uma fita métrica flexível não elástica, com os indivíduos em pé com os pés à largura dos ombros num plano horizontal na zona média entre a última costela e a crista ilíaca, no final de uma expiração normal e registado ao milímetro. Através destes parâmetros calculou-se o Índice de perímetros cintura/anca através da fórmula [Perímetro da cintura(cm)/Perímetro anca(cm)]. O Índice de perímetros cintura/anca é considerado um bom indicador do Risco metabólico, assim sendo podemos classificar Sem Risco Metabólico mulheres com um Índice cintura/anca inferior a 0,71cm, Risco Metabólico aumentado valores superiores a 0,71cm e Risco Metabólico muito aumentado valores superiores a 0,82cm (Carmo et al., 2006).

2.2.3.2 Bioimpedância

A bioimpedância é outro método de avaliação corporal e baseia-se no princípio de que o tecido magro, com o seu elevado teor de água e electrólitos é altamente condutor da corrente eléctrica, enquanto o tecido gordo é mais resistente. Através da medição da alteração de voltagem quando uma pequena corrente é passada através de eléctrodos em partes específicas do corpo, pode ser feita uma medição da água total do corpo. A massa isenta de gordura pode ser calculada a partir da água corporal total, presumindo que contem 73% do teor de água corporal. A gordura corporal pode ser determinada subtraindo o cálculo da massa magra do peso total do corpo (Thomas, 2001).

Assim sendo, através da medição efectuada com a balança de bioimpedância bipolar TANITA® Body Composition Analyzer BC-545 além do peso, obteve-se a % de Massa gorda corporal. No caso das avaliações subsequentes (T3 e T6) foi calculada a % de Massa gorda perdida desde a 1ª consulta.

2.2.3.3 Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25; Pereira et al., 2008)

O Teste de Atitudes Alimentares 25 (TAA-25) é a versão abreviada do Teste de Atitudes Alimentares – TAA-40 (EAT-40; Eating Attitudes Test-40, Garner et al., 1982; Soares et al., 2004), desenvolvida para a população Portuguesa por Pereira et al. (2008).

O TAA-25 é um questionário de auto-resposta, constituído por 25 itens, com um formato de resposta tipo “Likert” com 6 opções de resposta: ”nunca” (0), “raras vezes” (0), “algumas vezes” (0), “muitas vezes” (1), “muitíssimas vezes” (2) e “sempre” (3). Como convém aos questionários deste género (Almeida, 2001), os itens são frases curtas, simples e contendo uma só ideia, formulada com linguagem simples, apropriada aos destinatários da escala e evitando a dupla negação. Uma resposta “sempre” recebe a cotação de 3 pontos; “muitíssimas vezes” recebe a cotação de 2 pontos; “muitas vezes” cotação de 1 ponto; as restantes categorias de resposta não são cotadas (zero pontos). Não existem respostas de cotação invertida. A pontuação total é calculada somando a pontuação de cada item, sendo que quanto maior for a pontuação global, mais disfuncionais serão as atitudes e comportamentos alimentares. Este questionário compõe-se de 3 factores: Factor 1 – Dieta, relacionado com o evitamento de comidas calóricas e com a preocupação com magreza; Factor 2 – Bulimia e Preocupação com Comida, relacionado com pensamentos acerca da comida e com a bulimia; Factor 3 – Pressão Social para Comer, relacionado com o auto-controlo sobre a comida e com a pressão social para aumentar de peso.

2.2.3.4 Escala de Percepção do Stresse (EPS; Cohen et al., 1983)

A Escala de Percepção de Stresse (*Perceived Stress Scale*, PSS) desenvolvida por Cohen et al. (1983) como uma medida global de stresse, foi projectada com o objectivo de medir o grau em que os indivíduos avaliam as situações de vida como stressantes (Cohen et al., 1983). Os 14 itens da escala original constituem, segundo os autores, uma escala unidimensional cuja nota global resulta da soma dos valores atribuídos a cada item. As respostas são dadas em relação ao último mês, numa escala tipo *Likert* que varia de 0 a 4 (0=Nunca; 1=Quase Nunca; 2=Algumas vezes; 3=Bastantes vezes; e 4=Muitas vezes).

Neste estudo utilizou-se uma versão de dez itens (PSS-10) desenvolvida pelo mesmo grupo em 1988, através de seleção de itens com base na análise em componentes principais da versão de 14 itens (Cohen & Williamson, 1988). A escala é composta por respostas com conotações positivas e negativas. A soma da pontuação das questões fornece pontuações que podem variar de 0 (sem stress) a 40 (stress extremo).

A validação portuguesa desta escala, realizada também com uma amostra de mulheres com excesso de peso e obesidade revelou também uma estrutura unidimensional e boa consistência interna, dada por um coeficiente alfa de Cronbach de .85 (Peixoto et al., 2013).

2.2.3.5 Perfil de Estados de Humor (Azevedo et al., 1991)

Neste trabalho foi utilizada uma versão reduzida da versão de Azevedo et al (1991) do *Profile of Mood States*, em português “Perfil de estados de Humor”. Esta versão de 36 itens foi desenvolvida com base numa estrutura factorial de dois factores para avaliação de Afecto Positivo e Afecto Negativo.

A escala é composta por adjectivos que descrevem sentimentos e estados de humor. A cada adjectivo corresponde uma escala de resposta tipo *Likert* de 0= de maneira nenhuma a 4= muitíssimo, de acordo com o modo como o respondente se tem sentido no último mês. A opção de considerar o último mês e não a última semana, como está definido na escala original, relacionou-se com o facto de se pretender avaliar traços associados ao Afecto, em vez de estados flutuantes e transitórios de humor obtendo-se deste modo duas dimensões, o Afecto Negativo e o Afecto Positivo.

2.2.3.6 Versão portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Soares et al., 2003)

O perfeccionismo das jovens foi avaliado através da versão portuguesa validada da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Soares et al., 2003), originalmente desenvolvida por Hewitt e Flett (1993). É um questionário de auto-resposta composto por 32 itens, com um formato de resposta tipo “*Likert*”, com 7 opções de resposta: “Discordo completamente”, “Discordo bastante”, “Provavelmente discordo”, “Indeciso”, “Provavelmente concordo”, “Concordo bastante” e “Concordo completamente”, cuja cotação vai de 1 a 7 e é invertida para oito itens (itens 5, 6, 8, 15,

21, 25, 27 e 32). A pontuação total obtém-se somando a pontuação de cada item, sendo que quanto mais elevada a pontuação global, mais elevado será o grau de perfeccionismo do inquirido. Este questionário é composto por duas dimensões: Perfeccionismo Auto-orientado (PAO): definição de padrões excessivamente elevados para o próprio; e Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP): as exigências perfeccionistas são impostas ao indivíduo pelos outros, particularmente pelas pessoas significativas.

2.2.3.7 Versão experimental da Almost Perfect Scale (Slaney et al., 2001)

Os 23 itens desta escala Likert de sete pontos (desde discordo completamente até concordo completamente) foram selecionados para avaliar aspectos adaptativos e desadaptativos do Perfeccionismo. Diversos estudos de validação têm confirmado uma estrutura de três factores: Elevados padrões (relacionada com esforços perfeccionistas e elevadas expectativas para a realização; itens 1, 5, 8, 12, 14, 18 e 22), Discrepância (preocupações perfeccionistas relacionadas com a percepção de que há uma discrepância entre os elevados padrões e a avaliação que o indivíduo faz acerca de do alcance dos mesmos; itens 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21 e 23) e Ordem (relacionado com a preferência pela organização; itens 2, 4, 7 e 10).

A versão original da *Revised Almost Perfect Scale* foi traduzida para a língua portuguesa por um psiquiatra e uma psicóloga com vasta experiência na tradução e validação de instrumentos de avaliação psicológica e no estudo científico do traço de personalidade perfeccionismo.

Não tendo sido possível realizar de análise factorial desta versão preliminar com a nossa amostra, cujo tamanho ficou aquém do exigido para este tipo de análise (cerca de 10 participantes por item; Kline et al., 2004), optámos por utilizar as dimensões da versão original, cuja composição descrevemos no parágrafo anterior. No anexo 4 é possível verificar que a consistência interna destas dimensões, em todos os momentos de avaliação do estudo foi abonatória da sua utilização no âmbito desta investigação.

2.2.3.8 Escala de Silhuetas Corporais (Bento et al., 2012)

A Escala de Silhuetas Corporais é composta por 9 figuras de formas corporais que variam da magreza à obesidade, relativamente às quais os participantes seleccionam: (1) a que se assemelha mais à sua figura corporal e (2) a que corresponde à imagem corporal que gostariam de ter. Através destes parâmetros é possível avaliar o Índice de Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC) segundo a fórmula [IIC= Imagem que se assemelha mais à sua figura corporal – Imagem corporal que gostaria de ter].

2.2.3.9 Escala de Auto-estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Azevedo & Faria, 2004)

Para a avaliação da autoestima global utilizou-se a versão portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg (Azevedo & Faria, 2004). Para Rosenberg, a autoestima é a autoavaliação pessoal, a qual implica um sentimento de valor, que engloba um componente predominantemente afectivo, expresso numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma (Rosenberg, 1965). Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens é enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo *Likert* (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos 10 itens fornece a pontuação da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40 e a obtenção de uma pontuação alta reflecte uma autoestima elevada.

Em anexo (**Anexo 4**), apresentamos os coeficientes alfa de Cronbach de consistência interna das dimensões e totais utilizados neste estudo, nos seus três momentos de avaliação, verificando-se que, de um modo geral, vão de aceitáveis a elevados.

2.2.4 Análise Estatística

Para a execução deste trabalho, realizaram-se sucessivas análises estatísticas, utilizando principalmente o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Foram aplicados testes paramétricos e testes não paramétricos quando adequado. Uma distribuição foi considerada normal quando se encontraram valores semelhantes nas medidas de tendência central (média, moda e mediana), bem como índices de assimetria e de *curtose* não superiores à unidade, ou seja, entre -1 e 1 (Almeida & Freire, 2008). De salientar que os somatórios de variáveis ordinais (totais de escalas, subescalas e factores) foram tratados como variáveis intervalares (Kiess & Bloomquist, 1985); utilizando um procedimento comum nos estudos em Psicologia (Allen, 1998), o mesmo foi feito para outras variáveis que em rigor são medidas numa escala ordinal (como por exemplo a escala de resposta a itens de questionários de auto-resposta). Para estas, utilizou-se a mediana como medida de tendência central, os Percentis 25 e 75 como medida de dispersão e os testes não paramétricos sempre que não estavam reunidas as referidas condições.

Realizámos um tratamento de respostas omissas unicamente para efeitos de cálculo de pontuações totais nas várias escalas, aceitando neste caso um máximo de 3 respostas omissas. Seguimos o procedimento aconselhado por Green et al. (1999), o qual equivale a atribuir à resposta omissa, para efeitos de cálculo do total, o valor correspondente à média do sujeito nos restantes itens.

Nas análises da consistência interna, calcularam-se os coeficientes *α de Cronbach*.

Devido ao tamanho da amostra, que se foi reduzindo ao longo do seguimento, bem como à distribuição não normal de algumas variáveis, utilizámos testes não paramétricos. Assim, foram calculados os coeficientes de correlação *Spearman (rho)* para explorar a relação entre as variáveis em estudo. Analisou-se a direcção das correlações significativas e finalmente a magnitude dos coeficientes seguindo os critérios de Cohen (cit. por Pallant, 2011) em que um coeficiente entre .10 e .29 é considerado baixo, um coeficiente de .30 a .49 é considerado moderado e um coeficiente de .50 a 1.0 é considerado elevado.

Para comparação de pontuações foram usados teste U de *Mann-Whitney* (para duas amostras independentes) e *Kruskal-Wallis* (para três ou mais amostras independentes). O estudo comparativo das pontuações ao longo do tempo foi realizado utilizando o teste de Wilcoxon para medidas repetidas.

Foram também realizadas análises de regressão linear múltipla (hierárquica), para averiguar quanta da variância de várias variáveis dependentes (VD) podia ser explicada pelo conjunto de outras variáveis com as quais se correlacionam (variáveis independentes, VI) e quais destas poderiam ser consideradas preditoras da VD. Nestas foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade e *outliers*.

2.3 Resultados

2.3.1 Análise descritiva

1ª CONSULTA

Pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas

Nas tabelas 4 e 5 apresentamos as medidas descritivas das variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas na primeira consulta.

Tabela 4: Medidas descritivas das variáveis da composição corporal na primeira consulta (N=78)

Variáveis	Média (desvio padrão) Mediana (P 25 P75)	Varição Mín-Max
Peso_1	78.82 (12.480) 75.15 (68.98 87.75)	57.80 – 125.70
IMC_1	29.70 (4.249) 28.75 (26.39 31.10)	25.00 – 46.32
% Massa gorda_1	37.28 (5.139) 36.80 (33.48 40.93)	25.90 – 51.30
Perímetro_cintura_1	92.26 (10.123) 90.00 (85.00 97.25)	73.00 – 129.00
Perímetro_anca_1	111.37 (7.733) 110.00 (106.00 115.25)	94.00 – 140.00
Índice_Perímetro Cintura/Anca_1	.83 (.064) .82 (.78 .88)	.70 - .99

Legenda: _1, Primeira consulta; IMC, Índice de Massa Corporal.

Tabela 5: Medidas descritivas das variáveis psicológicas na primeira consulta (N=78)

Variáveis	Média (desvio padrão) Mediana (P 25 P75)	Variação Mín-Max
TAA_Total_1	11.14 (10.496) 9.50 (2.00 18.50)	.00 – 52.00
CB_1	6.05 (6.069) 4.00 (1.00 10.00)	.00 – 25
Dieta_1	4.17 (4.655) 2.00 (1.00 6.00)	.00 – 21.00
PSC_1	.15 (.666) .00 (.00 .00)	.00 – 5.00
ESP_1	30.78 (5.462) 30.00 (26.00 35.25)	21.00 – 42.00
AN_POMS_1	60.53 (20.962) 54.50 (45.00 75.25)	27.00 – 111.00
AP_POMS_1	28.09 (5.784) 28.00 (25.00 32.00)	14.00 – 42.00
PAO_EMP_1	82.88 (17.294) 83.00 (72.00 98.00)	45.00 – 115.00
PSP_EMP_1	44.81 (13.406) 44.50 (36.25 53.50)	15.00 – 77.00
PE_EQS_1	36.64 (7.299) 37.00 (31.75 42.25)	18.00 – 49.00
Ordem_EQP_1	21.06 (3.729) 22.00 (19.00 24.00)	11.00 – 28.00
Disc_EQP_1	47.08 (15.521) 47.50 (35.25 56.25)	18.00 – 81.00
AE_1	29.42 (5.095) 29.50 (26.75 33.00)	16.00 – 39.00
IIC_1	2.62 (.957) 3.00 (2.00 3.00)	1.00 – 7.00

Legenda: _1, Primeira consulta; TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulmínicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Na tabela 6 apresentamos a distribuição dos participantes segundo classificações do IMC (WHO, 2000) na primeira consulta.

Tabela 6: Classificação segundo o IMC - Frequências

Classificação	N (%)
Pré-obesidade	46 (59.0)
Obesidade classe I	24 (30.8)
Obesidade classe II	5 (6.4)
Obesidade classe III	3 (3.8)

Na tabela 7 apresentamos a distribuição dos participantes segundo a classificação do risco metabólico (Carmo et al., 2006) na primeira consulta.

Tabela 7: Classificação da presença de risco metabólico baseado na avaliação do Índice cintura/anca - Frequências

	N (%)
Sem Risco Metabólico	18 (23.1)
Risco Metabólico aumentado	21 (26.9)
Risco metabólico muito aumentado	39 (50.0)

A tabela 8 apresenta as frequências segundo a classificação da percentagem de massa gorda (Bray et al., 1988) na primeira consulta.

Tabela 8: Classificação segundo a percentagem de Massa Gorda - Frequências

	N (%)
Saudável	5 (6.4)
Excesso de gordura corporal	44 (56.4)
Obesidade	29 (37.2)

2.3.2 Comparação de pontuações médias

Pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas segundo a continuidade do estudo

Para analisar se havia diferenças nas pontuações nas variáveis relevantes medidas na linha de base (primeira consulta) entre as participantes que só foram avaliadas na primeira consulta e as que continuaram ao longo do estudo, foram constituídos dois grupos: Grupo 1 – participantes que apenas participaram no T0 (n=20; 25.6%) vs. Grupo 2 – participantes que participaram no T0 e após 3 meses e participantes que participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses (n=58; 74.4%).

A tabela 9 mostra os resultados relativos à comparação de pontuações das variáveis da composição corporal através do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 9: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal: Grupo 1, participantes que participaram apenas no T0 vs. Grupo 2, participantes que participaram no T0 e após 3 meses e participantes que participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses – teste de U de Mann-whitney

Variáveis	Grupo 1 (a) n= 20	Grupo 2 (b) n= 58	Teste U de Mann-Whitney
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
Peso	84.56 (11.365) 83.05 (68.70 117.10)	76.84 (12.320) 72.50 (57.80 125.70)	a>b: 328.00; .004
IMC	31.45 (5.229) 30.71 (25.05 46.32)	29.09 (3.718) 28.26 (25.00 44.54)	a>b: 403.00; .043
%Massa Gorda	39.35 (4.207) 39.40 (32.00 51.30)	36.57 (5.269) 35.90 (25.90 49.40)	a>b: 385.50; .026
Perímetro_cintura	96.33 (10.388) 94.50 (82.50 129.00)	90.85 (9.728) 89.00 (73.00 115.00)	a>b: 376.00 ; .019
Perímetro_anca	115.38 (8.073) 113.00 (105.00 139.00)	109.98 (7.175) 109.25 (94.00 140.50)	a>b: 336.00; .005
Índice_PCA	.83 (.055) .83 (.74 .93)	.83 (.068) .81 (.70 .99)	a-b: Ns

Legenda: IMC, Índice de Massa Corporal; Índice_PCA, Índice do Perímetro cintura/anca.

Analisando a tabela 9 verificamos que as variáveis antropométricas que se distinguiram entre estes dois grupos foram o Peso, o IMC, a %Massa Gorda, o Perímetro da cintura e o Perímetro da anca, sendo que as participantes que já não foram avaliadas aos 3 meses (desistiram logo após ou algum tempo depois da primeira consulta) apresentavam níveis mais elevados dessas mesmas variáveis.

A tabela 10 mostra os resultados relativos à comparação de pontuações das variáveis psicológicas através do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 10: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas: Grupo 1, participantes que participaram apenas no T0 vs. Grupo 2, participantes que participaram no T0 e após 3 meses e participantes que participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses – teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Grupo 1 (a) n= 20	Grupo 2 (b) n= 58	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
TAA_Total	15.40 (10.772) 13.00 (2.00 52.00)	9.67 (10.079) 6.00 (.00 36.00)	a>b: 369.50; .016
CB	8.50 (6.403) 7.50 (.00 25.00)	5.20 (5.767) 3.00 (.00 20.00)	a>b: 375.00; .018
Dieta	4.95 (4.395) 5.00 (.00 19.00)	3.90 (4.749) 2.00 (.00 21.00)	a-b: Ns
PSC	.30 (1.129) .00 (.00 5.00)	.103 (.406) .00 (.00 2.00)	a-b: Ns
ESP	33.05 (5.549) 34.00 (21.00 42.00)	30.00 (5.255) 29.00 (21.00 41.00)	a>b: 390.00; .029
AN_POMS	70.05 (19.495) 70.50 (27.00 108.00)	57.24 (20.594) 50.00 (32.00 111.00)	a>b: 346.50; .008
AP_POMS	27.10 (6.198) 27.00 (14.00 39.00)	28.43 (5.651) 28.00 (14.00 42.00)	a-b: Ns
PAO_EMP	84.30 (15.691) 84.50 (53.00 109.00)	82.397 (17.917) 82.00 (45.00 115.00)	a-b: Ns
PSP_EMP	52.40 (12.759) 51.50 (32.00 77.00)	42.19 (12.701) 42.00 (15.00 71.00)	a>b: 324.00; .003
PE_EQS	36.20 (7.723) 37.00 (18.00 48.00)	36.79 (7.211) 36.50 (22.00 49.00)	a-b: Ns
Ordem_EQP	20.10 (3.946) 20.00 (12.00 28.00)	21.40 (3.627) 22.00 (11.00 26.00)	a-b: Ns
Disc_EQP	55.60 (16.731) 55.50 (18.00 81.00)	44.14 (14.066) 46.00 (21.00 81.00)	a>b: 338.00; .006
AE	26.25 (5.693) 25.00 (16.00 38.00)	30.52(4.418) 30.00 (19.00 39.00)	a<b: 308.00; .002
IIC	2.70 (.801) 2.50 (2.00 4.00)	2.59(1.009) 3.00 (1.00 7.00)	a-b: Ns

Legenda: TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Analisando a tabela 10 verificamos que as variáveis psicológicas que se distinguiram entres estes dois grupos foram o TAA-Total, o CB, o ESP, o AN, o PSP, a Discrepância e a AE. As participantes que já não foram avaliadas aos 3 meses (desistiram logo após ou algum tempo depois da primeira consulta) apresentavam níveis mais elevados dessas mesmas variáveis à excepção da AE que era mais reduzido neste grupo.

Pontuações médias nas variáveis psicológicas segundo grupos de classificação do IMC, Risco metabólico e Percentagem de massa gorda

Classes de obesidade

Através do teste de Kruskal-Wallis verificámos que não se verificaram diferenças significativas nas pontuações medianas das variáveis psicológicas, utilizando com variável-grupo (variável independente; VI) as classes de obesidade (três categorias - juntámos os participantes com obesidade classe II e classe III, n=8; 10.2%)

Risco metabólico

Utilizando como variável-grupo (variável independente; VI) o risco metabólico (três categorias), o teste de Kruskal-Wallis mostrou que apenas se distinguiram significativamente as pontuações medianas de Afecto Positivo ($X^2=7.550$; $P=.023$). O teste *U de Mann-Whitney* utilizado para identificar entre que grupos se localizavam as diferenças (Green et al., 1999) revelou que os participantes Sem risco metabólico distinguiram-se significativamente dos participantes com Risco Metabólico aumentado ($M=25.00\pm 4.690$; $Md=25.50$; $P25=20.00$ | $P75=28.25$ vs. $M=29.52\pm 4.020$; $Md=30.00$; $P25=27.50$ | $P75=32.00$; $U=89.00$; $p=.004$) e com Risco metabólico muito aumentado ($M=28.74\pm 6.584$; $Md=29.00$; $P25=25.00$ | $P75=34.00$; $U=226.00$; $p=.031$).

Percentagem de Massa Gorda

Utilizando a variável (Classificação segundo a percentagem de Massa Gorda) como VI (3 grupos) realizámos um teste de Kruskal-Wallis para verificar se existiam diferenças nas pontuações medianas das variáveis psicológicas, conforme tabela 11.

Tabela 11: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas por grupos da classificação da percentagem da Massa Gorda - teste de *Kruskal-Wallis*

	Classificação segundo a percentagem de Massa Gorda	
	X ²	p
TAA_Total	8.797	.012
CB	7.939	.019
Dieta	6.833	.033
PSC	.728	.495 ^{NS}
ESP	.515	.773 ^{NS}
AN_POMS	1.903	.386 ^{NS}
AP_POMS	4.037	.133 ^{NS}
PAO_EMP	7.576	.023
PSP_EMP	.413	.813 ^{NS}
PE_EQS	1.679	.432 ^{NS}
Ordem_EQP	.244	.885 ^{NS}
Disc_EQP	.309	.857 ^{NS}
AE	2.625	.269 ^{NS}
IIC	6.283	.043

**p<.001

Legenda: TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Tendo-se verificado que entre pelo menos dois grupos dos três em comparação existiam diferenças significativas entre as pontuações de TAA_Total, CB, Dieta, PAO e IIC, utilizámos o teste *U de Mann-Whitney* para as localizar (tabela 12).

Tabela 12: Comparação das pontuações médias/medias nas variáveis psicológicas por grupos de Classificação da % de Massa Gorda na 1ª consulta – teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Saudável (a) n= 5	Excesso de Gordura (b) n= 44	Obesidade (c) n= 29	Teste U de Mann-Whitney
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
TAA_Total	1.40 (.894) 2.00 (.50 2.00)	10.39 (9.734) 10.00 (1.25 16.25)	13.97 (11.456) 11.00 (4.00 22.00)	a-b: Ns a<c: 9.00; .001 b-c: Ns
CB	.60 (.894) .00 (.00 1.50)	5.64 (5.767) 4.00 (.25 10.00)	7.62 (6.478) 6.00 (2.00 12.00)	a<b: 47.50 ; .036 a<c: 16.50; .004 b-c: Ns
Dieta	.80 (.837) 1.00 (.00 1.50)	3.93 (4.824) 2.00 (.00 6.00)	5.10 (4.554) 5.00 (1.00 7.00)	a-b: Ns a<c: 24.50; .016 b-c: Ns
PAO	62.80 (13.442) 69.00 (48.50 74.00)	82.59 (17.499) 84.00 (69.00 98.00)	86.79 (15.442) 87.00 (76.00 98.50)	a<b: 37.00 ; .013 a<c: 15.50; .003 b-c: Ns
IIC	2.00 (1.000) 2.00 (1.00 3.00)	2.50 (1.000) 2.00 (2.00 3.00)	2.90 (.817) 3.00 (2.00 4.00)	a-b: Ns a-c: Ns b<c: 461.00; .032

Analisando a tabela 12, verificamos que relativamente às variáveis relacionadas com a patologia alimentar as pontuações médias no total do TAA e Dieta distinguem-se significativamente com pontuações médias inferiores no grupo saudável (a) comparativamente com o grupo obeso (c). Na variável CB o grupo saudável (a) distingue-se significativamente com pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos Excesso de gordura (b) e Obesidade (c), respectivamente.

Relativamente à variável do Perfeccionismo Auto-orientado o grupo o grupo saudável (a) distingue-se significativamente com os grupos Excesso de gordura (b) e Obesidade (c) registando pontuações médias inferiores no grupo saudável comparativamente com os restantes grupos.

Quanto à variável de IIC apenas distinguiram-se significativamente o grupo com excesso de gordura (b) com pontuações médias inferiores comparativamente ao grupo obesidade (c).

Evolução dos parâmetros da composição corporal e psicológicos ao longo do tempo (1ª consulta, 3 meses e seis meses)

Neste tópico começamos por apresentar as pontuações médias e medianas de N° de Kg perdidos desde a 1ª consulta, % Perda de peso desde a 1ª consulta e % Massa Gorda perdida desde a 1ª consulta passado três (T3; Tabela 13) e passado seis (T6; Tabela 14) meses da primeira consulta.

Tabela 13: Medidas descritivas das variáveis relativas à evolução dos parâmetros da composição corporal aos 3 meses (T3)- (N=58)

Variáveis	Média (desvio padrão) Mediana (P 25 P75)	Varição Mín-Max
Nº de Kg perdidos desde a 1ª consulta	5.46 (3.049) 5.65 (3.15 7.13)	-.40 – 14.20
% Perda de peso desde a 1ª consulta	7.18 (3.860) 6.74 (4.19 10.04)	-.56 – 16.10
% Massa Gorda perdida desde a 1ª consulta	3.17 (1.974) 3.00 (1.80 4.13)	-1.80 – 9.20

Tabela 14: Medidas descritivas das variáveis relativas à evolução dos parâmetros da composição corporal aos 6 meses (T6)- (N=18)

Variáveis	Média (desvio padrão) Mediana (P 25 P75)	Varição Mín-Max
Nº de Kg perdidos desde a 1ª consulta	10.97 (3.739) 10.90 (8.68 13.45)	4.20 – 18.40
% Perda de peso desde a 1ª consulta	13.49 (3.967) 14.11 (12.52 15.75)	5.62 – 20.86
% Massa Gorda perdida desde a 1ª consulta	6.58 (2.572) 6.55 (4.70 9.03)	2.00 – 10.10

Nas tabelas 15 e 16 apresentamos os resultados do teste de comparação de pontuações médias/medianas (teste de Wilcoxon para medidas repetidas) nas variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas ao longo do tempo.

Tabela 15: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal – 1ª consulta vs. 3 meses vs. 6 meses (Teste Wilcoxon, Medidas Repetidas)

Variáveis	1ª Consulta (1) N=78	3 Meses (3) N=58	6 Meses (6) N=18	Teste Wilcoxon
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	Z; p
Peso	79.82 (12.480) 75.15 (68.98 87.75)	71.35 (12.259) 67.90 (62.78 77.65)	70.94 (15.202) 69.15 (59.70 74.30)	1>3: -6.61; <.001 1>6: -3.72; <.001 3>6: -3.72; <.001
IMC	29.70 (4.249) 28.75 (26.39 31.10)	27.01 (3.746) 26.02 (24.16 28.98)	26.62 (4.600) 25.69 (24.18 27.66)	1>3: -6.61; <.001 1>6: -3.72; <.001 3>6: -3.72; <.001
% Massa gorda	37.28 (5.139) 36.80 (33.48 40.93)	33.40 (5.527) 32.10 (28.98 38.05)	32.04 (5.843) 30.90 (27.13 35.88)	1>3: -6.50; <.001 1>6: -3.72; <.001 3>6: -3.73; <.001
Perímetro_cintura	92.26 (10.123) 90.00 (85.00 97.25)	84.95 (8.807) 83.00 (79.00 89.25)	82.72 (8.101) 81.00 (77.75 86.25)	1>3: -6.50; <.001 1>6: -3.73; <.001 3>6: -3.66; <.001
Perímetro_anca	111.37 (7.733) 110.00 (106.00 115.25)	106.38 (6.750) 105.00 (103.00 110.00)	104.53 (7.531) 102.50 (100.38 105.75)	1>3: -6.35; <.001 1>6: -3.73; <.001 3>6: -3.54; <.001
Índice_PCA	.83 (.064) 0.82 (.78 .88)	.80 (.068) .79 (.75 .85)	.79 (.074) .80 (.73 .83)	1>3: -6.23; <.001 1>6: -3.72; <.001 3>6: -2.42; .016

Legenda: IMC, Índice de Massa Corporal; Índice_PCA, Índice do Perímetro cintura/anca.

Tabela 16: Comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas – 1ª consulta vs. 3 meses vs. 6 meses (Teste Wilcoxon, Medidas Repetidas)

Variáveis	1ª Consulta (1) N=78	3 Meses (3) N=58	6 Meses (6) N=18	Teste Wilcoxon
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	Z; p
TAA_Total	11.14 (10.496) 9.50 (2.00 18.50)	12.30 (10.100) 8.00 (5.00 21.00)	19.06 (10.882) 15.00 (11.00 25.75)	1<3: -3.88; <.001 1-6: Ns 3-6: Ns
CB	6.05 (6.069) 4.00 (1.00 10.00)	4.81 (5.203) 3.00 (.00 8.50)	6.61 (5.489) 4.50 (3.00 9.00)	1-3: Ns 1<6: -2.52; .012 3<6: -2.16; .031
Dieta	4.17 (4.655) 2.00 (1.00 6.00)	7.24 (5.580) 5.50 (3.00 11.25)	12.11 (6.379) 11.00 (7.00 17.00)	1<3: -5.10; <.001 1<6: -3.07; .002 3-6: Ns
PSC	.15 (.666) .00 (.00 .00)	.21 (.932) .00 (.00 .00)	.33 (.970) .00 (.00 .00)	1-3: Ns 1-6: Ns 3-6: Ns
ESP	30.78 (5.462) 30.00 (26.00 35.25)	26.84 (5.012) 26.00 (22.00 30.25)	25.94 (3.686) 25.00 (24.00 29.25)	1>3: -4.25; <.001 1>6: -3.18; <.001 3-6: Ns
AN_POMS	60.53 (20.962) 54.50 (45.00 75.25)	50.09 (14.324) 45.50 (38.00 61.25)	46.39 (13.634) 43.50 (35.75 53.25)	1>3: -3.82; <.001 1>6: -3.73; <.001 3>6: -3.24; <.001
AP_POMS	28.09 (5.784) 28.00 (25.00 32.00)	32.33 (5.121) 33.00 (29.00 35.25)	33.89 (3.909) 33.50 (31.00 37.25)	1<3: -4.75; <.001 1<6: -2.70; .007 3-6: Ns
PAO_EMP	82.88 (17.294) 83.00 (72.00 98.00)	85.90 (17.086) 86.00 (72.00 99.25)	94.39 (13.483) 97.50 (86.25 107.25)	1<3: -3.88; <.001 1-6: Ns 3-6: Ns
PSP_EMP	44.81 (13.406) 44.50 (36.25 53.50)	41.59 (12.197) 40.00 (33.00 49.25)	42.50 (7.748) 41.50 (38.00 44.75)	1-3: Ns 1-6: Ns 3-6: Ns
PE_EQS	36.64 (7.299) 37.00 (31.75 42.25)	37.60 (6.193) 38.00 (33.75 43.00)	39.11 (5.028) 40.00 (35.00 43.00)	1-3: Ns 1-6: Ns 3-6: Ns
Ordem_EQP	21.06 (3.729) 22.00 (19.00 24.00)	21.48 (3.638) 23.00 (19.00 24.00)	22.44 (3.959) 24.00 (21.25 25.00)	1-3: Ns 1-6: Ns 3-6: Ns
Disc_EQP	47.08 (15.521) 47.50 (35.25 56.25)	41.72 (12.996) 42.00 (31.00 52.00)	39.17 (14.861) 38.50 (28.00 46.00)	1>3: -2.25; .024 1-6: Ns 3-6: Ns
AE	29.42 (5.095) 29.50 (26.75 33.00)	32.10 (3.707) 32.00 (30.00 35.00)	33.56 (3.944) 34.00 (30.00 37.00)	1<3: -3.90; <.001 1<6: -2.91; .004 3<6: -2.91; .004
IIC	2.62 (.957) 3.00 (2.00 3.00)	2.00 (1.185) 2.00 (1.00 3.00)	1.67 (1.029) 1.00 (1.00 2.25)	1>2: -4.83; <.001 1>6: -3.84; <.001 3>6: -3.49; <.001

Legenda: TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Analisando a tabela 15 verificamos que, entre todos os três momentos de avaliação houve diminuição significativa nas pontuações médias de todas as variáveis da composição corporal: Peso, IMC, % Massa gorda, Perímetro da cintura, Perímetro da anca e Índice_PCA.

Quanto às variáveis psicológicas (tabela 16) também houve diferenças significativas em todos os momentos de avaliação nas pontuações médias de Afecto Negativo (AN), Auto-estima e Insatisfação com Imagem Corporal, as quais diminuíram ao longo do tempo.

Também diminuiu significativamente ao longo do tempo, mas não num padrão tão consistente, a Percepção de Stresse (apenas não se distinguiram as pontuações do T3 vs. T6). O contrário foi observado para o Afecto Positivo (AP), que apenas não aumentou significativamente entre o T3 e o T6.

Quanto às variáveis relacionadas com a patologia alimentar, verifica-se que as pontuações médias no total do TAA aumentaram significativamente da primeira consulta (T1) para a avaliação dos três meses (T3); os Comportamentos bulímicos aumentaram significativamente do T1 para o T6 e do T3 para o T6, enquanto a dieta só não aumentou do T3 para o T6. A Pressão Social para Comer não teve alterações ao longo do tempo.

Não houve diferenças significativas ao longo do tempo nas variáveis de Perfeccionismo, com a excepção da dimensão Discrepância da EQP, cuja pontuação média diminuiu entre a primeira consulta e o T3.

Comparação de médias das variáveis psicológicas por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta e Percentagem massa gorda perdida desde a 1ª consulta

Para estas duas variáveis contínuas formámos três grupos de modo a torna-las categoriais, com três categorias/grupos. Para isso baseámo-nos nas pontuações médias e desvios padrões (DP) apresentados respectivamente nas tabelas 13 e 14, tais que: baixo (M-1DP), elevado (M+1DP) e médio (M±1DP).

Grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta

Tendo em conta as pontuações medianas nas variáveis psicológicas avaliadas na primeira consulta (T1) por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta [baixo (M-1DP)=10/17.2%, elevado (M+1DP)=9; 15.5%; médio (M±1DP)=39/67.2%] apenas apresentou diferenças significativas a pontuação mediana de Ordem do EQS (teste de Kruskal-Wallis) ($X^2=7.094$; $p=.029$). O teste U de Mann Whitney (tabela 17) mostrou que o grupo com baixa % de perda de peso (E) distinguiu-se significativamente com pontuações médias de ordem inferiores comparativamente com os grupos com uma % de perda de peso média (M) e elevada percentagem de perda de peso (B), respectivamente.

Tabela 17: Comparação das pontuações médias/medianas de *Ordem* (T1) por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Baixo (B) n= 10	Médio (M) n= 39	Elevado (E) n= 9	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
Ordem	18.60 (4.248) 19.00 (15.50 22.25)	21.74 (3.33) 22.00 (19.00 24.00)	23.00 (2.739) 24.00 (22.00 25.00)	B<M: U=106.50; p=.026 B<E: U=15.000; p=.013 M-E: Ns

Já tendo em conta as pontuações medianas nas variáveis psicológicas avaliadas aos 3 meses (T3), a tabela 18 mostra que se distinguiram significativamente as seguintes: Afecto positivo, Ordem, Discrepância e Auto-estima. Para estas analisámos entre que grupos se verificavam diferenças significativas (tabela 19).

Tabela 18: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de perda de peso desde a 1ª consulta - teste de *Kruskal-Wallis*

	Classificação segundo a percentagem de perda de peso	
	X ²	p
TAA_Total	.090	.956 ^{NS}
CB	2.556	.279 ^{NS}
Dieta	.199	.905 ^{NS}
PSC	2.054	.358 ^{NS}
ESP	4.009	.135 ^{NS}
AN_POMS	5.638	.060 ^{NS}
AP_POMS	16.816	.000
PAO_EMP	2.174	.337 ^{NS}
PSP_EMP	4.928	.085 ^{NS}
PE_EQS	3.300	.192 ^{NS}
Ordem_EQP	6.640	.036
Disc_EQP	10.032	.007
AE	8.833	.012
IIC	3.253	.197 ^{NS}

**p<.001

Legenda: TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Tabela 19: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de perda de peso perdido desde a 1ª consulta - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Baixo (B) n= 10	Médio (M) n= 39	Elevado (E) n= 9	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
Afecto positivo	27.10 (4.581) 27.00 (24.25 31.00)	32.62 (4.234) 33.00 (29.00 34.00)	36.89 (4.485) 38.00 (35.50 38.50)	B<M: U= 72.00; p=.002 B<E: U= 5.50; p=.001 M<E: U=78.00 ; p=.009
Ordem	18.10 (4.677) 16.50 (14.00 23.25)	22.10 (2.873) 23.00 (19.00 24.00)	22.56 (3.609) 24.00 (21.00 24.50)	B<M: U=103.00 ; p= .022 B-E: Ns M-E: Ns
Discrepância	52.60 (8.720) 52.00 (47.75 57.25)	40.26 (12.965) 39.00 (31.00 49.00)	36.00 (11.147) 33.00 (26.00 47.00)	B>M: U= 81.00; p= .004 B>E: U= 10.00; p=.003 M-E: Ns
Auto-estima	28.90 (3.315) 28.00 (26.50 31.50)	32.62 (3.184) 32.00 (31.00 35.00)	33.44 (4.613) 34.00 (30.50 36.50)	B<M: U=82.00 ; p=.004 B<E: U=19.00 ; p= .035 M-E: Ns

Analisando a tabela 19 podemos verificar que para a variável afecto positivo os grupos baixo, médio e elevado distinguem-se significativamente entre si, sendo que, quanto maior a % de perda de peso, maior o afecto positivo.

Para a variável Ordem apenas se distinguiram significativamente o grupo baixo e médio sendo que, o grupo baixo apresenta pontuações médias inferiores comparativamente com o grupo médio.

Para as variáveis Discrepância e Auto-estima apenas se distinguiram significativamente o grupo baixo com pontuações médias inferiores comparativamente com o grupo médio e elevado.

Grupos de Percentagem massa gorda perdida desde a 1ª consulta

Considerando as pontuações medianas avaliadas na primeira consulta (T1), as variáveis psicológicas que se distinguiram por grupos de Percentagem massa gorda perdida desde a 1ª consulta [baixo (M-1DP)=5/8.6%, elevado (M+1DP)=7; 12.1%; médio (M±1DP)= 46/79.3%] foram a Ordem ($X^2=8.194$; $p=.017$) e a AE ($X^2=7.178$; $p=.028$). A tabela 20 mostra entre que grupos se localizaram as diferenças (teste *U de Mann-Whitney*).

Tabela 20: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T1) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Baixo (B) n= 5	Médio (M) n= 46	Elevado (E) n= 7	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
Ordem	16.20 (4.087) 17.00 (12.50 19.50)	21.78 (3.339) 22.00 (19.75 24.00)	22.57 (2.225) 24.00 (22.00 24.00)	B<M: U=30.50 ; p=.005 B<E: U=2.00 ; p=.010 M-E: Ns
Auto-estima	26.40 (2.702) 26.00 (24.50 28.50)	30.72 (4.549) 30.00 (28.00 34.00)	32.14 (2.795) 31.00 (30.00 33.00)	B<M: U=39.50 ; p=.013 B<E: U=3.00 ; p=.018 M-E: Ns

Analisando a tabela 20 verificamos que para as variáveis Ordem e Auto-estima apenas se distinguiram o grupo de baixa % MG com pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos de média e elevada % MG, respectivamente.

Analisando agora as pontuações medianas avaliadas passados 3 meses desde o início da intervenção (T3), as variáveis psicológicas que se distinguiram por grupos de Percentagem massa gorda perdida desde a 1ª consulta foram as seguintes: Percepção de stresse, Afecto Positivo, PSP, Ordem e Discrepância (tabela21). Na tabela 22 podemos verificar quais os grupos que se distinguiram significativamente, segundo o teste U de Mann-Whitney.

Tabela 21: Comparação das pontuações medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de *Kruskal-Wallis*

	Classificação segundo a percentagem de Massa Gorda	
	X ²	p
TAA_Total	.382	.826 ^{NS}
CB	2.295	.318 ^{NS}
Dieta	.047	.977 ^{NS}
PSC	1.100	.577 ^{NS}
ESP	7.609	.022
AN_POMS	5.731	.057 ^{NS}
AP_POMS	16.573	.000
PAO_EMP	3.819	.148 ^{NS}
PSP_EMP	10.065	.007
PE_EQS	4.638	.098 ^{NS}
Ordem_EQP	6.835	.033
Disc_EQP	6.966	.031
AE	14.179	.001
IIC	4.413	.110 ^{NS}

**p<.001

Legenda: TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima; IIC, Insatisfação com a Imagem Corporal.

Tabela 22: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis psicológicas (T3) por grupos de Percentagem de massa gorda perdida desde a 1ª consulta - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Baixo (B) n= 5	Médio (M) n= 46	Elevado (E) n= 7	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
Percepção de stresse	30.60 (3.362) 33.00 (27.00 33.00)	27.04 (5.081) 26.50 (22.75 30.25)	22.86 (2.610) 22.00 (21.00 26.00)	B-M: Ns B>E: U=1.00 ; p=.005 M>E: U=82.00; p= .037
Afecto positivo	25.00 (3.464) 27.00 (22.00 27.00)	32.46 (4.760) 32.50 (29.00 34.25)	36.71 (1.976) 36.00 (35.00 39.00)	B<M: U=17.00 ; p=.001 B<E: U=.00 ; p=.003 M<E: U=60.00; p=.006
PSP	47.60 (15.176) 48.00 (35.00 60.00)	42.72 (11.703) 41.00 (36.50 50.00)	29.86 (5.669) 31.00 (25.00 33.00)	B-M: Ns B>E: U=2.50 ; p=.010 M>E: U=44.50; p=.001
Ordem	15.80 (4.604) 14.00 (13.50 19.00)	21.91 (3.182) 23.00 (19.00 24.00)	22.71 (2.360) 24.00 (21.00 25.00)	B<M: U=38.00 ; p=.012 B<E: U=4.00 ; p=.030 M-E: Ns
Discrepância	54.80 (9.311) 52.00 (49.50 61.50)	41.35 (12.508) 39.50 (31.75 49.75)	34.86 (13.222) 31.00 (23.00 51.00)	B>M: U=44.00 ; p=.022 B>E: U=2.00 ; p=.010 M-E: Ns
Auto-estima	26.40 (1.342) 27.00 (25.00 27.50)	32.28 (3.351) 32.00 (30.00 35.00)	35.00 (2.828) 34.00 (33.00 38.00)	B<M: U=13.00 ; p=.000 B<E: U=.00 ; p=.003 M-E: Ns

Analisando a tabela 22 podemos verificar que a variável de Percepção de stresse e a variável do Perfeccionismo PSP avaliados ao 3º mês apenas se distinguiram significativamente o grupo de baixa %MG perdida (E) com pontuações médias superiores comparativamente com o grupo de elevada %MG perdida (B) e o grupo de média %MG perdida (M) também com pontuações médias superiores comparativamente com o grupo de elevada %MG perdida (B).

Relativamente ao parâmetro Afecto positivo distinguem os três grupos entre si, sendo que quanto maior a % de MG perdida maior o afecto positivo.

Quanto aos parâmetros do perfeccionismo Ordem e Discrepância apenas se distinguem significativamente o grupo de Baixa %MG perdida comparativamente com os grupos de Média e Elevada %MG perdida, respectivamente. Para a variável Ordem o grupo baixo apresenta pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos média e elevada % MG perdida, já para a variável Discrepância o grupo baixo apresenta pontuações médias superiores comparativamente com os grupos média e elevada %MG perdida.

Analisando a variável Auto-estima verifica-se que os grupos que se distinguem significativamente são os grupos baixo (B) com pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos Médio (M) e Elevado (E) respectivamente.

Comparação de medianas em variáveis da composição corporal por grupos de níveis de variáveis psicológicas

Também para todas as variáveis psicológicas (contínuas) formamos três grupos de modo a torna-las categoriais, com três categorias/grupos. Mais uma vez baseámo-nos nas pontuações médias e desvios padrões (DP) apresentados nas tabelas 5 (psicológicas): baixo (M-1DP), elevado (M+1DP) e médio (M±1DP).

Analisámos as pontuações de IMC e % Massa gorda no T1 (%MG_T1) e as pontuações de IMC e % Massa gorda (%MG_T3) e de % Perda de peso desde a 1ª consulta (%PP_T3) e % Perda de Massa Gorda (%PMG_T3) desde a 1ª consulta no T3, separadamente para cada variável psicológica.

TAA_Total

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos de TAA_Total distinguem-se significativamente quanto às pontuações medianas de IMC_T1 ($X^2=7.685$; $p=.021$), %MG_T1 ($X^2=6.197$; $p=.045$) e IMC_T3 ($X^2=7.500$; $p=.024$). Na tabela 23 apresentamos os resultados do teste U de Mann Whitney realizado para identificar quais os grupos que se distinguem significativamente.

Tabela 23: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de TAA_Total - teste de U de Mann-Whitney

Variáveis	TAA_Total			
	Baixo (B)	Médio (M)	Elevado (E)	Teste U de Mann-Whitney
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
T1				
	n=10 (12.8%)	n=53 (67.9%)	n=15 (19.2%)	
IMC	27.15 (3.303) 25.815 (25.39 27.63)	28.85 (2.717) 28.63 (26.35 30.52)	31.67 (5.580) 30.33 (27.95 33.49)	B<M: U=129.50 ; p=.011 B<E: U=30.50 ; p=.012 M-E: Ns
% Massa gorda	34.69 (4.216) 33.95 (32.43 35.15)	36.36 (5.017) 36.20 (33.20 40.90)	38.95 (6.454) 37.90 (32.50 45.60)	B-M: Ns B<E: U=37.50 ; p=.036 M-E: Ns
T3				
	n=10 (17.2%)	n=37 (63.8%)	n=11 (19.0%)	
IMC	24.96 (3.523) 23.65 (22.80 25.83)	26.89 (2.584) 26.83 (24.71 29.01)	29.25 (5.914) 26.86 (25.60 31.93)	B<M: U=92.00 ; p=.014 B<E: U=20.00 ; p=.013 M-E: Ns

Assim sendo, analisando a tabela 23 verificamos que para as variáveis IMC avaliada na primeira consulta e e IMC avaliada ao 3º mês apenas os grupos de TAA baixo (B) distinguem-se significativamente e com pontuações inferiores comparativamente com os grupos Médio (M) e Elevado (E) respectivamente. Já a variável %MG avaliada na 1ª consulta apenas o grupo de TAA baixo (B) distingue-se significativamente e com pontuação média inferior comparativamente com o grupo TAA elevado (E).

Stresse Percebido

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos de Stresse Percebido não se distinguiram significativamente quanto às pontuações medianas das variáveis da composição corporal.

Afecto Negativo

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos de Afecto Negativo distinguiram-se significativamente quanto às pontuações medianas de IMC_T1 ($X^2=9.148$; $p=.010$), %MG_T1 ($X^2=9.589$; $p=.008$), IMC_T3 ($X^2=9.015$; $p=.011$) e %MG_T3 ($X^2=8.714$; $p=.013$). Na tabela 24 apresentamos os resultados do teste U de Mann Whitney realizado para identificar quais os grupos que se distinguiram significativamente.

Tabela 24: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de Afecto Negativo - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Afecto Negativo			Teste <i>U de Mann-Whitney</i> U; p
	Baixo (B)	Médio (M)	Elevado (E)	
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	
T1				
	n=15 (19.2%)	n=49 (62.8%)	n=14 (17.9%)	
IMC	27.35 (2.833) 25.78 (25.37 29.13)	29.98 (3.713) 29.38 (28.04 31.25)	28.34 (4.175) 27.14 (26.00 28.20)	B<M: U=186.50; p=.004 B-E: Ns M-E: Ns
% Massa gorda	34.53 (4.771) 33.05 (31.00 36.65)	37.82 (5.142) 36.90 (34.30 41.30)	34.88 (5.578) 33.50 (31.95 34.60)	B<M: U=191.50; p=.005 B-E: Ns M-E: Ns
T3				
	n=14 (24.1%)	n=35 (60.3%)	n=9 (15.5%)	
IMC	25.10 (2.825) 24.16 (22.83 26.76)	27.94 (3.766) 27.24 (25.60 29.98)	26.36 (4.016) 25.60 (23.94 26.46)	B<M: U=122.00; p=.006 B-E: Ns M-E: Ns
% Massa gorda	30.80 (5.156) 29.00 (27.38 34.48)	34.91 (5.300) 34.90 (30.90 39.50)	31.54 (5.42) 30.90 (28.35 32.35)	B<M: U=126.50; p=.009 B-E: Ns M-E: Ns

Analisando a tabela 24 verificamos que para as variáveis IMC e %MG avaliados nos 2 tempos de avaliação (T1 e T3) apenas se distinguiram significativamente os grupos de Afecto Negativo Baixo (B) e com pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos de Afecto Negativo Médio (M).

Afecto Positivo

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos de Afecto Positivo distinguiram-se significativamente quanto às pontuações medianas de IMC_T1 ($X^2=10.621$; $p=.005$), %MG_T1 ($X^2=12.029$; $p=.002$), IMC_T3 ($X^2=14.834$; $p=.001$) e %MG_T3 ($X^2=14.241$; $p=.001$). Na tabela 25 apresentamos os resultados do teste U de Mann Whitney realizado para identificar quais os grupos que se distinguiram significativamente.

Tabela 25: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (T1 e T3) por grupos de Afecto Positivo - teste de *U de Mann-Whitney*

Variáveis	Afecto Positivo			
	Baixo (B)	Médio (M)	Elevado (E)	Teste <i>U de Mann-Whitney</i>
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
T1				
	n=12 (15.4%)	n=52 (66.7%)	n=14 (17.9%)	
IMC	29.13 (2.780) 29.91 (26.25 31.29)	29.02 (4.143) 28.20 (25.90 30.38)	32.71 (4.598) 31.02 (29.94 34.49)	B-M: Ns B-E: Ns M<E: U=160.00; p=.001
% Massa gorda	36.81 (4.857) 37.60 (33.88 40.95)	36.25 (4.894) 36.00 (32.83 39.60)	41.52 (4.321) 41.25 (38.50 45.38)	B-M: Ns B<E: U=41.00; p=.027 M<E: U=146.00; p=.001
T3				
	n=9 (15.5%)	n=38 (65.5%)	n=11 (19.0%)	
IMC	29.39 (2.901) 26.77 (24.87 29.90)	25.77 (2.650) 25.22 (23.70 27.39)	30.95 (4.922) 30.02 (26.88 31.93)	B-M: Ns B-E: Ns M<E: U=55.00; p=.000
% Massa gorda	33.11 (4.661) 32.10 (29.45 37.15)	31.74 (4.831) 30.35 (28.08 34.63)	39.35 (4.582) 38.50 (34.90 44.20)	B-M: Ns B<E: U=19.50; p=.020 M<E: U=54.50; p=.000

A tabela 25 permite-nos verificar que as variáveis IMC avaliados nos dois momentos de avaliação (T1 e T3) apenas se distinguiram significativamente o grupo de Afecto Positivo Médio (M) com pontuações médias inferiores comparativamente com o grupo Afecto positivo Elevado (E). Já as variáveis %MG avaliadas na 1ª consulta e ao 3º mês verifica-se que se distinguiram significativamente os grupos de Baixo (B) com pontuações médias inferiores comparativamente comparativamente com o grupo Elevado (E) e o grupo Médio (M) com pontuações médias inferiores comparativamente com o grupo Elevado (E).

Perfeccionismo

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos das variáveis psicológicas PAO, PSP, PE, Ordem e Discrepância não se distinguiram significativamente quanto às pontuações medianas das variáveis da composição corporal.

Auto-estima

O teste de Kruskal-Wallis permitiu verificar que também a variável da AE, tal como o Stresse Percebido e as variáveis do Perfeccionismo, não se distinguem significativamente quanto às pontuações medianas das variáveis da composição corporal.

Insatisfação com a Imagem Corporal

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que os grupos de Insatisfação com a Imagem Corporal distinguem-se significativamente quanto às pontuações medianas de IMC_T1 ($X^2=13.594$; $p=.001$), %MG_T1 ($X^2=15.667$; $p=.000$), IMC_T3 ($X^2=7.432$; $p=.024$) e %MG_T3 ($X^2=11.531$; $p=.003$). Na tabela 26 apresentamos os resultados do teste U de Mann Whitney realizado para identificar quais os grupos que se distinguem significativamente.

Tabela 26: Comparação das pontuações médias/medianas nas variáveis antropométricas (T1 e T3) por grupos de Insatisfação com a Imagem Corporal - teste de U de Mann-Whitney

Variáveis	Insatisfação com a Imagem Corporal			Teste U de Mann-Whitney
	Baixo (B)	Médio (M)	Elevado (E)	
	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	M (DP) Md (P25 P75)	U; p
T1				
	n=6 (7.7%)	n=61 (78.2%)	n=11 (14.1%)	
IMC	25.96 (.676) 25.94 (25.41 26.59)	29.69 (4.400) 28.76 (26.28 30.96)	31.78 (3.083) 31.30 (28.73 33.49)	B<M: U=66.50; p=.008 B<E: U=.00; p=.000 M<E: U=180.00; p=.015
% Massa gorda	30.58 (2.669) 31.00 (28.00 33.18)	37.30 (4.745) 36.90 (33.85 40.85)	40.84 (4.888) 40.90 (36.70 45.00)	B<M: U=33.00; p=.000 B<E: U=2.00; p=.001 M<E: U=198.00; p=.031
T3				
	n=6 (10.3%)	n=45 (77.6%)	n=7 (12.1%)	
IMC	24.19 (1.053) 24.12 (23.46 24.94)	27.04 (3.706) 26.83 (24.20 28.89)	29.21 (4.250) 29.65 (25.66 31.93)	B<M: U=62.00; p=.031 B<E: U=3.00; p=.008 M-E: Ns
% Massa gorda	27.35 (1.498) 26.95 (26.13 28.63)	33.64 (4.933) 34.00 (29.50 38.00)	37.04 (7.577) 38.00 (30.60 44.20)	B<M: U=26.00; p=.001 B<E: U=3.50; p=.008 M-E: Ns



Analisando a tabela 26 podemos verificar que para as variáveis IMC e %MG avaliadas na 1ª consulta (T1) verificaram-se diferenças significativas em todos os grupos de Insatisfação com a Imagem Corporal, as quais apresentavam pontuações médias superiores quanto maior a Insatisfação com a Imagem Corporal.

Relativamente às variáveis IMC e %MG avaliadas ao 3º mês (T3) apenas o grupo Baixo IIC (B) se distinguiu significativamente e com pontuações médias inferiores comparativamente com os grupos Médio IIC (M) e Elevado IIC (E), respectivamente.

2.3.3 Correlações

Tabela 27: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª Consulta (N=78)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1																					
2	.84**	1																				
3	.81**	.88**	1																			
4	.85**	.82**	.82**	1																		
5	.74**	.78**	.82**	.88**	1																	
6	.79**	.80**	.81**	.86**	.82**	1																
7	.84**	.75**	.72**	.73**	.68**	.62**	1															
8	.34**	.42**	.45**	.48**	.48**	.77**	Ns	1														
9	.35**	.40**	.50**	.50**	.53**	.75**	Ns	.91**	1													
10	.24*	.31**	Ns	.32**	.30**	.28*	Ns	Ns	Ns	1												
11	Ns	.27*	Ns	.29**	.28*	.25*	Ns	Ns	Ns	.95**	1											
12	.25*	.32**	Ns	.29**	.28*	.26*	.24*	Ns	Ns	.80**	.60**	1										
13	Ns	.25*	Ns	.24*	Ns	Ns	1															
14	Ns	.23*	Ns	Ns	1																	
15	Ns	.44**	.47**	Ns	.29*	.70**	1															
16	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.27*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.28*	Ns	-.37**	-.23*	1						
17	Ns	.39**	.33**	.29**	Ns	Ns	.28*	Ns	1													
18	Ns	.44**	.42**	.28*	Ns	.40**	.67**	Ns	.40**	1												
19	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.66**	Ns	1												
20	Ns	-.33**	-.35**	-.25*	Ns	-.34**	-.26*	Ns	.37**	Ns	.61**	1										
21	Ns	-.22*	.35**	.32**	.24*	Ns	.43**	.62**	-.35**	.25*	.72**	Ns	Ns	1								
22	Ns	.23*	Ns	Ns	Ns	Ns	-.54**	-.56**	.45**	Ns	-.50**	Ns	.44**	-.61**	1							
23	.29**	.32**	.22**	.32**	.29*	Ns	.30**	Ns	Ns	.45**	.49**	.25**	Ns	Ns	.29**	Ns	.29**	.31**	Ns	Ns	Ns	Ns

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

Legenda: 1, Peso; 2, IMC; 3, Classificação do IMC; 4, % Massa Gorda; 5, Classificação da Massa Gorda; 6, Perímetro da cintura; 7, Perímetro da anca; 8, Índice cintura/anca; 9, Risco metabólico; 10, Teste de Atitudes Alimentares Total; 11, Comportamentos bulímicos; 12, Dieta; 13, Pressão social para comer; 14, Escala de Stresse Percebido; 15, Afecto Negativo da Escala Profile of Mood States; 16, Afecto positivo da Escala Profile of Mood States; 17, Perfeccionismo Auto-orientado da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 18, Perfeccionismo Socialmente Prescrito da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 19, Padrões Elevados da Escala Quase Perfeita; 20, Ordem da Escala Quase Perfeita; 21, Discrepância da Escala Quase Perfeita; 22, Autoestima; 23, Insatisfação com a Imagem Corporal.



Começando por analisar as correlações entre as variáveis avaliadas na primeira consulta (T1; Tabela 27), verifica-se que, de um modo geral, as correlações entre as variáveis da composição corporal foram, como seria de esperar, de moderadas a elevadas.

Quanto às variáveis relacionadas com a patologia alimentar, o TAA correlacionou-se significativamente com Peso, IMC, %MG, Classificação da %MG, Perímetro da cintura, AN, PAO, PSP, Ordem, Discrepância e IIC; os Comportamentos Bulímicos com os mesmos parâmetros excepto com o Peso e ainda com Stresse Percebido; e a Dieta com as mesmas variáveis da composição corporal que os anteriores e ainda com o Perímetro da cintura e com as mesmas variáveis psicológicas excepto o stresse percebido e AN e ainda com o AP. Os coeficientes de correlação foram, de um modo geral, de magnitude moderada. A PSC só se relacionou significativamente com o Índice cintura/anca e com o AN, e com baixa magnitude.

Nesta primeira avaliação, a Auto-estima estava relacionada significativamente e com magnitude moderada com o Risco Metabólico e com magnitude elevada com o Stresse Percebido, AN e AP.

Já a Insatisfação com a Imagem Corporal apresentou coeficientes de correlação de Spearman significativos mas de magnitude baixa a moderada com grande parte das variáveis da composição corporal, excepto com o Perímetro da cintura, Índice perímetro cintura/anca e Risco Metabólico e com a variável psicológica AN, para além das variáveis da patologia alimentar anteriormente descritas.

Para além dos coeficientes significativos com variáveis do TAA, as dimensões de Perfeccionismo relacionam-se com a Percepção de Stresse (PSP, Ordem e Discrepância), o AN (PAO, PSP, Ordem e Discrepância) e o AP (Discrepância), bem como com a Auto-estima (PSP, Ordem e Discrepância) e com a Insatisfação com a Imagem Corporal (PAO e PSP). Os coeficientes de correlação foram de um modo geral de magnitude moderada.

Tabela 28: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas aos 3 meses (N=58)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	1																								
2	Ns	1																							
3	-.39**	.96**	1																						
4	.86**	-.30*	-.49**	1																					
5	.75**	Ns	-.36**	.92**	1																				
6	.85**	Ns	-.32*	.87**	.78**	1																			
7	.79**	Ns	-.33*	.87**	.80**	.92**	1																		
8	Ns	.70**	.71**	-.36**	Ns	-.34**	-.35**	1																	
9	.73**	Ns	-.31*	.80**	.75**	.79**	.82**	Ns	1																
10	.84**	Ns	-.39**	.72**	.57**	.69**	.65**	Ns	.54**	1															
11	.30*	Ns	Ns	.44**	.49**	.42**	.47**	Ns	.78**	Ns	1														
12	Ns	Ns	Ns	.38**	.43**	.37**	.44**	Ns	.70**	Ns	.93**	1													
13	Ns	Ns	Ns	.29*	.33*	.26*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1												
14	Ns	Ns	Ns	.43**	.45**	.40**	.28*	Ns	.30*	Ns	Ns	Ns	.89**	1											
15	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.95**	.74**	1										
16	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1									
17	Ns	-.28*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.30**	1								
18	Ns	-.34**	-.30*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.64**	.38**	.34**	Ns	.52**	1							
19	Ns	.63**	.57**	Ns	Ns	Ns	Ns	.50**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.30*	-.37**	1						
20	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.52**	.41**	.53**	.31*	Ns	Ns	Ns	1					
21	Ns	-.36**	-.30*	Ns	Ns	Ns	Ns	-.26*	Ns	Ns	Ns	Ns	.27**	.32*	Ns	Ns	.42**	.57**	-.34**	.40**	1				
22	Ns	.29*	.29*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.29*	.71**	Ns	1			
23	Ns	.30*	.30*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.26*	Ns	.28*	.35**	Ns	.58**	1		
24	Ns	-.39**	-.30*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.37**	.40**	.36**	Ns	.41**	.61**	-.37**	Ns	.60**	Ns	-.32*	1	
25	Ns	.40**	.34**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.38**	-.61**	.51**	Ns	-.43**	Ns	.32*	-.63**	1
26	.50**	Ns	-.32*	.64**	.62**	.64**	.54**	Ns	.47**	.42**	.28*	.26*	.44**	.56**	.39**	Ns	Ns	.55**	Ns	Ns	.30*	Ns	Ns	.30*	-.33*

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

Legenda: 1, Peso; 2, Nº de Kg perdidos desde a primeira consulta; 3, Percentagem de perda de peso desde a primeira consulta; 4, IMC; 5, Classificação do IMC; 6, % Massa Gorda; 7, Classificação da % Massa Gorda; 8, % Massa Gorda perdida desde a primeira consulta; 9, Perímetro da cintura; 10, Perímetro da anca; 11, Índice cintura/anca; 12, Risco Metabólico; 13, Teste de Atitudes Alimentares Total; 14, Comportamentos bulímicos; 15, Dieta; 16, Pressão social para comer; 17, Escala de Stresse Percebido; 18, Afecto Negativo da Escala Profile of Mood States; 19, Afecto positivo da Escala Profile of Mood States; 20, Perfeccionismo Auto-orientado da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 21, Perfeccionismo Socialmente Prescrito da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 22, Padrões Elevados da Escala Quase Perfeita; 23, Ordem da Escala Quase Perfeita; 24, Discrepância da Escala Quase Perfeita; 25, Autoestima; 26, Insatisfação com a Imagem Corporal.



Na avaliação dos três meses após a primeira consulta (T3; Tabela 28), o padrão de correlações entre variáveis antropométricas e entre variáveis psicológicas é semelhante.

Há a salientar os coeficientes de correlação significativos com as variáveis construídas através da evolução dos principais parâmetros da composição corporal ao longo dos primeiros três meses de intervenção. Assim, o N° de Kg perdidos desde a primeira consulta e a % de perda de peso desde a primeira consulta correlacionaram-se significativamente com AN, AP, PSP, PE, Ordem, Discrepância e Auto-estima; já a % de Massa Gorda perdida desde a primeira consulta só se relacionou significativamente com o AP e PSP. Todos os coeficientes foram de um modo geral de magnitude moderada.

Ao terceiro mês de intervenção, as variáveis relacionadas com a Autoestima foram o Stresse percebido, AN, AP, PSP Ordem e Discrepância; Já as variáveis relacionadas com a Insatisfação com a Imagem Corporal foram, para além das variáveis da composição corporal, o TAA, CB, Dieta, NA, PSP, Discrepância e AE. Todos os coeficientes foram de um modo geral de magnitude moderada.



Tabela 29: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas aos 6 meses (N=18)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	1																									
2	Ns	1																								
3	Ns	.84**	1																							
4	.76**	Ns	Ns	1																						
5	.76**	Ns	Ns	.91**	1																					
6	.84**	Ns	Ns	.81**	.86**	1																				
7	.73**	Ns	Ns	.81**	.84**	.90**	1																			
8	Ns	Ns	.61**	Ns	Ns	Ns	Ns	1																		
9	.78**	Ns	Ns	.77**	.82**	.87**	.87**	Ns	1																	
10	.61**	Ns	Ns	Ns	Ns	.54*	Ns	Ns	Ns	1																
11	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.50*	Ns	.73**	Ns	1															
12	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.52*	Ns	.70**	Ns	.94**	1														
13	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1													
14	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.84**	1												
15	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.91**	.62**	1											
16	Ns	-.57*	-.49*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1										
17	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1									
18	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1								
19	Ns	.51*	.59**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1							
20	Ns	Ns	Ns	-.54*	-.68**	-.53*	Ns	Ns	-.48*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1						
21	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.63**	-.51*	Ns	-.49*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.54*	.52*	1				
22	Ns	.53*	.51*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.52*	Ns	-.71**	Ns	Ns	Ns	1			
23	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.71**	-.66**	Ns	Ns	Ns	.52*	1		
24	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.48*	-.50*	Ns	-.55*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.77**	Ns	Ns	Ns	Ns	-.48*	1	
25	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.81**	Ns	Ns	Ns	.64**	.69**	-.72**	1
26	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.48*

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

Legenda: 1, Peso; 2, Nº de Kg perdidos desde a primeira consulta; 3, Percentagem de perda de peso desde a primeira consulta; 4, IMC; 5, Classificação do IMC; 6, % Massa Gorda; 7, Classificação da % Massa Gorda; 8, % Massa Gorda perdida desde a primeira consulta; 9, Perímetro da cintura; 10, Perímetro da anca; 11, Índice cintura/anca; 12, Risco Metabólico; 13, Teste de Atitudes Alimentares Total; 14, Comportamentos bulímicos; 15, Dieta; 16, Pressão social para comer; 17, Escala de Stresse Percebido; 18, Afecto Negativo da Escala Profile of Mood States; 19, Afecto positivo da Escala Profile of Mood States; 20, Perfeccionismo Auto-orientado da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 21, Perfeccionismo Socialmente Prescrito da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 22, Padrões Elevados da Escala Quase Perfeita; 23, Ordem da Escala Quase Perfeita; 24, Discrepância da Escala Quase Perfeita; 25, Autoestima; 26, Insatisfação com a Imagem Corporal.



No momento de avaliação correspondente ao sexto mês após a primeira consulta/início da intervenção (T6; Tabela 29) são em muito menor número os coeficientes significativos. Assim, para além das correlações significativas e de magnitude moderada a elevada entre as variáveis antropométricas, há a salientar que as variáveis de evolução “nº de Kg perdidos” e “% de perda de peso” apenas se correlacionaram significativamente com PSC, AP e PE; já a variável %MG perdida desde a 1ª consulta não apresenta nenhuma correlação significativa.

A IIC apenas se correlacionou significativamente com a AE; e esta também se correlacionou significativamente com o AN, PE, Ordem e Discrepância.

Quanto às variáveis de perfeccionismo, algumas dimensões continuam a correlacionar-se significativamente com algumas variáveis antropométricas e psicológicas. Especificamente, o PAO com IMC, Classificação do IMC, %MG e Perímetro da cintura; o PSP com com %MG, Classificação %MG, Perímetro da cintura e AP; os PE com nº de Kg perdidos, % perda de peso, PSC, NA e AE; a Ordem com Stresse percebido, NA e AE e a Discrepância com %MG, Classificação %MG, Perímetro da cintura e AN. Todos os coeficientes foram de um modo geral de magnitude moderada.

Tabela 30: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 3 meses

		1ª Consulta								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
3 Meses	Peso	.94**	.82**	.79**	.82**	.74**	.73**	.81**	.31*	.29*
	Nº Kg perdidos	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	% Perda de peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	IMC	.78**	.92**	.77**	.79**	.74**	.75**	.66**	.42**	.35**
	Classificação IMC	.72**	.89**	.72**	.74**	.69**	.74**	.56**	.47**	.41**
	% MG	.82**	.86**	.79**	.92**	.82**	.78**	.68**	.44**	.42**
	Classificação %MG	.75**	.84**	.81**	.85**	.80**	.79**	.64**	.49**	.48**
	% MG perdida	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Perímetro_cintura	.70**	.77**	.75**	.75**	.78**	.91**	.49**	.75**	.70**
	Perímetro_anca	.78**	.68**	.63**	.65**	.62**	.48**	.90**	Ns	Ns
	Índice cintura/anca	.32*	.44**	.43**	.43**	.50**	.73**	Ns	.94**	.87**
	Risco Metabólico	Ns	.35**	.38**	.37**	.42**	.63**	Ns	.88**	.85**
	TAA_Total	Ns	.30*	Ns						
	CB	Ns	.44**	Ns	.32*	.33*	.28*	Ns	Ns	Ns
	Dieta	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	PSC	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	ESP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	NA	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	AP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.26*	Ns	Ns
	PAO	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
PSP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
PE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
Ordem	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
Discrepância	Ns	Ns	-.30*	Ns	Ns	-.27*	Ns	Ns	-.31*	
AE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.27*	Ns	Ns	
IIC	.45**	.60**	.39**	.54**	.48**	.46**	.43**	.28*	Ns	

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

Legenda: 1, Peso; 2, IMC; 3, Classificação do IMC; 4, % Massa Gorda; 5, Classificação da %MG; 6, Perímetro da cintura; 7, Perímetro da anca; 8, Índice cintura/anca; 9, Risco Metabólico.



Analizando a tabela 30 podemos verificar as correlações entre as variáveis da composição corporal na primeira consulta com as variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas avaliadas ao 3º mês.

Verifica-se que as variáveis da composição corporal na 1ª consulta comparativamente às variáveis da composição corporal ao 3º mês mantêm o mesmo padrão de correlações sendo que não se verifica nenhuma correlação significativa com as variáveis de evolução da composição corporal ao 3º mês comparativamente com as variáveis da composição corporal da 1ª consulta.

Relativamente às variáveis relacionadas com a patologia alimentar avaliadas ao 3º mês apenas se verificam correlações significativas com o TAA (com o IMC) e o CB (com o IMC, %MG, Classificação da %MG e Perímetro da cintura), e de magnitude moderada.

Relativamente às variáveis do perfeccionismo avaliadas ao 3º mês, apenas a Discrepância se correlaciona significativamente com alguns parâmetros da composição corporal, com magnitude moderada, nomeadamente com a Classificação do IMC, Perímetro da cintura e Risco metabólico.

Verifica-se também que a AE avaliada ao 3º mês apenas se correlaciona com o Perímetro da anca, já a IIC relaciona-se com quase todos os parâmetros da composição corporal avaliados na 1ª consulta e, de uma forma geral, com magnitude moderada.

Tabela 31: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 3 meses

		1ª consulta														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
3 meses	Peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.29*	
	Nº Kg perdidos	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.31*	Ns	.31*	Ns	
	% Perda de peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.32*	Ns	Ns	Ns	
	IMC	.34**	.30*	.35**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.33*
	Classificação IMC	.37**	.32*	.35**	Ns	Ns	.27*	.27*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.28*
	% MG	.30*	.28*	.27*	Ns	Ns	Ns	.26*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.35**
	Classificação %MG	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.28*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	% MG perdida	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Perímetro_cintura	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.35**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Perímetro_anca	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.27*
	Índice cintura/anca	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.26*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Risco Metabólico	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	TAA_Total	.84**	.82**	.70**	Ns	Ns	.39**	Ns	.56**	.44**	Ns	-.27*	.32*	Ns	Ns	.51**
	CB	.84**	.84**	.69**	Ns	Ns	.42**	Ns	.50**	.47**	Ns	Ns	.30*	Ns	Ns	.55**
	Dieta	.73**	.71**	.62**	Ns	Ns	.39**	Ns	.56**	.41**	Ns	Ns	.35**	Ns	Ns	.44**
	PSC	Ns	Ns	Ns	.75**	Ns	Ns	Ns	.31*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	ESP	Ns	Ns	Ns	.34**	.61**	.51**	Ns	Ns	.50**	Ns	Ns	.36**	-.47**	Ns	Ns
	NA	.36**	.32*	.34**	.31*	.39**	.83**	Ns	.31*	.65**	Ns	Ns	.46**	-.46**	.33*	Ns
	AP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.49**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.35**	Ns
	PAO	.43**	.40**	.35**	Ns	Ns	.28*	Ns	.94**	.37**	.71**	.30*	Ns	Ns	Ns	.34**
PSP	.26*	Ns	Ns	Ns	.31*	.53**	Ns	.44**	.86**	Ns	Ns	.49**	-.38**	Ns	Ns	
PE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.63**	Ns	.92**	-.57**	Ns	Ns	Ns	Ns	
Ordem	Ns	-.26*	Ns	Ns	-.40**	Ns	Ns	.28*	Ns	.62**	.88**	Ns	.39**	Ns	Ns	
Discrepância	.31*	Ns	.35**	Ns	.42**	.62**	Ns	.29*	.68**	Ns	-.31*	.86**	-.68**	Ns	Ns	
AE	Ns	Ns	Ns	Ns	-.41**	-.50**	Ns	Ns	-.45**	Ns	.39**	-.44**	.77**	Ns	Ns	
IIC	.45**	.44**	.41**	Ns	Ns	-.47**	Ns	.36*	.39**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.74**	

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

Legenda: 1, Teste de Atitudes Alimentares Total; 2, Comportamentos bulímicos; 3, Dieta; 4, Pressão social para comer; 5, Escala de Stresse Percebido; 6, Afecto Negativo da Escala Profile of Mood States; 7, Afecto positivo da Escala Profile of Mood States; 8, Perfeccionismo Auto-orientado da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 9, Perfeccionismo Socialmente Prescrito da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 10, Padrões Elevados da Escala Quase Perfeita; 11, Ordem da Escala Quase Perfeita; 12, Discrepância da Escala Quase Perfeita; 13, Autoestima; 14, Insatisfação com a Imagem Corporal.



Analizando a tabela 31 podemos verificar as correlações das variáveis psicológicas na primeira consulta com as variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas avaliadas ao 3º mês.

Relativamente às variáveis relacionadas com a patologia alimentar avaliadas na 1ª consulta (T1) verificam-se algumas correlações significativas nomeadamente com o TAA, CB e Dieta com alguns parâmetros da composição corporal avaliados ao 3º mês, nomeadamente IMC, Classificação IMC e %MG e com alguns parâmetros psicológicos avaliados ao 3º mês, nomeadamente AN, PAO, Discrepância e IIC. Estas correlações foram de magnitude moderada.

O Stresse percebido avaliado na 1ª consulta apenas se correlacionou significativamente e com magnitude moderada com as variáveis AN, Ordem, Discrepância e Auto-estima avaliadas ao 3º mês.

O AN avaliado na 1ª consulta correlacionou-se apenas com a variável da composição corporal Classificação do IMC avaliado ao 3º mês e com grande parte das variáveis psicológicas. Já o AP apenas apresentou correlações de Spearman com variáveis da composição corporal avaliadas ao 3º mês (Classificação IMC, %MG, Classificação da %MG, Perímetro da cintura e Índice de cintura/anca). Estas correlações foram de um modo geral de magnitude moderada.

Relativamente às variáveis do Perfeccionismo apenas a variável Ordem avaliada na 1ª consulta apresenta correlações significativas com variáveis antropométricas avaliadas ao 3º mês (Nº Kg perdidos e % Perda de peso). As variáveis PAO, PSP e Discrepância avaliados na 1ª consulta apresentam correlações significativas com as variáveis relacionadas com a Patologia Alimentar avaliadas ao 3º mês bem como AN e IIC.

Tabela 32: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 6 meses

		1ª Consulta								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
6 Meses	Peso	.94**	.76**	.69**	.78**	.65**	.84**	.83**	Ns	Ns
	Nº Kg perdidos	.56*	.51*	Ns	.54*	Ns	.48*	Ns	Ns	Ns
	% Perda de peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	IMC	.71**	.79**	.83**	.64**	.78**	.76**	.72**	Ns	Ns
	Classificação IMC	.73**	.73**	.84**	.78**	.81**	.77**	.68**	Ns	Ns
	% MG	.84**	.87**	.85**	.89**	.86**	.91**	.75**	Ns	.53*
	Classificação %MG	.79**	.88**	.96**	.90**	.91**	.88**	.73**	Ns	.52*
	% MG perdida	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Perímetro cintura	.76**	.78**	.83**	.82**	.83**	.95**	.56*	.67**	.73**
	Perímetro anca	.60**	Ns	Ns	.48*	Ns	Ns	.82**	Ns	Ns
	Índice cintura/anca	Ns	Ns	Ns	Ns	.52*	.62**	Ns	.85**	.78**
	Risco Metabólico	Ns	Ns	.49*	.48*	.57*	.59*	Ns	.74**	.75**
	TAA_Total	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	CB	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.51*
	Dieta	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	PSC	Ns	Ns	Ns	-.61**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	ESP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	NA	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	AP	Ns	.63**	.54*	.51*	Ns	.48*	Ns	Ns	Ns
	PAO	Ns	Ns	-.47*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
PSP	Ns	-.49*	Ns	-.58*	-.52*	-.49*	Ns	Ns	Ns	
PE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
Ordem	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
Discrepância	-.49*	Ns	-.53*	-.47*	Ns	-.57*	Ns	Ns	-.49*	
AE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
IIC	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	

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

Legenda: 1, Peso; 2, IMC; 3, Classificação do IMC; 4, % Massa Gorda; 5, Classificação da %MG; 6, Perímetro da cintura; 7, Perímetro da anca; 8, Índice cintura/anca; 9, Risco Metabólico.



Analizando a tabela 32 podemos verificar as correlações das variáveis da composição corporal da primeira consulta com as variáveis da composição corporal e variáveis psicológicas avaliadas ao 6º mês.

Verifica-se que as variáveis da composição corporal na 1ª consulta comparativamente às variáveis da composição corporal ao 6º mês continuam a manter o mesmo padrão de correlações e relativamente às variáveis de evolução da composição corporal ao 6º mês comparativamente com as variáveis da composição corporal da 1ª consulta apenas o nº de Kg perdidos apresenta algumas correlações significativas e de magnitude moderada a elevada, nomeadamente com o Peso, IMC, %MG e Perímetro da cintura.

Relativamente às variáveis relacionadas com a patologia alimentar avaliadas ao 6º mês apenas se verificam correlações significativas entre o CB e o Risco metabólico avaliado na 1ª consulta e a PSC com a %MG.

O AP correlacionou-se significativamente com o IMC, Classificação do IMC, %MG e o Perímetro da cintura, e de magnitude moderada. Relativamente às variáveis do perfeccionismo avaliadas ao 3º mês verificam-se algumas correlações significativas nomeadamente PAO (com a Classificação do IMC), PSP (com o IMC, %MG, Classificação da %MG e Perímetro da cintura) e Discrepância (com o Peso, Classificação do IMC, %MG, Perímetro da cintura e Risco Metabólico).

Os parâmetros AE e IIC avaliados ao 6º mês não apresentam nenhuma correlação significativa com os parâmetros da composição corporal avaliados na 1ª consulta.

Tabela 33: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis avaliadas na 1ª consulta e aos 6 meses

		1ª consulta														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
6 meses	Peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.52*	Ns	Ns	Ns	Ns	-.52*	.47*	Ns	
	Nº Kg perdidos	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.61**	.55*	-.53*	Ns	Ns	
	% Perda de peso	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.71**	Ns	Ns	Ns	Ns	
	IMC	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.56*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
	Classificação IMC	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.54*	-.50*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
	% MG	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.56*	Ns	Ns	Ns	-.60**	.52*	Ns
	Classificação %MG	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.52*	Ns	Ns	Ns	-.54*	Ns	Ns
	% MG perdida	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Perímetro_cintura	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.63**	Ns	Ns	-.72**	Ns	Ns
	Perímetro_anca	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	Índice cintura/anca	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.57*	Ns	Ns
	Risco Metabólico	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.48*	Ns	Ns	-.57*	Ns	Ns
	TAA_Total	.81**	.80**	Ns	Ns	Ns	.62**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	CB	.73**	.73**	Ns	Ns	Ns	.54*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.50*
	Dieta	.77**	.75**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
	PSC	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.42*	-.63**	Ns	Ns	Ns	Ns
	ESP	Ns	Ns	Ns	Ns	.76**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.49*	Ns	Ns	Ns
	NA	Ns	Ns	.57*	Ns	Ns	.75**	Ns	Ns	Ns	-.58*	-.73**	.62**	-.74**	Ns	Ns
	AP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.61**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.52*	.50*	Ns
	PAO	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.84**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
PSP	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.76**	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
PE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.52*	Ns	-.82**	.59**	Ns	.48*	Ns	
Ordem	Ns	Ns	Ns	Ns	-.70**	-.61**	Ns	Ns	Ns	-.50*	.51*	.84**	Ns	.66**	Ns	
Discrepância	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.49*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.55*	.67**	-.58*	Ns	
AE	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	-.58*	Ns	Ns	Ns	Ns	.66**	.73**	-.61**	.81**	Ns	
IIC	Ns	Ns	.53*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	.74**	

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

Legenda: 1, Teste de Atitudes Alimentares Total; 2, Comportamentos bulímicos; 3, Dieta; 4, Pressão social para comer; 5, Escala de Stresse Percebido; 6, Afecto Negativo da Escala Profile of Mood States; 7, Afecto positivo da Escala Profile of Mood States; 8, Perfeccionismo Auto-orientado da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 9, Perfeccionismo Socialmente Prescrito da Escala Multidimensional de Perfeccionismo; 10, Padrões Elevados da Escala Quase Perfeita; 11, Ordem da Escala Quase Perfeita; 12, Discrepância da Escala Quase Perfeita; 13, Autoestima; 14, Insatisfação com a Imagem Corporal.



Analizando a tabela 33, podemos verificar que, as variáveis relacionadas com a patologia alimentar avaliadas na 1ª consulta (T1) apenas se verificaram correlações significativas do parâmetro Dieta com as variáveis AN e IIC avaliado ao 6º mês e com magnitude moderada. O Stresse Percebido avaliado na 1ª consulta apenas apresenta correlações significativas com a variável Ordem avaliada ao 6º mês.

O AN avaliado na 1ª consulta apenas se correlaciona significativamente com algumas variáveis psicológicas avaliadas ao 6º mês, nomeadamente o TAA, CB, Ordem, Discrepância e Auto-estima, já o AP apenas com algumas variáveis antropométricas avaliadas ao 6º mês (Peso, IMC e Classificação IMC).

Relativamente às variáveis do Perfeccionismo avaliadas na 1ª consulta correlacionam-se significativamente com alguns parâmetros de composição corporal e psicológicas avaliadas ao 6ª mês. Especificamente, o PAO com a Classificação IMC; o PSP com %MG, Classificação da %MG, Perímetro da cintura, risco Metabólico, PSC e Ordem; o PE com Nº Kg perdidos, % perda de peso, PSC, AN e AE; a Ordem com Nº Kg perdidos, Stresse percebido, AN e Auto-estima e a Discrepância com Peso, Nº Kg perdidos, %MG, Perímetro da cintura, Índice cintura/anca, risco Metabólico, NA, AP e Auto-estima. Estas correlações foram de magnitude moderada a elevada.

A AE avaliada na 1ª consulta apresentou correlações significativas com alguns parâmetros avaliados ao 6ª mês, nomeadamente com o Peso e a %MG e com o AP, NA, PE, Ordem, Discrepância e Auto-estima. Já a IIC apenas se correlacionou significativamente com o CB. Todas estas correlações foram de um modo geral de moderadas a elevadas.

2.3.4 Regressões

Sendo a multicolinearidade (*i.e.* a associação entre duas variáveis independentes) um dos principais pressupostos da análise de regressão (Maroco, 2003), examinámos também os valores referentes à intensidade da multicolinearidade, a qual pode ser analisada essencialmente através dos pontos seguintes: (1) Tolerância: é o grau em que uma variável é explicada por todas as outras variáveis independentes; varia de 0 a 1 e quanto mais próxima de 1 menor é a multicolinearidade, sendo o limite abaixo de 0.1. (2) VIF (*Variance Inflation Factor*): é o inverso da tolerância, pelo que, quanto mais próximo de zero menor é a multicolinearidade, sendo que o limite de 10 é o habitualmente considerado. Também importante é analisar a existência de independência entre as variáveis aleatórias residuais (ou seja, se a sua covariância é nula), o que pode fazer-se através do teste de *Durbin-Watson*, cujo valor deverá aproximar-se de 2, para se considerar que não existe auto-correlação entre os resíduos. Estes valores serão apresentados em notas.

Regressão linear múltipla (hierárquica) e mediação

Recorremos à análise de *Regressão Linear Múltipla* para averiguar quanta da variância das variáveis dependentes (Nº de Kg perdidos; % Perda de peso desde a 1ª consulta; % Massa gorda perdida desde a 1ª consulta) pode ser explicada pelo conjunto das variáveis independentes (VI) correlacionadas (ver tabelas de correlações).

Para todas as VDs começámos por testar modelos em que apenas inserimos variáveis relacionadas com o mesmo constructo (por exemplo perfeccionismo) ou da mesma natureza (por exemplo, outras variáveis psicológicas; variáveis da composição corporal) de modo a proceder a uma primeira selecção de dimensões a introduzir nos modelos gerais.

Assim, começámos por tentar identificar quais os potenciais preditores de entre as variáveis de Perfeccionismo, depois quais os preditores de entre as outras variáveis psicológicas. Além disso, tivemos em conta os pressupostos de multicolinearidade segundo os quais as potenciais VIs não devem apresentar coeficientes de correlação elevados (.70) entre si.

Variáveis medidas 3 meses após a primeira consulta

VD: N° de Kg perdidos desde a 1ª consulta

Devido à multicolinearidade entre as dimensões PSP e a Discrepância, testámos dois modelos compostos por variáveis de perfeccionismo em separado.

Primeiramente, as variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: Discrepância, PE e Ordem. Este modelo explicou 24.4% da variância da VD [$R^2 = .244$ / $Adjusted R^2 = .202$; $F(3; 54) = 5.800$, $p = .002$].¹ A única variável que se revelou um preditor significativo foi a Discrepância ($\beta = .261$; $p = .006$). Elevando ao quadrado o coeficiente de correlação parcial desde preditor, verificamos que a percentagem de variância explicada por ele isoladamente foi de 12.96%.

O modelo composto pelas dimensões de perfeccionismo PSP, EP e Ordem explicou 20.4% do N° de Kg perdidos desde a 1ª consulta [$R^2 = .204$ / $Adjusted R^2 = .160$; $F(3; 54) = 4.617$, $p = .006$]² e apenas o PSP foi preditor significativo ($\beta = -.283$; $p = .03$), explicando isoladamente 8.41%.

No modelo constituído por outras variáveis psicológicas introduzimos AP, AN, ESP e AE. Este revelou-se significativo, explicando 43.5% da variância da VD [$R^2 = .435$ / $Adjusted R^2 = .393$; $F(4; 53) = 10.219$, $p < .001$]³. Apenas o AP foi preditor significativo ($\beta = .562$; $p < .001$).

Mais uma vez, devido à multicolinearidade entre as dimensões PSP e a Discrepância, testámos dois modelos gerais, compostos pelos preditores que se revelaram significativos nos passos anteriores, bem como o IMC, pois também apresentou um coeficiente de correlação significativo com a VD (Tabela 31).

Introduzindo num mesmo modelo geral IMC, AP e PSP, este passa a explicar 45.3% da variância da VD [$R^2 = .453$ / $Adjusted R^2 = .422$; $F(3; 54) = 14.885$, $p < .001$]⁴ e o único preditor significativo é o AP ($\beta = .610$; $p < .001$), que, isoladamente explica 38.32% da variância do N° de Kg perdidos desde a 1ª consulta.

¹ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .622 - .811; VIF = 1.223-1.607; Durbin-Watson=1.893.

² Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .705 - .914; VIF = 1.094-1.418; Durbin-Watson=1.883.

³ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .495 - .757; VIF = 1.321-2.021; Durbin-Watson=2.070.

⁴ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .913 - .999; VIF = 1.001-1.095; Durbin-Watson=1.833.

O modelo geral IMC, AP e Discrepância explicou 46.8% da VD [$R^2=.468/$ *Adjusted* $R^2=.439$; $F(3; 54)=15.853$, $p<.001$]⁵, e também foi apenas o AP o preditor significativo ($\beta=.571$; $p<.001$), explicando 33.99% da variância da VD.

VD: % de peso perdido desde a 1ª consulta

Mais uma vez, devido à multicolinearidade entre as dimensões PSP e a Discrepância, testámos dois modelos compostos por variáveis de perfeccionismo em separado.

Primeiramente, as variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: Discrepância, PE e Ordem. Este modelo explicou 17.3% da variância da VD [$R^2=.173/$ *Adjusted* $R^2=.127$; $F(3; 54)=3.755$, $p=.016$].⁶ A única variável que se revelou um preditor significativo foi a Discrepância ($\beta=-.282$; $p=.045$). Elevando ao quadrado o coeficiente de correlação parcial desde preditor, verificamos que a percentagem de variância explicada por ele isoladamente foi de 7.24%.

O modelo composto pelas dimensões de perfeccionismo PSP, EP e Ordem explicou 16.5% da percentagem de peso perdido desde a 1ª consulta [$R^2=.165/$ *Adjusted* $R^2=.119$; $F(3; 54)=3.555$, $p=.020$]⁷, sendo que não se revelou nenhum preditor significativo.

No modelo constituído por outras variáveis psicológicas introduzimos AP, NA, AE e IIC. Este revelou-se significativo, explicando 39.3% da variância da VD [$R^2=.393/$ *Adjusted* $R^2=.348$; $F(4; 53)=8.589$, $p<.001$]⁸. Apenas o AP foi preditor significativo ($\beta=.553$; $p<.001$). O modelo geral constituído por IMC, AP e Discrepância explicou 51.8% da VD [$R^2=.518/$ *Adjusted* $R^2=.491$; $F(3; 54)=19.331$, $p<.001$]⁹, e as variáveis que se revelaram preditores significativos foram o AP ($\beta=.537$; $p<.001$), explicando 33.41% da variância da VD e o IMC ao 3º mês ($\beta=-.407$; $p<.001$), explicando 25.30% da variância da VD.

VD: % de Massa Gorda perdida desde a 1ª consulta

O modelo geral constituído por IMC, AP e PSP explicou 35.5% da VD [$R^2=.355/$ *Adjusted* $R^2=.320$; $F(3; 54)=9.922$, $p<.001$]¹⁰, e as variáveis que se revelaram preditores

⁵ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .829 - .986; VIF =1.014-1.206; Durbin-Watson=1.829.

⁶ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .622 - .811; VIF =1.233-1.607; Durbin-Watson=1.968.

⁷ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .705 - .914; VIF =1.094-1.418; Durbin-Watson=1.943.

⁸ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .520 - .753; VIF =1.327-1.923; Durbin-Watson=2.054.

⁹ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .829 - .986; VIF =1.014-1.206; Durbin-Watson=1.747.

¹⁰ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .914 - .999; VIF =1.001-1.095; Durbin-Watson=2.121.

significativos foram o AP ($\beta=.455$; $p<.001$), explicando 22.66% da variância da VD e o IMC ao 3º mês ($\beta=-.271$; $p=.016$), explicando 10.18% da variância da VD.

Variáveis medidas 6 meses após a primeira consulta

VD: Nº de Kg perdidos desde a 1ª consulta

O modelo geral constituído por PE, AP e PSC explicou 47,0% da VD [$R^2=.470$ /*Adjusted R*²=.356; $F(3; 14)=4.139$, $p<.027$] ¹¹, sendo que não se revelou nenhum preditor significativo. Assim sendo, o modelo é significativo mas cada preditor independente não se revela.

VD: % de peso perdido desde a 1ª consulta

O modelo geral constituído por PE, AP e PSP não é significativo.

VD: % de Massa Gorda perdida desde a 1ª consulta

Não efetuámos análises de regressão tendo como VD a % Massa Gorda perdida aos 6 meses após a primeira consulta, pois esta variável não apresentou coeficientes de correlação significativos com as restantes variáveis (Tabelas 30 e 31).

Variáveis medidas na 1ª consulta e após 3 meses

VD: Nº de Kg perdidos aos 3 meses

O modelo geral constituído por Ordem e AE avaliadas na primeira consulta explicou 14,9% da VD [$R^2=.149$ /*Adjusted R*²=.118; $F(2; 55)=4.809$, $p=.012$] ¹², sendo que não se revelou nenhum preditor significativo. No entanto, cada preditor revela-se separadamente.

Assim sendo, o modelo constituído apenas pela Ordem avaliada na primeira consulta explicou 33.9% da VD [$R^2=.339$ /*Adjusted R*²=.115; $F(1; 56)=7.258$, $p=.009$] ¹³, e a variável

¹¹ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .595 - .888; VIF =1.127-1.680; Durbin-Watson=1.555.

¹² Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .796 - .796; VIF =1.256-1.256; Durbin-Watson=1.817.

¹³ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: 1.000; VIF =1.000; Durbin-Watson=1.840.

Ordem revela-se preditor significativo ($\beta=.339$; $p=.009$), explicando 11.49% da variância da VD.

O modelo constituído apenas pela AE avaliada na primeira consulta explicou 10.1% da VD [$R^2=.101$ / *Adjusted R*² $=.085$; $F(1; 56)=6.284$, $p=.015$]¹⁴, e a variável AE revela-se preditor significativo ($\beta=.318$; $p=.015$), explicando 10.11% da variância da VD.

VD: % de peso perdido aos 3 meses

O modelo geral constituído por Ordem avaliada na primeira consulta explicou 9.4% da VD [$R^2=.094$ / *Adjusted R*² $=.078$; $F(1; 56)=5.826$, $p=.009$]¹⁵, e a variável Ordem revela-se preditor significativo ($\beta=.307$; $p=.019$), explicando 9.42% da variância da VD.

VD: % de Massa Gorda perdida aos 3 meses

Não efetuámos análises de regressão tendo como VD a % Massa Gorda perdida aos 3 meses após a primeira consulta, pois esta variável não apresentou coeficientes de correlação significativos com as restantes variáveis medidas na primeira consulta (tabelas 30 e 31).

Variáveis medidas na 1ª consulta e após 6 meses

VD: Nº de Kg perdidos aos 6 meses

O modelo composto pelas dimensões de perfeccionismo EP, Ordem e Discrepância avaliados na primeira consulta explicou 48.7% do nº de Kg perdidos desde a 1ª consulta [$R^2=.487$ / *Adjusted R*² $=.377$; $F(3; 14)=4.423$, $p=.022$]¹⁶, e apenas o PE foi preditor significativo ($\beta=.528$; $p=.045$), explicando isoladamente 25.81% da variância do Nº de Kg perdidos desde a 1ª consulta.

O modelo geral constituído por IMC e PE avaliados na primeira consulta explicou 52.9% da VD [$R^2=.529$ / *Adjusted R*² $=.466$; $F(2; 15)=8.414$, $p=.004$]¹⁷, sendo que ambas as variáveis revelaram-se preditores significativos: IMC ($\beta=.411$; $p=.037$), explicando 25.91% da variância da VD e PE ($\beta=.667$; $p=.002$), explicando 43.43% da variância da VD.

¹⁴ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: 1.000; VIF =1.000; Durbin-Watson=1.778.

¹⁵ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: 1.000; VIF =1.000; Durbin-Watson=1.893.

¹⁶ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .468 – .640; VIF =1.562-2.136; Durbin-Watson=1.870.

¹⁷ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .976 - .976; VIF =1.025-1.025; Durbin-Watson=1.687.

Controlando o efeito do IMC, através da análise de regressão linear múltipla hierárquica, verificamos que o PE incrementa a explicação do modelo de 3.8% para 46.6%, o que representa um adito significativo de 43.5% [Mudança $R^2=.435$, $F(1, 15)=13.830$, $p=.002$].

VD: % de peso perdido aos 6 meses

O modelo geral constituído por PE avaliado na primeira consulta explicou 45.7% da VD [$R^2=.457$ / *Adjusted* $R^2=.423$; $F(1, 16)=13.443$, $p=.002$]¹⁸, e a variável PE revela-se preditor significativo ($\beta=.676$; $p=.002$), explicando 45.70% da variância da VD.

VD: % de Massa Gorda perdida aos 6 meses

Não efetuámos análises de regressão tendo como VD a % Massa Gorda perdida aos 6 meses após a primeira consulta, pois esta variável não apresentou coeficientes de correlação significativos com as restantes variáveis medidas na primeira consulta (Tabelas 32 e 33).

¹⁸ Estatísticas de colinearidade: Tolerância: 1.000; VIF =1.000; Durbin-Watson=2.014.

3 Discussão

Este trabalho enquadra-se num estudo prospectivo e teve como principal objectivo avaliar o papel dos comportamentos alimentares, satisfação com a imagem corporal, perfeccionismo, autoestima, percepção de stresse e afecto positivo e negativo na eficácia da terapêutica dietética, avaliada através de antropometria e bioimpedância.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe na literatura um estudo análogo, o que desde logo, representa um ponto forte desta investigação – a sua inovação.

Não obstante o tamanho reduzido da amostra e a percentagem de mortalidade experimental [74.4% (n=58) participaram no T0 e após 3 meses e 23.1% (n=18) participaram no T0, após 3 meses e após 6 meses] é de valorizar o desenho prospectivo e o facto de todas as participantes terem sido avaliadas e seguidas pela mesma dietista, o que constitui uma garantia de maior standardização e, portanto, de maior rigor metodológico e validade dos resultados.

Outro elemento que reforça o rigor deste estudo foi utilizar as classificações oficiais para o Risco Metabólico e % Massa Gorda para a constituição dos grupos em análise.

Na nossa amostra verificaram-se valores elevados de composição corporal para a idade e sexo, o que mostra que esta era, de facto, uma amostra com excesso de peso. A distribuição das participantes por grupos de IMC (tabela 6) mostra isso mesmo, bem como segundo o risco metabólico (tabela 7) e a % Massa Gorda (tabela 8).

Apesar de não constituir um objectivo do nosso trabalho a comparação estatística da nossa amostra com outras amostras semelhantes, podemos de facto comparar os nossos resultados com os de outros estudos descritivos. Assim, segundo Pereira et al. (2011) as pontuações médias no TAA Total numa amostra de estudantes são de 4.84 ± 6.894 , sendo que os valores na nossa amostra se afiguram mais elevados (11.14 ± 10.496). Relativamente ao AN e AP, segundo Macedo et al. (2012) os valores médios para uma amostra de jovens raparigas estudantes foram respectivamente de 24.46 ± 17.474 para o AN e de 19.10 ± 6.699 para o AP, afigurando-se os valores da nossa amostra mais elevados (AN: 60.53 ± 20.962 e AP: 28.09 ± 5.784). Quanto às variáveis do Perfeccionismo, segundo Soares et al. (2003) as pontuações médias numa amostra de jovens estudantes foi de 82.73 ± 16.41 para o PAO e de 49.19 ± 10.62 para o PSP, o que vai de encontro aos valores obtidos com a nossa amostra, onde obtivemos valores de 82.88 ± 17.294 para o PAO e de 44.81 ± 13.406 para o PSP. Finalmente quanto à IIC os valores reportados por Bento et al. (2012) para as raparigas estudantes do

ensino secundário foram bastante mais baixos ($0,8\pm 0,358$) do que na nossa amostra ($2,62\pm 0,957$), o que seria de esperar devido a esta ser constituída por jovens com excesso de peso e obesidade.

A comparação das pontuações médias nas variáveis psicológicas segundo grupos de classificação do IMC, Risco Metabólico e % Massa Gorda mostrou-nos que:

- Quanto maior o risco metabólico, menores os níveis de afecto positivo das participantes;
- Quanto maior a % Massa Gorda, ou mais precisamente, tendo em conta a comparação dos grupos Saudável vs. Excesso de peso vs. Obesidade, verificaram-se mais comportamentos bulímicos, mais comportamentos de dieta, mais PAO, bem como mais IIC, como seria de esperar.

Relativamente ao PAO, parece pois que, apesar de mais obesas, tendo em conta a classificação segundo a % Massa Gorda, estas jovens têm elevada motivação intrínseca para atingir a perfeição, para atingirem padrões elevados. Podemos pensar que esse PAO não se manifesta no domínio do corpo, controlo do peso e de alimentação, mas sim noutros domínios não avaliados, ou então, a manifestar-se, os padrões não são atingidos. A corroborar esta ideia temos o facto de estas jovens terem efetivamente mais IIC. No entanto, dentro desta linha de pensamento, é de estranhar que as pontuações de Discrepância e de Afecto Positivo e Negativo não tenham sido diferentes entre estes grupos. Possivelmente, a reduzida dimensão dos grupos, nomeadamente no grupo “Saudável”, composto por apenas 5 participantes, terá influenciado o facto de as pontuações nestas dimensões não terem atingido o limiar da significância estatística.

Fica por explorar se comparando grupos constituídos com base nas pontuações médias e desvios padrões na % Massa Gorda se verificariam diferenças, análise que pretendemos levar a cabo num estudo futuro.

Analisando a evolução dos parâmetros da composição corporal, nomeadamente o nº de Kg perdidos, a % Perda de peso (utilizada para controlar a influência do peso inicial no nº de Kg perdidos) bem como a % Massa gorda perdida verificamos que o balanço foi positivo e vai de encontro com o verificado noutros estudos (Franz et al., 2007; Turk et al., 2009; Wing & Phelan, 2005; Wadden et al., 2004).

Ainda assim, evidências mais robustas podem ser retiradas da comparação de pontuações médias/medianas nas variáveis da composição corporal (tabela 14). Verifica-se que ao longo dos 6 meses de seguimento do estudo houve diminuição significativa em todos os parâmetros antropométricos e de bioimpedância, nomeadamente nº de kg perdidos, % de

perda de peso e % massa gorda perdida desde a primeira consulta. Ou seja, podemos concluir que a terapêutica dietética foi eficaz e, por isso, faz todo o sentido tentar identificar quais as variáveis psicológicas, entre as estudadas, que podem ajudar a explicar esta eficácia.

Focando na evolução das pontuações psicológicas ao longo do tempo, verifica-se aumento de TAA Total entre os tempos 1 e 3, ou seja, nas fases iniciais da terapêutica dietética, e nas dimensões CB e Dieta. Isto seria de esperar devido às participantes estarem precisamente a serem incentivadas a adotar comportamentos alimentares mais restritivos e disciplinados. No entanto, é um alerta para a necessidade de estarmos atentos ao potencial desenvolvimento de comportamentos alimentares anómalos quando as jovens estão num programa de perda de peso. A este respeito é bem sabido que segundo o modelo Cognitivo-Comportamental Transdiagnóstico de desenvolvimento dos DCA, tanto o início de uma dieta como a surgimento de comportamentos bulímicos são consideradas os factores precipitantes de patologia de comportamento alimentar, os quais tendem a manter-se por reforço positivo e por reforço negativo (Fraiburg et al., 2009). É de salientar que estes factores tendem a ter maior potencial de reforço quando há história prévia de obesidade (Fraiburg, et al., 2008), como é o caso da nossa amostra bem como de grande parte das pessoas que procuram apoio nutricional.

Seria de esperar que não houvesse diferenças quando à PSC, pois as pessoas com excesso de peso tendem a não gerar esse tipo de obsessão por parte dos outros, antes pelo contrário, a tendência é para os comportamentos de dieta serem reforçados.

Muito relevante e positivo foi o facto dos níveis de percepção de stresse e de AN terem diminuído significativamente ao longo do tempo, bem como os níveis de AP terem aumentado. No futuro, pretendemos analisar se a % de massa gorda perdida e a % de peso perdido contribuíram para esses resultados, bem como tentar estabelecer o papel do perfeccionismo nesta relação. Serão as variáveis do Perfeccionismo mediadoras da relação entre a % massa gorda perdida/% de peso perdido e a redução dos níveis de perturbação psicológica? Tal análise saía fora dos objectivos deste estudo, mas pode ser efectuada com os dados fornecidos por esta amostra, sendo esta uma das nossas propostas para estudos futuros.

De um modo geral, não houve diferenças ao longo do tempo nas variáveis do Perfeccionismo, exceto o PAO, que aumentou ligeiramente entre os tempos 1 e 2. Tal seria de esperar, pois os traços de Perfeccionismo são, por definição, estáveis ao longo do tempo e constantes e consistentes ao longo das situações, pelo que são difíceis de alterar (Macedo et al., 2012). São precisamente o que caracteriza o modo de ser da pessoa, conferindo coerência

e previsibilidade ao seu comportamento (McAdams & Olson, 2010). Ainda assim, certas circunstâncias ou estados podem, ainda que transitoriamente, afectar o nível em que cada pessoa manifesta um traço, nomeadamente o Perfeccionismo (Donnellan et al., 2007). Presumimos pois que o aumento dos níveis de PAO entre o 1º e o 2º momentos se deve ao facto de, na sequência do sucesso inicial em perder peso/massa gorda, as jovens terem reforçado a sua motivação intrínseca para atingirem os seus padrões, neste caso, focados no peso e imagem corporal.

Neste sentido, também a Discrepância diminuiu significativamente entre o 1º e o 2º momentos de avaliação, o que mostra que, pelo menos neste domínio do peso/imagem corporal, as jovens já não percepcionaram uma distância tão elevada entre os seus padrões (elevados) e a autoavaliação que faziam da sua posição real no caminho para os alcançar. Os resultados ao nível da AE e da IIC, que mostraram alterações significativas ao longo de todo o estudo, entre todos os momentos de avaliação, vão precisamente no mesmo sentido.

Também será muito elucidativo estudar se estas diferenças no sentido positivo (na AE e na IIC) se deveram às alterações na % massa gorda perdida/ peso perdido e analisar qual o papel das diversas dimensões do perfeccionismo nesta relação. Esta também é uma análise que pretendemos realizar em breve, no sentido de continuar a esclarecer este tópico ainda tão pouco estudado.

Quanto à comparação de médias das variáveis psicológicas por grupos de % de perda de peso e % de massa gorda perdida desde a 1ª consulta mostrou-se muito relevante o papel da dimensão Ordem, pois as participantes que conseguiram perder maior % de peso foram as que apresentaram as maiores pontuações nesta dimensão, sendo que todos os três grupos (baixa perda de % de peso, média e elevada) se distinguiram quanto a este parâmetro. Desde já, podemos concluir que esta dimensão do Perfeccionismo parece relevante para a eficácia da terapêutica dietética, o que veio a ser corroborado por outros resultados a integrar mais à frente.

Tal também se verificou com os níveis das dimensões avaliadas aos 3 meses, em que, mais uma vez, as raparigas que atingiram níveis mais elevados de perda de peso foram as que tinham pontuações mais elevadas de Ordem. Estas foram também as que apresentaram níveis mais elevados de AP e de AE (com diferenças entre praticamente todos os grupos em comparação) e mais reduzidas de Discrepância. Note-se que, nesta análise, estas variáveis foram medidas aos 3 meses, altura em que já se verificavam alguns ganhos terapêuticos.

Quanto à análise por grupos constituídos tendo em conta não a % de peso perdido, mas sim a % massa gorda perdida, os resultados vão no mesmo sentido, corroborando os achados relativos ao padrão de variáveis aparentemente mais relevantes ao nível da eficácia da terapêutica dietética. Com efeito, as raparigas que atingiram maior % de perda de massa gorda foram as que tinham valores mais elevados nas dimensões de Perfeccionismo, Ordem e AE na linha de base.

Já tendo em conta as variáveis medidas aos 3 meses, verificamos que as raparigas mais bem-sucedidas na % de massa gorda perdida apresentam níveis mais reduzidos de Percepção de stresse, PSP e Discrepância e níveis mais elevados de Ordem, Afecto Positivo e Autoestima, sendo este padrão de resultados muito consistente ao longo dos grupos.

A análise contrária, ou seja, de comparação das pontuações nas variáveis da composição corporal por níveis de variáveis psicológicas também produziu resultados interessantes. Assim, quanto mais elevados os níveis de sintomas dos DCA (TAA_Total), maior o IMC e a % de massa gorda. Como seria de esperar, os níveis de IMC e % MG aumentam em função dos níveis crescentes de IIC, sendo que este padrão se verificou tanto aos 3 meses como aos 6 meses de seguimento.

O padrão de correlações verificado entre as variáveis do TAA medidas no T0 e as do Perfeccionismo, nomeadamente PAO e PSP, é semelhante ao descrito noutros estudos portugueses, realizados com estudantes (Macedo et al, 2007; Soares et al., 2009; Bento et al., 2010) e com mulheres com excesso de peso (Peixoto et al., 2014).

Quanto ao padrão de relações entre as variáveis do TAA, do Perfeccionismo, e a Autoestima e a IIC, este é também sobreponível ao verificado num estudo com alunas do ensino secundário, em que estas mesmas variáveis foram analisadas (Bento et al., 2014).

Quanto ao padrão de correlações das variáveis medidas no T3, a correlação significativa e moderada entre a % de massa gorda perdida e o AP sugere que a eficácia da terapêutica dietética tem também repercussão emocional positiva. Também o padrão de correlações entre as variáveis medidas no T6, nomeadamente a correlação significativa entre a % perda de peso e o AP e o PE é indicador disso mesmo.

Não obstante algumas conclusões e implicações que é possível retirar destas análises de correlações, o principal interesse subjacente à realização das mesmas foi a selecção de variáveis a incluir nos modelos de regressão, cujos resultados passamos de seguida a reflectir.

Tendo em conta o título e objectivos deste trabalho, considerámos como variáveis dependentes aquelas que permitem quantificar e operacionalizar a eficácia da terapêutica

dietética, nomeadamente o nº de Kg perdidos, a % de perda de peso perdida e a % de massa gorda perdida, medidas após três meses e após seis meses desde a primeira consulta.

As variáveis de perfeccionismo Discrepância e PSP medidas aos 3 meses revelaram-se preditores do nº de Kg perdidos quando introduzidas nos modelos com os Padrões Elevados e a Ordem. No entanto, quando estas variáveis foram introduzidas nos modelos de regressão juntamente com outros preditores significativos, nomeadamente o AP e o IMC, apenas o AP explica significativamente a % de variância nesta variável dependente.

Também a Discrepância, que, quando introduzida no modelo com outras variáveis de perfeccionismo correlacionadas (PE e Ordem) revela ser um preditor significativo de % de perda de peso desde a primeira consulta, perde este efeito quando introduzida juntamente com o AP e o IMC.

Também no que toca à explicação da % de Massa Gorda perdida desde a primeira consulta, são apenas o AP e o IMC os preditores significativos, sendo que o PSP não atinge o nível de significância.

Nenhuma variável do perfeccionismo medida seis meses após a primeira consulta se revelou preditor significativo das variáveis dependentes.

Considerando as VIs medidas na primeira consulta e a VD nº de Kgs perdidos aos 3 meses, mais uma vez se destaca o papel da Ordem e da AE como preditores significativo. A Ordem revelou-se também preditor significativo da % de peso perdido aos 3 meses.

Tendo em conta as variáveis medidas na primeira consulta e as VD relativas à operacionalização da eficácia da terapêutica dietética aos seis meses, temos que apenas a variável PE foi preditor significativo do nº de Kg perdidos, explicando isoladamente uma considerável percentagem de 25.81%, mesmo controlando o efeito do IMC. Os PE foram também preditores de % de peso perdido aos 6 meses.

De um modo geral, este resumo dos resultados das análises de regressão permite-nos concluir que pontuações baixas de PSP e pontuações elevadas de Discrepância são relevantes para o sucesso da terapêutica dietética, mas não tanto quanto o AP, que no estudo transversal (todas as VIs e VDs medidas aos 3 meses) destaca-se como a variável determinante. Já no estudo prospectivo, em que analisamos o papel das variáveis medidas na linha de base para a perda de peso após três meses, destaca-se o papel da variável de perfeccionismo Ordem.

O resultado mais interessantes das análises de regressão foi a constatação de que elevados níveis de Perfeccionismo positivo são favoráveis a uma perda de peso mais sustentada, pois os PE não só foram preditores significativos do nº de Kg perdidos aos 6

meses (mesmo controlando o IMC acrescentam uma % de explicação da variância e superior a 40%) mas também da % de peso perdido aos 6 meses.

Em conclusão geral, os resultados revelaram-nos que, de entre as variáveis psicológicas analisadas, as mais favoráveis à eficácia da terapêutica dietética são: a Ordem, os PE, o AP e a AE.

Como pontos fortes deste estudo podemos referir o desenho prospectivo bem como a inovação dos objectivos do estudo, visto ser ainda muito escasso o conhecimento científico acerca do papel das variáveis psicológicas na eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento. É completamente inovadora a evidência de que os traços de Perfeccionismo são relevantes para a eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento

As principais limitações do nosso estudo prendem-se com o reduzido tamanho da amostra e com a elevada taxa de mortalidade experimental. Tendo-se verificado que havia diferenças significativas nos níveis de variáveis antropométricas e psicológicas relevantes medidas na linha de base entre as jovens que desistiram antes da avaliação dos três e as que permaneceram no estudo (tinham peso, IMC, %Massa Gorda, Perímetro da cintura e Perímetro da anca mais elevados, bem como pontuações mais elevadas de TAA_Total, CB, ESP, NA, PSP e Discrepância e pior AE), não podemos garantir se, na eventualidade destas jovens terem continuado no estudo, o padrão de resultados obtido seria o mesmo. Só uma replicação deste estudo com uma amostra de maior dimensão e com taxas de participação mais equilibradas ao longo do estudo, poderia fornecer respostas.

Podem também apontar-se como limitações do estudo o facto de não termos avaliado sistematicamente a evolução do padrão alimentar das jovens, nomeadamente através de registos de auto-monitorização da alimentação (diários alimentares), bem como outros factores potencialmente ligados ao cumprimento do programa alimentar instituído.

Como sugestões para estudos futuros, além das ideias já referidas, será de todo interesse implementar um estudo mais longo, de modo a confirmar o papel favorável do Perfeccionismo positivo na eficácia da terapêutica dietética a longo prazo.

4 Conclusão

Este trabalho surgiu da necessidade de, enquanto dietista, compreender melhor o papel de variáveis psicológicas, nomeadamente do Perfeccionismo, no excesso de peso e na eficácia da terapêutica dietética, sobretudo em jovens que recorrem aos serviços de nutrição.

Embora a ingestão alimentar e a actividade física sejam o alvo de maior atenção no tratamento da obesidade, sabemos que outras variáveis psicológicas exercem influência no apetite e equilíbrio energético, compulsão alimentar e adesão ao tratamento. É muito frequente encontrarmos na clínica casos para os quais nem sempre temos conhecimentos e ferramentas para intervir.

Os resultados nesta amostra demonstram que existe uma associação entre o perfeccionismo positivo e a eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento, nas jovens mulheres com excesso de peso que procuram tratamento.

Apesar de ser ainda necessária mais investigação nesta área, podemos desde já retirar importantes implicações. Este trabalho mostra que é necessário:

- Desenvolver abordagens multidisciplinares, que, paralelamente à monitorização do peso, exercício físico e avaliação da ingestão alimentar, avaliem sistematicamente a presença de variáveis psicológicas nomeadamente, o afecto, a percepção de stresse e os traços de personalidade (como o perfeccionismo e a auto-estima).
- Avaliar sistematicamente a presença ou o potencial desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais pelas utentes que iniciam terapias de emagrecimento;
- Prevenir essas atitudes e comportamentos, agindo ao nível do perfeccionismo (fomentar o positivo e diminuir o negativo) e da melhoria de estratégias de regulação emocional para promover o afecto positivo e diminuir o afecto negativo e a percepção de stresse.
- Reforçar os sucessos (ganhos terapêuticos), para assim fomentar a AE e diminuir a Discrepância (também relacionadas com o sucesso terapêutico), de modo a fortalecer o círculo de reforço de maior bem-estar psicológico e físico, logo de melhor saúde geral. Assim, estaremos a promover a eficácia da terapêutica dietética de emagrecimento e os comportamentos alimentares funcionais, e, com isso, o AP, a AE e a satisfação com a imagem corporal.

5 Referências Bibliográficas

Adkins K., Parker W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64: 529-543.

Almeida, L.S., & Freire, T. (2001). Escalas de avaliação construção e validação. In E.M. Fernandes & L.S. Almeida (Eds.). *Métodos e Técnicas da Avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológica.* (pp. 108-127). Braga: Psiquilíbrios.

Amaral, A.P.M., Soares, M.J., Pereira, A.T., Bos, S.C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M.H., Macedo, A., (2013). "Frost Multidimensional Perfectionism Scale: The Portuguese version | Frost Multidimensional Perfectionism Scale: Versão portuguesa", *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40, (4),144-149.

Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1998). *When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Aronne LJ, Nelinson DS, Lillo JL, (2009) Obesity as a disease state: a new paradigm for diagnosis and treatment. *Clin Cornerstone*, 9(4):9-25; discussion 26-29.

Ashby, J.S. & Rice, K.G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes and self-esteem: a structural equations analysis. *Journal of Counselling and Development*, 80, 197-203.

Ashby, J.S., Kottman, T. (1996). Inferiority As a Distinction Between Normal and Neurotic Perfectionism. *Individual Psychology*;52 (3): 237-245.

Assis, M.A., & Nahas, M.V. (1999). Aspectos Motivacionais em Programas de Comportamento Alimentar. *Revista de Nutrição*, 12, 1, 33-41.

Azevedo MH, Silva CF, Dias MR, (1991). O "Perfil de Estados de Humor": Adaptação à população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 12: 187-193.

Azevedo, A.S., & Faria, L.A. (2004). Auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In *X Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 415-421). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Azevedo, M.H. P.; Ferreira, C. P. (1992). Anorexia Nervosa and Bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 432-436.

Bardone-Cone, A.M. (2007). Self-oriented and Socially-prescribed Perfectionism dimensions and their Relations with Disordered Eating. *Behavior Research and Therapy*; 45: 1977-1986.

Bastiani, A.M.; Rao, R.; Weltzin, T.; Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in Anorexia Nervosa. *Int J Eating Disord*; 17:147-152.

Bento C, Pereira AT, Marques M, Maia B, Bos S, Soares MJ, Valente J, Gomes AA, Azevedo MH, Saraiva J, Macedo A (2011). Actitudes y conductas alimentarias en una población adolescente Portuguesa. *Pediatrics (São Paulo)*, 33 (1): 21-8.

Bento C, Pereira AT, Saraiva J, Marques M, Soares MJ, Bos S, Valente J, Azevedo MH, Macedo A. (2012). Atitudes, comportamentos alimentares e insatisfação corporal numa população adolescente. 6º Congresso Nacional de Medicina do Adolescente. Coimbra, 16-18 Maio

Bento C, Pereira AT, Saraiva J, Marques M, Soares MJ, Bos S, Valente J, Azevedo MH, Macedo A (2012). Children's Eating Attitudes Test: Psychometric Characteristics in a Portuguese Adolescent Sample. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 39(6): 189-93

Bento C., Pereira A.T., Maia B., Marques M., Soares M.J., Bos S., Valente J., Gomes A., Azevedo M.H., Macedo A. (2010) Perfectionism and eating behaviour in Portuguese Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4):328-37.

Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*, 18, 1, 85-93.

- Bieling P., Israeli A., Antony M. (2004). Is perfectionism good, bad or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*; 36: 1373-85.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Bouchard, C (2003). *Actividade física e obesidade* – Barueri: 1ª edição: Manole.
- Bray G, Bouchard C, James WPT, (1988). Definitions and proposed current classifications of obesity. En: Bray G, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of obesity*. Nueva York: Marcek Dekker, 31-40.
- Bray, G. A. (1990). Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. *Int J Obes.*, Nov;14(11), 909–26.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Burns, D.D.(1980). The perfectionist script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-52.
- Cade, N.V., Borloti, E., Vieira, A.R., Perin, R., Silveira, K.A., Ferraz, L., & Bergamim, M.P. (2009). Efeitos de um treinamento em autocontrole, aplicado em obesos. *Cogitare Enfermagem*, 14, 1, 65-72.
- Carmo I, Santos O, Camolas J, et al., (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.*, 9(1):11-19.
- Carmo, I, Carreira, M., Almeida, D., Reis, L., Medina, L., & Galvão-Teles, A. (2000). Prevalence of obesity in portuguese population. *Int J Obes*, 24(24 (Suppl.1): S91.).
- Carmo, I, Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., & Reis, L. (2006). National Prevalence of Obesity Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews*, 7, 233–237.

Casper, R.C. (1983). Some provisional ideas Concerning The Psychologic Structure in Anorexia Nervosa and Bulimia. In Darby, P.L.; Garfinkel, P.F; Garner, DM; Coscina (Eds.). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. Alan R. Liss, New York.

Castro, J.; Gila, A.; Gual, P.; Lahortiga, F.; Saura, B.; Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*; 35: 392-398.

Cataneo, C., Carvalho, A.M.P. & Galindo E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 1, 39-46.

CDC, C. for D. C. and P. (2007). Overweight and obesity trends, 2007. Retrieved from www.cdc.gov/

Cohane, G.H., Pope, H.G. Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *Int J Eat Disord*; 29: 373-9.

Cohen S, Kamarck T, & Mermelstein R. A, (1983). Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.

Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage.

DGS - Direcção-Geral da Saúde (2002) Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa. ISBN 972-675-081-4.

DGS, D. G. de S. (2007). Obesidade: uma doença crónica desconhecida. Ministério da Saúde. Retrieved from <http://www.dgs.pt/?cr=10959>

Egan SJ, Wade TD, Shafran R (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical psychology review*, 203-212



Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive-behavioral therapy and Eating Disorders*. (Eds.). Guilford Press, ISBN 9781593857097, New York, NY, US.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.

Fairburn, C.G. e Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*; 361: 407-416.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, 166: 311–19.

Flett, G.L., Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview o Theoretical, Definitional, and Treatment Issues. In: *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. 5-31. American Psychological Association; Washington, DC.

Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. & O’Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*; 12: 61-68.

Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, et al. (2007). Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc.*, 107(10):1755-1767.

Frost G., Heimberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*; 14: 119-26.

Frost RO, Marteen P, Lahart C et al. (1990) The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res.* 449-468

Gallagher, D., Heymsfield, S. B., Heo, M., Jebb, S. a, Murgatroyd, P. R., & Sakamoto, Y. (2000). Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on

body mass index. *The American journal of clinical nutrition*, 72(3), 694–701. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10966886>

Garner, D.M. (1986). Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa. *In: Brownell, K.D.; Foreyt, J.P. (Eds.). Handbook of eating disorders: Physiology, Psychology and treatment of obesity, Anorexia and Bulimia*. Basic Books, New York.

Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, L. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*; 2: 15-34.

Garner, DM; Olmsted, MP; Bohr, Y; Garfinkel; PE. (1982). Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*; 12: 871-878.

Goldner, E.M.; Cockel, S.J.; Srikamenswaren, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. *In: Flett, G.L.; Hewitt, P.L. (Eds.). Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.

Hainer V, Toplak H, Mitrakou A (2008). Treatment modalities of obesity: what fits whom? *Diabetes Care*, 31 Suppl 2: S269-277.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*; Dec 21(6): 770-782.

Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*; 15: 27-33.

Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge Eating as scape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin*; 110: 86-108.

Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 5, 423-438.



Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*; 60: 456-470.

Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: a test of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*; 102: 58-65.

Hewitt, P.L., Flett, G.L. Perfectionism and Stress Process in Psychopathology. In Flett, G.L., Hewitt, P.L. (2002). In: *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association; Washington, DC.

Hewitt, P.L.; Flett, G.L. e Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionism selfpreservation in eating disorders attitudes, characteristics and symptoms. *Int J Eat Disord*; 18:317-326.

Hewitt, P.L.; Flett, G.L.; Turnbull-Donovan, W.; Mikail, S.F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity and Psychometric Properties in Psychiatric Sample *Psychological Assessment*; 3: 464-468.

Holender; M.H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*; 6: 94-103.

Hollender, M.H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*; 39: 384.

Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.

Jarosz, P.A., Dobal, M.T., Wilson, F., Schram, C.A. (2006). Disordered eating and food cravings among urban obese African American women. *Eating Behaviors*.

Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, et al. (2000) Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol.*; Jan, 19(1 Suppl):5-16.

Kottman, T. (2000). Perfectionistic Children and Adolescents: Implications for School Counselors. *Professional School Counseling*; 3 (3): 182-188.



Loewenthal, K.M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales* (2nd Ed.). Psychology Press –Taylor and Francis Group.

Lombardi, D.N., Florentino, M.C.; Lombardi, A.J. (1998). Perfectionism and Abnormal

Lundh L.G. (2004). Perfectionism and acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4): 255-269.

Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220–229.

Lynd-Stevenson, R.M. & Hearne, C.M. (1999). Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26, 549-562.

M.C.(2004). The Structure of Perfectionism: a Twin Study. *Behav. Genet*; 34(5): 483-494.

Macedo A, Pereira AT, Amaral AP, Marques M, Soares MJ, Valente J, Nogueira V, Azevedo MH (2012). Domains of perfectionism. *European Psychiatry*. 20th European Congress of Psychiatry. 3-7 March 2012, Praga, República Checa.

Macedo A., Soares M.J., Maia B., Pereira A.T., Marques M., Bos S., Gomes A., Azevedo M.H. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders Review*; 15: 296-304.

Macedo, A et al. (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e psicopatologia. Lidel.

Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2012). *Krause's Food the Nutrition Care Process* (13th ed.). St. Louis: Elsevier.

Maia BR, Soares MJ, Gomes A, Marques M, Pereira AT, Cabral A, Bos S, Valente J, Pato Michele, Pocinho F, Macedo A. & Azevedo MHP (2009). Perfectionism in Obsessive Compulsive and Eating Disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.



Maia, B.R., Pereira A.T., Soares M.J., Bos, S., Cabral, A., Valente, J., Macedo, A., Pocinho, F. & Azevedo, M.H.(2006). Perfeccionismo e Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Resultados Preliminares. *Psiquiatria Clínica*; 27(1): 63-69.

Maier, C., (2006). What is the Evidence of a Causal Relationship between Dieting, Obesity and Eating Disorders in Youth? *Am J Dietetic Association*; 106(9):1359-60.

Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR (2005). The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag. Sep*; 1(3):189-199.

Masand PS (2003). Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clin Ther. Aug*; 25(8):2289-2304.

McAdams, D.P., Olson, B.D. (2010). Personality Development: Continuity and Change Over the Life Course *Annu. Rev. Psychol.*. 61:517–42.

McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). Manual for the Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.

Müller-Riemenschneider F, Reinhold t, Berghöfer A, Willich S (2008). Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol.* Vol 23 (8), 499-499.

National Institutes of Health. (1998) Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obes Res.* Vol 6 (Suppl 2)51S-209S.

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S.J., Hannan, P., Stat, M., Haines, J., Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*; 39: 244-251.

Nielsen, S., Madsen, S. & Isager, T.(1998). Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*; 44: 413-434.

NIH Publication. (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults.

Oliveira, G. A., & Fonseca, P.N. (2006). A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4, 2, 1-18. São Paulo.

Oliveira, G. A., & Fonseca, P.N. (2006). A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4, 2, 1-18. São Paulo.

Parker, W.D. (1997). An empirical topology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal*; 34: 545-562.

Paxton, S.J., Schutz, H.K., Wertheim, E.H. & Muir, S.L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviours and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*; 108: 255-266.

Peixoto, C. et al. (2013). Comportamento Alimentares, Distúrbios do Sono e Obesidade. [Tese de Mestrado] Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Pereira A.T., Soares M.J., Amaral A.P., Nogueira V., Madeira N., Roque C., Marques M., Bos S., Maia B., Macedo A. (2014). The multidimensional perfectionism scales: combined factorial analysis of the Portuguese versions. Poster a apresentar no *XVIth World Congress of Psychiatry*, Madrid, 14 a 18 de Setembro de 2014.

Pereira AT, Maia BR, Soares MJ, Bos S., Marques M, Nogueira V, Valente J, Azevedo MH & Macedo A. (2011) Teste de Atitudes Alimentares 25- Validade para o rastreio das Perturbação do Comportamento Alimentar. *Psiquiatria Clínica*, 32 (2), 89-104.

Pereira, A. T., Maia, B., Bos, S., Soares, M. J., Cabral, A. S., Macedo, A., et al. (2008). The Portuguese short form of the eating attitudes test -40. *European Eating Disorders Review*, 16, 319–325.

Plininer,P.; Haddock, G. (1995). Perfectionism in Weight-Concerned and Unconcerned Women: An Experimental Approach. *Int Jour Eating Disord*; 19: 381-389.



Romão, I., & Roth, J. (2008). Genetic and Environmental Interactions in Obesity and Type 2 Diabetes. *Journal of the American Dietetics Association*, 108, S24–S28.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.

Rotge JY, Tignol J, Aouizerate B (2007). [Improving the management of depression in primary care: review and prospects]. *Encephale*. Sep; 33(4 Pt 1):552-560.

Runge CF (2007). Economic consequences of the obese. *Diabetes*. Nov 56(11):2668-2672.

Shafran R, Mansell W, (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clin Psychol Rev*, 879-906

Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

Slade, P.D. & Owens, R.G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavioural Modification*; 22:372-390.

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130-145.
- APS-R SF

Soares et al. (2003) Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5: 46–55.

Soares M.J., Allen Gomes A., Macedo A., Santos V., Azevedo M.H. (2003). Escala MultiDimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*; 5(1): 46-55.

Soares M.J., Amaral A.P., Pereira A.T., Bos S., Madeira N., Roque C., Nogueira V., Marques M., Maia B., Macedo A. (2014). In the search of pure negative vs. Positive multidimensional perfectionism. Using previous literature findings as a guide. Poster a apresentar no XVIth *World Congress of Psychiatry*, Madrid, 14 a 18 de Setembro de 2014.

Soares M.J., Macedo A., Bos S., Marques M., Maia B., Pereira A.T., Gomes A., Valente J., Pato M., Azevedo M.H. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17(5): 390-398.

Soares MJ, Amaral AP, Pereira AT, Bos SC, Marques M, Valente J, Nogueira V, Macedo A (2013). Multidimensional perfectionism scales underlying higher order factors. 34th STAR Conference, Faro, Portugal, July 1st- 3rd 2013.

Soares MJ, Gomes AA, Macedo AF et al. (2003) Escala Multidimensional de Perfeccionismo: adaptação à população portuguesa, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 46-55

Soares, M.J.; Macedo, A.F.;Gomes,A.A.; Azevedo, M.H (2004): A Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*; 18: 11-24.

Stöber J., Otto K. (2006)- Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4): 295-319.

Stumpf H., Parker W.D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to the other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28: 837-52.

Sutandar-Pinnock, K; Blake, W.D.; Carter, J.C.; Olmsted.M.P. ; Kaplan,A.S. (2003). Perfectionism in Anorexia Nervosa: a 6-24 Months Follow-Up Study. *Int J Eat Disord*; 33: 225-229.

Terry-Short L., Owens R., Slade P., Dewey M. (1995). Positive and Negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18: 663-8.

Thomas, B. (2001). *Manual de prática dietética*. Lisboa: Instituto Piaget.

Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment tool. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258–269.



Thompson, T., Davis, H. & Davidson, J. (1998). Attributional and affective responses of imposters to academic success and failure outcomes. *Personality and Individual Differences*;25: 381-396.

Tozzi, F.; Anderson, C.B.; Bulik, C.M.; Mazzeo, S.E.; Aggen, S.H.; Neale, B.M.; Neale, M.C.(2004). The Structure of Perfectionism: a Twin Study. *Behav. Genet*; 34(5): 483-494.

Turk MW, Yang K, Hravnak M, Sereika SM, Ewing LJ, Burke LE (2009). Randomized clinical trials of weight loss maintenance: a review. *J Cardiovasc Nurs*. Jan-Feb, 24(1):58-80.

Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res*. Dec, 12 Suppl:151S-162S.

Wang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., Patrick, K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*; 40: 245-251.

Wardle, J., Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*; 19:421-40.

Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Chicago.

Wexler, B. (2008). *Weight in America - Obesity, Eating Disorders, and Other Health Related Risks*. (C. L. Gale, Ed.) (2008 Editi.). Detroit.

WHO (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. In: *Data WLCiP*, ed: Francesco Branca; Haik Nikogosian; Tim Lobstein: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. Accessed. Accessed 6 May 2012

WHO. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO. Geneve.



WHO. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation. World Health Organization Technical Report Series, 894.

WHO. (2011). WHO - Fact Sheet N°311. Retrieved June 5, 2013, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wing R, Phelan S (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr.* Vol 82 (1 Suppl) 222S-225S.

Wing RR, Hill JO (2001). Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr.* 21:323-341.

Zanella, M.T. (2005). Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade, (1ª ed.). Barueri, SP: Manole.



ANEXOS

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

· U ·  · C ·

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **121-CE-2011**
Data 22/11/2011

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor
Prof. Doutor Manuel Santos Rosa
Presidente do Conselho Científico da
Faculdade de Medicina

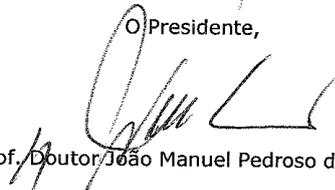
**Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica.
(refª CE-134/2011)**

Candidato(a): Mariana Arantes Briote

Título do Projecto: "Perfeccionismo e eficácia da terapêutica dietética"

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos. 

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central
Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 2. Consentimento Informado.



Terapêutica dietética e aspectos psicológicos

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Coimbra;
psicomed@fmed.uc.pt; Telef.: 239 857700 (Ext. 357)

Convite para participar e resumo do projecto

Convidamo-la a participar num estudo sobre terapêutica dietética e aspectos psicológicos.

O principal objectivo desta investigação é estudar aspectos psicológicos potencialmente implicados na eficácia da terapêutica dietética. Se aceitar participar vamos solicitar a sua colaboração na primeira consulta e após três e seis meses.

Em todos estes momentos iremos pedir-lhe que responda a breves questionários sobre a sua maneira de ser, os seus hábitos alimentares e estados de humor. Todas as questões envolvem aspectos comuns do dia a dia de qualquer pessoa. Serão utilizados também os dados resultantes da consulta sobre a sua composição corporal.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento do estudo pode desistir sem qualquer justificação. A sua recusa em participar ou o posterior abandono não prejudicarão a sua relação com o seu dietista.

Garantimos absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos e estamos ao seu inteiro dispor para responder a qualquer pergunta que queira fazer e para lhe comunicar os resultados quando estiverem prontos.

Autorização

Eu, _____ (nome da pessoa ou representante legal) li e decidi participar no estudo sobre terapêutica dietética e aspectos psicológicos. Os objectivos gerais foram-me explicados assim como os procedimentos a seguir. A minha assinatura indica também que recebi uma cópia desta autorização.

Assinatura

Assinatura do investigador

Data: / / 20

Anexo 3. Protocolo de questionários de auto-resposta.

Código: _____ Data de preenchimento: ____/____/____

____ 1ª consulta ____ 3º mês ____ 6º mês ____ 9º mês

Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, usando a sua primeira impressão, sem gastar demasiado tempo em cada afirmação. Não existem respostas certas ou erradas.

Nome: _____

I. As questões desta escala estão directamente relacionadas com a comida ou o comer. Assinale com um *círculo* (O), o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações.

Use a seguinte escala de avaliação:

TAA-25

	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raras Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre
1. Fico nervoso/a antes de comer.....	1	2	3	4	5	6
2. Ter peso a mais, aterroriza-me.....	1	2	3	4	5	6
3. Preocupo-me com comida.....	1	2	3	4	5	6
4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.....	1	2	3	4	5	6
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.....	1	2	3	4	5	6
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex. pão, batatas, arroz, etc).....	1	2	3	4	5	6
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.....	1	2	3	4	5	6
8. Vomito depois de comer.....	1	2	3	4	5	6
9. Sinto-me muitíssimo culpado/a depois de comer.....	1	2	3	4	5	6
10. Ando preocupado/a com o desejo de ser mais magro/a.....	1	2	3	4	5	6
11. Faço exercício energicamente, para queimar calorias.....	1	2	3	4	5	6
12. Penso em queimar calorias, quando faço exercício.....	1	2	3	4	5	6
13. As outras pessoas acham que estou demasiado magro/a.....	1	2	3	4	5	6
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.....	1	2	3	4	5	6
15. Tomo laxantes.....	1	2	3	4	5	6
16. Evito comidas que tenham açúcar.....	1	2	3	4	5	6
17. Como comida de dieta.....	1	2	3	4	5	6
18. Sinto que a comida controla a minha vida.....	1	2	3	4	5	6
19. Controlo-me em relação à comida.....	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.....	1	2	3	4	5	6
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.....	1	2	3	4	5	6
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.....	1	2	3	4	5	6
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.....	1	2	3	4	5	6
24. Gosto de sentir o estômago vazio.....	1	2	3	4	5	6
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.....	1	2	3	4	5	6

II. As questões nesta escala dizem respeito aos seus sentimentos e pensamentos durante o **ÚLTIMO MÊS**. Para cada questão, coloque um *círculo* (O), à volta do número que melhor corresponde ao número de vezes em que pensou ou sentiu dessa maneira. Use a seguinte escala de avaliação:

		ESP				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes
1.	No último mês, com que frequência se sentiu incomodado/a por algo que aconteceu inesperadamente?	1	2	3	4	5
2.	No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	1	2	3	4	5
3.	No último mês, com que frequência se sentiu nervoso/a e stressado/a?	1	2	3	4	5
4.	No último mês, com que frequência se sentiu confiante quanto à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	1	2	3	4	5
5.	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?..	1	2	3	4	5
6.	No último mês, com que frequência achou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	1	2	3	4	5
7.	No último mês, com que frequência tem sido capaz de controlar as coisas que o/a irritam na sua vida?	1	2	3	4	5
8.	No último mês, com que frequência sentiu que tinha tudo sob controlo?	1	2	3	4	5
9.	No último mês, com que frequência ficou irritado/a por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	1	2	3	4	5
10.	No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal forma que não conseguiria superá-las?	1	2	3	4	5

III. A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um *círculo* (O) no algarismo que melhor descreve o como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**, incluindo hoje. Use a seguinte escala de avaliação:

		POMS-36											
		1	2	3	4	5							
		De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo							
1.	Irado/a	1	2	3	4	5	19.	Desgraçado/a.....	1	2	3	4	5
2.	Infeliz.....	1	2	3	4	5	20.	Alegre.....	1	2	3	4	5
3.	Animado/a.....	1	2	3	4	5	21.	Amargurado/a	1	2	3	4	5
4.	Desgostoso/a com coisas que aconteceram.....	1	2	3	4	5	22.	Ansioso/a	1	2	3	4	5
5.	Irritado/a.....	1	2	3	4	5	23.	Pessimista.....	1	2	3	4	5
6.	Triste.....	1	2	3	4	5	24.	Desesperado/a	1	2	3	4	5
7.	Activo/a.....	1	2	3	4	5	25.	Revoltoso/a	1	2	3	4	5
8.	Enervado/a	1	2	3	4	5	26.	Desamparado/a.....	1	2	3	4	5
9.	Rabugento/a	1	2	3	4	5	27.	Saturado/a	1	2	3	4	5
10.	Neura.....	1	2	3	4	5	28.	Desiludido/a.....	1	2	3	4	5
11.	Cheio/a de força.....	1	2	3	4	5	29.	Furioso/a	1	2	3	4	5
12.	Sem esperança.....	1	2	3	4	5	30.	Seguro/a de si.....	1	2	3	4	5
13.	Descontraído/a	1	2	3	4	5	31.	Cheio/a de vida.....	1	2	3	4	5
14.	Simpático/a	1	2	3	4	5	32.	Mau humor.....	1	2	3	4	5
15.	Resmungão/Resmungona.....	1	2	3	4	5	33.	Inútil.....	1	2	3	4	5
16.	Chateado/a.....	1	2	3	4	5	34.	Assustado/a	1	2	3	4	5
17.	Desanimado/a	1	2	3	4	5	35.	Vigoroso/a	1	2	3	4	5
18.	Ressentido/a	1	2	3	4	5	36.	Desorientado/a	1	2	3	4	5

IV. A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo (O), o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

EMP – H&F

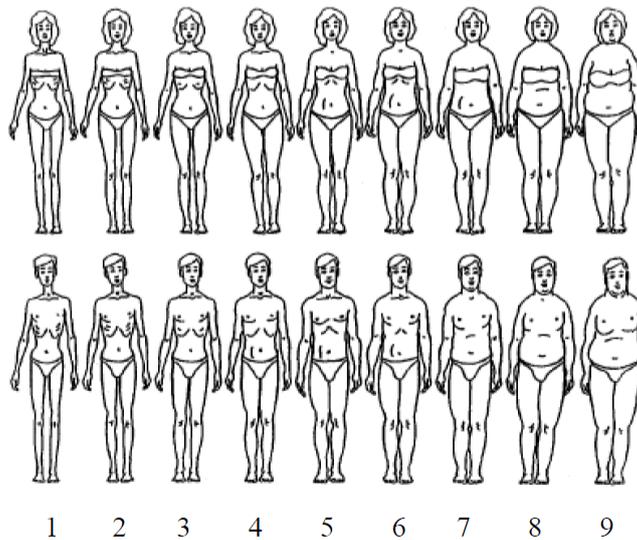
	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente desacordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo Bastante	Concordo completamente
1. Quando estou a trabalhar em alguma coisa, não me consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim	1	2	3	4	5	6	7
3. Um dos meus objectivos é ser perfeito/a em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
4. Tudo o que as outras pessoas fazem, deve ser de excelente qualidade.....	1	2	3	4	5	6	7
5. No meu trabalho nunca tenho como objectivo a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
6. As pessoas que me rodeiam, aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros.....	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim	1	2	3	4	5	6	7
8. Raramente sinto o desejo de ser perfeito/a	1	2	3	4	5	6	7
9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam	1	2	3	4	5	6	7
10. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito/a quanto possível	1	2	3	4	5	6	7
11. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
12. Esforço-me para ser o/a melhor em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
13. As pessoas que me rodeiam, esperam que eu seja bem sucedido/a em tudo	1	2	3	4	5	6	7
14. De mim, não exijo menos do que a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
15. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo	1	2	3	4	5	6	7
16. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
17. Para mim, ser bem sucedido/a significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros	1	2	3	4	5	6	7
18. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição....	1	2	3	4	5	6	7
19. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando estabeleço os meus objectivos, tendo para a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
21. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedido/a.....	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.....	1	2	3	4	5	6	7
23. Em todos os momentos devo dar o meu rendimento máximo.....	1	2	3	4	5	6	7
24. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbadas quando falho numa tarefa	1	2	3	4	5	6	7
25. Não preciso de ser o/a melhor em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
26. A minha família espera que eu seja perfeito/a.....	1	2	3	4	5	6	7
27. Os meus objectivos não são muito elevados	1	2	3	4	5	6	7
28. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
29. Estabeleço normas muito elevadas para mim	1	2	3	4	5	6	7
30. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar	1	2	3	4	5	6	7
31. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem sucedido/a	1	2	3	4	5	6	7
32. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro	1	2	3	4	5	6	7

V. A seguir encontra-se uma lista de afirmações relativas a sentimentos gerais sobre si próprio. Para cada afirmação, ponha um *círculo* (O), à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de *acordo* ou *desacordo*. Use a seguinte escala de avaliação:

				AE-R				
	1	2	3	4				
	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito				
1.	Em geral, estou satisfeito/a comigo mesmo/a				1	2	3	4
2.	Por vezes penso que não sou nada bom				1	2	3	4
3.	Sinto que tenho algumas qualidades boas.....				1	2	3	4
4.	Consgo fazer coisas tão bem como muitas outras pessoas				1	2	3	4
5.	Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.....				1	2	3	4
6.	Sem dúvida que por vezes me sinto inútil.....				1	2	3	4
7.	Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos tanto como os outros.....				1	2	3	4
8.	Gostaria de poder ter mais respeito por mim próprio/a.....				1	2	3	4
9.	Pensando bem inclino-me a sentir que sou um/a falhado/a				1	2	3	4
10.	Assumo uma atitude positiva em relação a mim próprio/a.....				1	2	3	4

VI. Observe as figuras:

FRS



a) Qual o número da figura que se assemelha mais à sua figura corporal? _____

b) Qual o número da figura que tem a imagem corporal que gostaria de ter? _____

VII. As afirmações seguintes servem para medir as atitudes que as pessoas têm em relação a si-próprias, ao seu desempenho e para com os outros. Assinale com um círculo (O), o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

							EQP						
1	2	3	4	5	6	7							
Discordo completamente	Discordo	Discordo ligeiramente	Indeciso	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo completamente							
1. Tenho elevados padrões para o meu desempenho, no trabalho ou na escola.....					1	2	3	4	5	6	7		
2. Sou uma pessoa que gosta de ordem.....					1	2	3	4	5	6	7		
3. Frequentemente sinto-me frustrado/a porque não consigo atingir os meus objectivos.....					1	2	3	4	5	6	7		
4. Ser esmerado/a é importante para mim.....					1	2	3	4	5	6	7		
5. Se não esperarmos muito de nós próprios, nunca seremos bem sucedidos.....					1	2	3	4	5	6	7		
6. Para mim, o meu melhor nunca parece ser suficientemente bom.....					1	2	3	4	5	6	7		
7. Penso que as coisas devem ser postas nos seus lugares.....					1	2	3	4	5	6	7		
8. Tenho elevadas expectativas para mim.....					1	2	3	4	5	6	7		
9. Raramente consigo atingir os meus elevados padrões.....					1	2	3	4	5	6	7		
10. Gosto de ser sempre organizado/a e disciplinado/a.....					1	2	3	4	5	6	7		
11. Fazer o meu melhor parece nunca ser suficiente.....					1	2	3	4	5	6	7		
12. Estabeleço padrões muito elevados para mim.....					1	2	3	4	5	6	7		
13. Nunca estou satisfeito/a com os meus feitos.....					1	2	3	4	5	6	7		
14. Espero o melhor de mim.....					1	2	3	4	5	6	7		
15. Frequentemente preocupo-me por não estar à altura das minhas expectativas...					1	2	3	4	5	6	7		
16. O meu desempenho raramente está à altura dos meus padrões.....					1	2	3	4	5	6	7		
17. Não fico satisfeito/a, mesmo quando sei que fiz o meu melhor.....					1	2	3	4	5	6	7		
18. Tento dar o meu melhor em tudo o que faço.....					1	2	3	4	5	6	7		
19. Raramente consigo atingir os meus elevados padrões de desempenho.....					1	2	3	4	5	6	7		
20. Raramente estou satisfeito/a com o meu desempenho.....					1	2	3	4	5	6	7		
21. Raramente sinto que o que fiz é suficientemente bom.....					1	2	3	4	5	6	7		
22. Tenho uma grande necessidade de lutar pela excelência.....					1	2	3	4	5	6	7		
23. Sinto-me frequentemente desiludido/a depois de acabar uma tarefa, porque sei que podia ter feito melhor.....					1	2	3	4	5	6	7		

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões. Muito obrigada.

Anexo 4. Coeficientes alfa de Cronbach de consistência interna das dimensões avaliadas por questionários de auto-resposta, ao longo do tempo.

1ª CONSULTA	N=78	n=58	n=18
TAA_Total_1	.88	.89	.84
CB_1	.84	.85	.75
Dieta_1	.79	.83	.84
PSC_1	.66	.59	0
ESP_1	.78	.75	.79
AN_POMS_1	.96	.96	.96
AP_POMS_1	.80	.81	.78
PAO_EMP_1	.88	.89	.85
PSP_EMP_1	.84	.84	.79
PE_EQS_1	.85	.86	.84
Ordem_EQP_1	.60	.64	.74
Disc_EQP_1	.91	.90	.88
AE_1	.83	.79	.88
3 Meses	n=58		n=18
TAA_Total_3m	.89		.84
CB_3m	.83		.69
Dieta_3m	.84		.82
PSC_3m	.89		0
ESP_3m	.75		.72
AN_POMS_3m	.95		.96
AP_POMS_3m	.81		.76
PAO_EMP_3m	.90		.87
PSP_EMP_3m	.85		.79
PE_EQS_3m	.81		.83
Ordem_EQP_3m	.67		.56
Disc_EQP_3m	.90		.94
AE_3m	.74		.77
6 Meses	n=18		
TAA_Total_6m	.89		
CB_6m	.83		
Dieta_6m	.87		
PSC_6m	.67		
ESP_6m	.63		
AN_POMS_6m	.95		
AP_POMS_6m	.69		
PAO_EMP_6m	.87		
PSP_EMP_6m	.66		
PE_EQS_6m	.71		
Ordem_EQP_6m	.69		
Disc_EQP_6m	.94		
AE_6m	.76		

Legenda: _1, primeira consulta; _3m, aos 3 meses; _6m, aos 6 meses; TAA_Total, Teste de Atitudes Alimentares; CB, Comportamentos bulímicos; PSC, Pressão social para comer; ESP, Escala de Stresse Percebido; POMS, Profile of Mood States; AN, Afecto Negativo; AP, Afecto positivo; EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EQP, Escala Quase Perfeita; PE, Padrões Elevados; Disc, Discrepância; AE, Autoestima.

Quanto aos coeficientes de consistência interna na 1ª consulta e tendo em conta a amostra total (n=78) foram de um modo geral bons (>.80) ou aceitáveis (>.70). Apenas o coeficiente da dimensão Ordem da EQP foi <.70 (.60), no entanto, tendo em conta o reduzido número de itens (4 itens), estes podem ser adicionados (Loewenthal 2001). Considerando apenas as participantes que colaboraram após 3 meses (n=58), os coeficientes mantêm-se aceitáveis a bons, excepto para as dimensões PSC do TAA (3 itens) e Ordem da EQP. Analisando os 18 participantes que se mantiveram até aos 6 meses, apenas não poderemos considerar nas análises a dimensão PSC, pois, devido à falta de variabilidade entre as participantes, o coeficiente não foi calculado.

Relativamente à consistência interna dos totais e dimensões avaliados aos 6 meses após a primeira consulta não se verificam quaisquer problemas quanto a este parâmetro.