

Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo

CARLA MARIA SILVA (*)

1. INTRODUÇÃO

O ênfase cultural dado ao peso e forma corporal, tem colocado uma enorme pressão sobre os jovens de hoje, em particular sobre as raparigas, e leva frequentemente à adopção de dietas extremas como meio de atingir um corpo ideal estereotipado. Segundo a classificação da DSM-IV (1994, p. 554) «a Anorexia Nervosa parece ser mais prevalente nas sociedades industrializadas, nas quais há abundância de alimentos, especialmente quando nas raparigas a magreza está associada à beleza». Outras características psicológicas têm sido associadas ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar tais como, o perfeccionismo, traços de personalidade obsessiva e expectativas elevadas de realização.

Algumas das características acima mencionadas são inerentes a qualquer atleta de competição. Vários autores (Gutekunst & Murphy, 1997; Thompson & Sherman, 1993), quando analisaram as condições específicas, e pressões únicas da prática desportiva de competição (e.g. performance desportiva, expectativas pessoais, da fa-

mília, treinador, colegas e espectadores, ênfase na obtenção de um peso ideal para a competição), chegaram à conclusão de que os atletas poderão estar em maior risco de assumirem comportamentos alimentares e de controlo de peso de risco, que por sua vez podem conduzir ao desenvolvimento de perturbações alimentares.

Tanto a Anorexia Nervosa como a Bulimia Nervosa, são doenças graves que podem ter consequências físicas gravíssimas (e.g. ritmo cardíaco irregular, tonturas, cansaço e falta de energia e amenorreia no caso das mulheres) e que pode inclusive levar à morte (Thompson, 1996). Quando tomamos, igualmente, em consideração o esforço físico necessário despendido na prática de qualquer modalidade desportiva podemos ter uma noção das graves consequências que as perturbações alimentares podem ter sob a saúde do atleta.

Existem determinadas modalidades cujos atletas poderão ser hipoteticamente mais susceptíveis à adopção de atitudes e comportamentos de risco, e consequentemente podem levar ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. O boxe, a luta greco-romana, o halterofilismo, o judo e o tae-kwon-do são exemplos de modalidades olímpicas em que os atletas são divididos em escalões determinadas pelo peso corporal (Swoap & Murphy, 1995). Estas classificações podem levar a que os atletas

(*) Sindicato dos Jogadores Profissionais de Futebol.

adoptem medidas drásticas para obterem um peso que julguem ideal de forma a poderem competir no escalão em que julgam obter maior sucesso. A natação sincronizada, a patinagem artística, a ginástica rítmica e artística são modalidades olímpicas em que os resultados dependem de avaliações externas feitas por juizes. Nestas modalidades, a aparência física /elegância corporal é considerada por parte dos atletas um factor de grande importância na atribuição da pontuação final (Swoap & Murphy, 1995). Este facto pode resultar na adopção de comportamentos e atitudes alimentares de risco na busca de uma imagem corporal idealizada.

Apesar de ser mais ou menos clara a evidência empírica de uma relação positiva entre uma maior prevalência de comportamentos e atitudes de risco e subsequente perturbações do comportamento alimentar em modalidades ditas de 'alto risco' (e.g. ginástica, judo, atletismo, natação) em comparação com modalidades ditas de 'baixo risco' (e.g. basquetebol, futebol, hóquei, andebol), os estudos feitos não têm sido totalmente conclusivos, quantos aos seus resultados (Ashley et al., 1996 citado por Gutekunst & Murphy, 1999).

Pretende-se então retomar neste estudo a questão: Será que existe uma maior prevalência de atitudes e comportamentos alimentares de risco em modalidades ditas de alto risco (ginástica, atletismo, judo e natação) em comparação com

modalidades ditas de baixo risco (hóquei de campo e andebol)?

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Os sujeitos deste estudo são 150 atletas do sexo feminino provenientes de seis modalidades: ginástica, atletismo, judo, natação, hóquei de campo, e andebol, com idades compreendidas entre os 13 e os 25 anos.

As atletas provinham de clubes das zonas de Lisboa, Porto, Leiria e Região Autónoma da Madeira; clubes esses pertencentes aos campeonatos nacionais e regionais das respectivas modalidades.

O Quadro 1 apresenta a média de idades e do índice de massa corporal (um índice de massa corporal inferior a 17,5 é um forte indicador da presença de uma perturbação do comportamento alimentar), das atletas das seis modalidades em estudo.

2.2. Instrumentos

Foram avaliados as atitudes e comportamentos alimentares de atletas femininas de seis modalidades desportivas. Para fazer um levantamento destas atitudes e comportamentos foi uti-

QUADRO 1
Estatísticas descritivas da amostra

Modalidade	n	Idade				IMC (índice de massa corporal: peso/altura ²)			
		Média	DP	Mín.	Max.	Média	DP	Mín.	Máx.
Ginástica	25	14.72	2.01	13	20	18.03	2.05	15.2	24
Atletismo	25	17.64	3.80	13	25	20.28	3.11	17.2	28.7
Judo	25	14.84	1.25	13	17	21.48	1.89	17.4	25.3
Natação	25	14.96	1.49	13	18	20.03	2.37	14.7	25.7
Hóquei de Campo	25	16.72	2.32	14	24	20.01	2.14	15.4	23.5
Andebol	25	14.96	0.61	14	16	21.56	1.95	18.8	25.3

lizado a tradução portuguesa do Eating Disorder Inventory (EDI) (Carmo et al., no prelo).

Eating disorder inventory (EDI)

A versão original do EDI, desenvolvida por Garner e colaboradores (1984), consiste numa escala de 64 itens divididos em oito sub-escalas que fazem um levantamento de atitudes e comportamentos relacionados com perturbações do comportamento alimentar. As oito sub-escalas da versão original são as seguintes:

- *Desejo de Emagrecer* (DT): sub-escala com 7 itens que mede a preocupação excessiva com a perda de peso, preocupação com o peso, e medo de engordar.
- *Bulimia* (B): sub-escala com 7 itens que mede a tendência para episódios de ingestão compulsiva («bingeing») que poderá ser seguido de comportamentos de vômito auto-induzido.
- *Insatisfação Corporal* (BD): sub-escala de 9 itens que mede perturbações da imagem corporal.
- *Ineficácia* (I): sub-escala com 10 itens que mede sentimentos de ineficácia e uma auto-avaliação negativa.
- *Perfeccionismo* (P): sub-escala de 6 itens que serve para medir expectativas pessoais extremas.
- *Desconfiança Interpessoal* (ID): sub-escala de 7 itens que reflecte um sentido de alienação e uma relutância geral em ter relações próximas com outros.
- *Reconhecimento das Sensações Físicas* (IA): sub-escala com 10 itens que tem por objectivo medir o nível de confiança no reconhecimento e identificação de emoções e sensações de fome ou saciedade.
- *Medo da Maturidade* (MF): sub-escala de 8 itens que mede a recusa da maturidade psicológica devido às exigências da idade adulta.

Trata-se de uma escala de seis pontos do tipo Likert em que as respostas poderão variar entre ‘sempre’, ‘normalmente’, ‘frequentemente’, ‘às vezes’, ‘raramente’ e ‘nunca’.

Neste estudo foi utilizado uma versão portuguesa desta escala, desenvolvida por um grupo de clínicos da Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital Santa Maria de

Lisboa, sendo a sua validação efectuada conjuntamente por este último grupo e pela Universidade do Minho, Braga (Carmo et al., no prelo).

A escolha desta escala deveu-se ao facto de ser reconhecida pela sua validade e fidelidade e pelo facto de fazer um levantamento exaustivo de atitudes e comportamentos de risco associados a perturbações do comportamento alimentar, fornecendo assim os dados necessários para analisar a questão formulada: será que existe um maior número de atitudes/comportamentos alimentares de risco em atletas de modalidades ditas de ‘alto’ risco do que em atletas de modalidades ditas de ‘baixo’ risco?

2.3. Procedimento

Após um contacto prévio com as instituições desportivas e obtenção do consentimento de participação das atletas, por parte das próprias e dos seus treinadores(as), no estudo, distribuiu-se a cada uma das atletas participantes a versão portuguesa do EDI que era precedida de uma folha de rosto e que tinha por objectivo a recolha de dados biográficos tais como idade, modalidade, categoria/escalão, nível competitivo, índice de massa corporal e data de aplicação.

Os dados foram recolhidos em vários momentos, dado tratarem-se de atletas de modalidades diferentes e as atletas serem oriundas de vários clubes.

A aplicação do EDI foi realizada pela autora deste estudo.

As diferenças entre os grupos foram analisados através do teste t-Student e análise de variância (ANOVA one-way), como igualmente identificar diferenças entre as modalidades ditas de alto risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (ginástica, atletismo, judo e natação) e as modalidades ditas de baixo risco (hóquei de campo e andebol)

3. RESULTADOS

3.1. Análise Descritiva e Tratamento dos Dados

Foram calculadas as médias, desvios padrão, resultados mínimo e máximo das seis modalida-

des estudadas: ginástica, atletismo, judo, natação, hóquei de campo e andebol, para cada uma das oito sub-escalas do Eating Disorder Inventory – EDI. Os resultados desta análise descritiva estão apresentados no Quadros 2 e 3.

Numa primeira análise, utilizou-se o t-student de forma a verificar se as diferenças entre os dois grupos de modalidades em estudo: modalidades de maior risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (ginástica, atletismo, judo e natação) e modalidades de menor risco (hóquei de campo e andebol), eram estatisticamente significativas para as oito sub-escalas do EDI.

Numa segunda análise, procedeu-se a uma análise de variância (ANOVA), para comparação das diferenças entre as seis modalidades da amostra. As comparações múltiplas entre os grupos foi feito através do teste post hoc Scheffé.

3.2. Análise Estatística

O Quadro 2 apresenta as diferenças entre os dois grupos: modalidades de maior risco e mo-

dalidades de baixo risco, indicando os níveis de significância

Analisando o Quadro 2, verificamos que existem apenas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas sub-escalas da ineficácia e da desconfiança interpessoal. Este dados apontam para a não confirmação da hipótese de que existe uma maior prevalência de comportamento e atitudes de risco nas modalidades de maior risco do que nas modalidades de menor risco.

O Quadro 3 apresenta as análises de variância de cada sub-escala do EDI.

Analisando o Quadro 3 verificamos que as diferenças encontradas, entre os resultados médios das várias modalidades, são muito significativas nas sub-escalas da bulimia (B) $F(5, 144) = 3.66, p < .01$, ineficácia (I) $F(5, 144) = 3.45, p < .01$, desconfiança interpessoal (ID) $F(5, 144) = 4.39, p < .01$, e reconhecimento das sensações físicas (IA) $F(5, 144) = 3.16, p < .01$. A sub-escala da insatisfação corporal (BD) $F(5, 144) = 2.05, p = .075$, aproxima-se do nível de significância considerado ($\alpha = 5\%$).

De forma a compreender melhor estas dife-

QUADRO 2
Estatísticas descritivas da amostra

Sub-Escala	<i>n</i>	Total	Média	DP	Mín	Máx	Alfa de Cronbach
DT	150	554	3.69	4.51	0	18	.978
BD	150	1025	6.83	5.50	0	22	.982
MF	150	839	5.59	3.55	0	17	.977
B	150	209	1.39	1.89	0	8	.976
I	150	393	2.62	2.16	0	13	.975
P	150	546	3.64	2.77	0	12	.976
ID	150	576	3.84	3.20	0	15	.977
IA	150	593	3.95	3.51	0	21	.976

Legenda: DT – Desejo de Emagrecer; BD – Insatisfação Corporal; MF – Medo da Maturidade; B – Bulimia; I – Ineficácia; P – Perfeccionismo; ID – Desconfiança Interpessoal; IA – Reconhecimentos das Sensações Físicas.

QUADRO 3
Estatísticas descritivas da amostra

Modalidade	<i>n</i>	DT	BD	MF	B	I	P	ID	IA
Ginástica	25	3.04 (3.55)	4.72 (2.82)	2.96 (2.61)	4.56 (5.20)	1.04 (1.62)	1.88 (1.67)	4.16 (2.48)	2.44 (3.24)
Atletismo	25	4.24 (5.64)	6.04 (4.78)	5.92 (4.09)	5.32 (4.76)	2.04 (1.77)	2.56 (2.48)	4.60 (3.54)	5.16 (3.87)
Judo	25	3.00 (4.07)	5.12 (2.86)	2.84 (2.54)	7.40 (4.55)	0.80 (1.44)	2.00 (1.35)	3.28 (2.62)	3.04 (2.35)
Natação	25	4.60 (5.03)	5.44 (3.07)	3.52 (3.02)	8.60 (5.78)	1.28 (1.88)	2.32 (1.88)	3.32 (2.67)	2.84 (1.91)
Hóquei de Campo	25	3.88 (5.20)	6.40 (4.11)	4.88 (4.40)	7.72 (6.07)	2.44 (2.31)	3.96 (2.75)	2.64 (2.96)	5.48 (3.20)
Andebol	25	3.40 (3.30)	5.84 (3.31)	3.60 (3.23)	7.40 (5.93)	0.76 (1.74)	3.00 (1.98)	3.84 (1.93)	4.08 (3.23)

Legenda: DT – Desejo de Emagrecer; BD – Insatisfação Corporal; MF – Medo da Maturidade; B – Bulimia; I – Ineficácia; P – Perfeccionismo; ID – Desconfiança Interpessoal; IA – Reconhecimentos das Sensações Físicas.

QUADRO 4
t de Student para as várias sub-escalas do EDI
 (G1: modalidades de «maior risco»; G2: modalidades de «menor» risco)

Sub-Escala	Média		DP		Média DP		t
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	
DT	3.72	3.64	4.63	4.32	3.35	3.42	.10
BD	6.47	7.56	5.27	5.94	4.07	4.89	-1.14
MF	5.33	6.12	3.46	3.71	2.71	2.72	-1.29
B	1.29	1.60	1.73	2.19	1.45	1.76	-.95
I	2.19	3.48	1.88	2.42	1.42	1.78	-3.59**
P	3.84	3.24	2.87	2.54	2.38	1.83	1.25
ID	3.37	4.78	3.09	3.26	2.34	2.52	-2.59*
IA	3.81	4.24	3.32	3.88	2.88	2.81	-.71

* P<.05 ** P<.01

Legenda: DT – Desejo de Emagrecer; BD – Insatisfação Corporal; MF – Medo da Maturidade; B – Bulimia; I – Ineficácia; P – Perfeccionismo; ID – Desconfiança Interpessoal; IA – Reconhecimentos das Sensações Físicas.

QUADRO 5
*Análise de variância (ANOVA one-way) das sub-escalas do EDI
(nível de significância considerado $\alpha = 5\%$)*

		df	Média²	F
DT	Inter-Grupos	5	10.75	.519
	Intra-Grupos	144	20.71	
	Total	149		
BD	Inter-Grupos	5	60.04	2.048
	Intra-Grupos	144	29.31	
	Total	149		
MF	Inter-Grupos	5	9.61	.755
	Intra-Grupos	144	12.72	
	Total	149		
B	Inter-Grupos	5	12.02	3.655**
	Intra-Grupos	144	3.29	
	Total	149		
I	Inter-Grupos	5	14.83	3.448**
	Intra-Grupos	144	4.30	
	Total	149		
P	Inter-Grupos	5	12.32	1.638
	Intra-Grupos	144	7.52	
	Total	149		
ID	Inter-Grupos	5	40.45	4.386**
	Intra-Grupos	144	9.22	
	Total	149		
IA	Inter-Grupos	5	36.33	3.161*
	Intra-Grupos	144	11.49	
	Total	149		

* P<.05 ** P<.01

Legenda: DT – Desejo de Emagrecer; BD – Insatisfação Corporal; MF – Medo da Maturidade; B – Bulimia; I – Ineficácia; P – Perfeccionismo; ID – Desconfiança Interpessoal; IA – Reconhecimentos das Sensações Físicas.

renças, procedeu-se a uma comparação múltipla dos resultados médios de cada modalidade, utilizando o teste de Scheffé.

Apesar ter-se verificado que existem diferenças significativas entre os grupos na Escala da Bulimia, quando procedemos à comparação múltipla dos grupos, verificamos que não existem diferenças significativas entre as modalidades. Apenas a diferença entre os resultados do judo e do hóquei de campo ($p=.076$) se aproxima do nível de significância considerado ($\alpha=5\%$), isto é, as atletas do hóquei de campo apresentam mais comportamentos bulímicos do que as atletas do judo.

A comparação múltipla, revela que as hóqueistas apresentam significativamente mais sentimentos de ineficácia e apresentam uma auto-avaliação mais negativa do que as ginastas (2.08, $p<.05$) e as judocas (1.96, $p=.05$).

Nesta sub-escala, verificam-se diferenças estatisticamente significativas apenas entre as atletas da ginástica e as atletas do hóquei de campo. As hóqueistas apresentam resultados médios significativamente superiores aos das ginastas (3.04, $p<.05$), isto é, manifestam uma maior relutância em ter relações próximas com os outros. Apesar de não ser significativo para o nível considerado ($\alpha=5\%$), também se verifica que as praticantes de atletismo apresentam igualmente uma maior desconfiança interpessoal do que as ginastas (2.72, $p<.08$).

Apesar de não apresentar diferenças individuais estatisticamente significativas entre os grupos, a diferença entre o score médio das atletas do atletismo e o das atletas do judo (3.08, $p=.73$) na sub-escala do reconhecimento das sensações físicas aproxima-se do nível de significância considerado ($\alpha=5\%$) e apontam para uma maior dificuldade das primeiras em reconhecer e identificar de forma confiante as emoções e sensações de fome ou saciedade.

4. DISCUSSÃO

Era objectivo deste trabalho estudar a prevalência de comportamentos e atitudes alimentares de risco em atletas do sexo feminino provindas de seis modalidades distintas (ginástica, atletismo, judo, natação, hóquei de campo e andebol), e simultaneamente verificar a existência de

uma maior prevalência destes mesmos comportamentos nas modalidades ditas de alto risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (ginástica, atletismo, judo e natação) comparativamente às modalidades ditas de baixo risco (hóquei de campo e andebol).

De facto, tem sido sugerido que para melhorar a performance desportiva, as atletas femininas recorrem frequentemente a métodos patológicos de redução do peso corporal, métodos esses associados a perturbações alimentares (Thompson & Sherman, 1993; Warren et al., 1990). No entanto, globalmente, este resultado não foi confirmado neste estudo.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com os scores médios das pacientes com perturbações indicados na «Profile Form»¹ da Eating Disorder Inventory – EDI (Garner et al., 1983), verificamos que nenhum dos grupos da amostra exibem um padrão de características psicopatológicas relacionadas com as perturbações do comportamento alimentar. Apenas verificamos valores semelhantes aos obtidos pelas pacientes com perturbação alimentar, na sub-escala do Medo da Maturidade em todos os grupos e na sub-escala da Desconfiança Interpessoal nas atletas do atletismo, hóquei de campo e andebol (ver Quadro 3). Estes resultados vão no sentido dos resultados encontrados no estudo de Ashley et al. (1996), que igualmente não verificaram padrões de características psicopatológicas semelhantes aos das pacientes com perturbação do comportamento alimentar em nenhum dos grupos estudados (vôlei, futebol, dança, corta-mato, basquetebol, natação e mergulho, golfe, atletismo, ginástica e ténis). Mas tanto os resultados verificados neste trabalho como no estudo realizado por Ashley et al. (1996), discordam dos encontrados por Sundgot-Borgen (1994), em que 22,4% das 522 atletas participantes seriam classificadas de ‘alto risco’ de desenvolvimento de perturbação do comportamento alimentar tendo por base os scores obtidos no EDI.

¹ A Profile Form da EDI fornece dados sobre o perfil de uma paciente com perturbação alimentar e o perfil da população normal relativamente aos scores esperados nas sub-escalas do EDI.

A maioria dos estudos efectuados na área (Borgen & Corbin, 1987; Davis & Cowles, 1989; Garfinkel & Garner, 1982; Sundgot-Borgen, 1994) sugerem a existência de uma maior prevalência de comportamentos e atitudes alimentares de risco em atletas provindas de modalidades em que se coloca uma maior ênfase num corpo pequeno e magro como sinónimo de uma melhor performance desportiva (e.g. atletismo, natação) ou nas modalidades em que os atletas são divididos em escalões determinados pelo peso corporal (e.g. luta greco-romana, judo) ou ainda nas modalidades em que os resultados desportivos dependem de avaliações externas feitas por juízes, do que nos atletas provindos de modalidades em que esta pressão é menos evidente (Swoap & Murphy, 1995). Os resultados deste estudo não são concordantes com esta hipótese..

De facto, em quatro das oito sub-escalas do EDI (desejo de emagrecer, medo da maturidade e perfeccionismo) não se verificaram diferenças significativas entre os grupos estudados. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Ashley et al. (1996) em que verificaram não existir diferenças significativas em todas as escalas do EDI entre as modalidades que colocam um maior ênfase na magreza e as modalidades em existir uma menor ênfase. Embora não tenha atingido o nível de significância considerado ($\alpha = 5\%$), a sub-escala da insatisfação corporal aproximou-se deste valor, revelando uma maior insatisfação corporal por parte das atletas do judo, natação, hóquei de campo e andebol do que por parte das ginastas e das atletas do atletismo. Mas discordam dos resultados obtidos no estudo de Warren, Stanton e Blessing (1990), em que as atletas da ginástica e do atletismo obtiveram resultados mais elevados do que as atletas das outras modalidades estudadas (basquetebol, vóleibol, natação e ténis).

Verificou-se, no entanto, diferenças estatisticamente significativas nas restantes quatro sub-escalas do EDI (bulimia, ineficácia, desconfiança interpessoal e reconhecimento das sensações físicas). Apesar das diferenças encontradas, o teste de Scheffé revelou existir diferenças inter-grupos significativas apenas nas sub-escalas da ineficácia e desconfiança interpessoal.

Na escala da ineficácia verificou-se que as atletas do hóquei de campo obtiveram scores significativamente superiores do que as ginastas. Não se verificaram diferenças significativas entre as restantes modalidades. Estes resultados foram algo surpreendentes, dado que os sentimentos gerais de ineficácia e uma auto-avaliação global negativa são uma das características psicológicas fundamentais das perturbações do comportamento alimentar, principalmente da anorexia nervosa (Bruch, 1975). Seria de esperar que surgissem com maior frequência nas modalidades ditas de maior risco, neste caso na ginástica, atletismo, judo e natação, do que nas modalidades ditas de menor risco, hóquei de campo e andebol. Não existem justificações para estes resultados. Seria necessário apurar-se alguns dados para poder justificar os scores obtidos, tais como a classificação ou 'ranking' das equipas de hóquei de campo e das ginastas estudadas de forma a compreender se os seus resultados desportivos tinham efeitos sobre os seus sentimentos de ineficácia ou ainda estudar as razões que levaram as hoquistas de campo a optarem pela prática da modalidade, já que o hóquei de campo é uma modalidade de menor expressão no panorama desportivo nacional.

Relativamente à escala da desconfiança interpessoal, o teste de Scheffé revelou que as atletas do hóquei de campo obtiveram resultados significativamente mais elevados do que as atletas da ginástica, isto é reflectiam um maior sentido de alienação e uma desconfiança geral face aos outros. Estes resultados discordam dos resultados obtidos por Davis e Cowles (1989), em que as atletas de modalidades ditas de alto risco de desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar, incluindo a ginástica, revelavam ser mais introvertidas e de um modo geral manifestavam uma maior relutância em ter relações próximas com os outros.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as restantes modalidades. Novamente não se encontram razões que justifiquem estes resultados, podendo no entanto colocar algumas hipóteses explicativas tais como possíveis baixos níveis de coesão de grupo nas equipas de hóquei de patins estudadas ou um momento de insatisfação das equipas coincidentes com o momento da aplicação do inven-

tário. Mas estas hipóteses são meras especulações que teriam que ser abordadas em futuros estudos.

Os resultados obtidos poderão ter sido influenciados pelo facto de a escolha das atletas participantes não seguir um critério totalmente aleatório mas sim um critério de ocasião, isto é, as atletas que participaram no estudo eram as atletas disponíveis no momento da aplicação da escala, e também pelo facto de os grupos serem compostos por amostras pequenas ($n=25$). Dado a ausência quase total de estudos na área das perturbações alimentares em atletas, em Portugal, e ausência de estudos trans-culturais na mesma área, é impossível estudar o impacto cultural.

Outra limitação deste estudo consiste no próprio instrumento. Investigadores tais como Brownell, Rodin e Wilmore (1986 In Gutekunst & Murphy, 1997) têm sugerido que os resultados obtidos através de questionários de auto-preenchimento, são frequentemente questionáveis, relativamente à avaliação de perturbações tão graves como a anorexia e bulimia nervosa. Segundo estes autores, na maioria dos casos os resultados tendem para um sub-valorização do problema. Eles sugerem uma série de alternativas à utilização deste tipo de instrumentos, tais como, entrevistas clínicas e avaliação das fichas de admissão em centros de medicina desportiva.

Os resultados obtidos neste estudo são importantes na medida que sugerem uma crescente tendência do surgimento de algumas características psicopatológicas associados as perturbações do comportamento alimentar: ineficácia, desconfiança interpessoal e perturbação no reconhecimento das sensações físicas (Bruch, 1975), em modalidades consideradas habitualmente de menor risco de desenvolvimento de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, alertando assim para uma maior vigilância de sinais e sintomas nas atletas destas mesmas modalidades.

Concluindo, para aprofundar os resultados obtidos neste estudo será fundamental a realização de novos trabalhos que estudassem mais modalidades e com amostras de maior dimensão. Seria igualmente muito interessante a realização de um estudo trans-cultural que comparasse atletas de várias culturas relativamente a comportamentos e atitudes alimentares, de forma a compreender o impacto cultural na prevalência destes mesmos comportamentos e atitudes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmo, I. (1994). *A Vida por um fio: A anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Carmo, I., et al. (no prelo). *Inventário de Perturbações Alimentares – EDI*.
- DSM-IV – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1994). (4.^a ed., tradução portuguesa) (pp. 553-565). Associação Psiquiátrica Americana.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (2), 15-34.
- O'Brien, E. (1998). *Starving to win: Athletes and eating disorders*. New York: The Rosen Publishing Group.
- Petrie, T. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 424-436.
- Swoap, R., & Murphy, S. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. In S. Murphy (Ed.), *Sport Psychology Interventions* (pp. 307-326). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Thompson, R., & Sherman, R. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Warren, B., Stanton, A., & Blessing, D. (1990). Disordered eating patterns in competitive female athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 565-569.

RESUMO

As perturbações do comportamento alimentar são um dos maiores flagelos da nossa sociedade, apesar do reconhecimento da sua gravidade ser mais evidente nas últimas duas décadas. As perturbações alimentares e as suas expressões são determinadas por múltiplos factores e variáveis, sendo alguns destes factores inerentes a qualquer atleta de competição. O estudo apresentado procura contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno. Este estudo procurou igualmente confirmar a existência de um maior número de comportamentos e atitudes alimentares de risco em atletas femininas de modalidades ditas de alto risco, relativamente à prevalência de perturbações alimentares, comparativamente a modalidades ditas de baixo risco.

Palavras-chave: Perturbações do comportamento alimentar, atitudes e comportamentos alimentares, atletas femininas, Eating Disorder Inventory (EDI).

ABSTRACT

Eating disorders are one of the biggest problems

affecting today's society. In spite of the recognition of its danger and importance, this has only happened in the last two decades. The causes for eating disorders are attributed to a number of multiple factors and variables, some of those that are inherent to any competitive athlete. This study tried to contribute to a better understanding of this phenomena in the sport environment. This study also tried to confirm the existence of a significant higher presence of riskful eating

behaviors and attitudes in sports that are hypothetically at a higher risk of developing eating disorders (e.g. gymnastics, athletics, judo and swimming) than in sports that are at a lower risk of developing eating disorders (field hockey and handball).

Key words: Eating disorders, eating behaviors and attitudes, female athletes, Eating Disorder Inventory (EDI).