

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**A Influência do Perfeccionismo na (In) Satisfação com a
Imagem Corporal e na Ansiedade Física Social de jovens
adultos do sexo feminino**

Andreia Sofia Leal Afonso

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Faro

2011

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**A Influência do Perfeccionismo na (In) Satisfação com a
Imagem Corporal e na Ansiedade Físico-Social de jovens
adultos do sexo feminino**

Andreia Sofia Leal Afonso

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faro

2011

AGRADECIMENTOS

Desejo aqui manifestar o meu sincero agradecimento a todos os participantes que tão amavelmente se dispuseram a colaborar neste estudo, e sem os quais a sua concretização não seria possível.

É para mim essencial agradecer primeiramente à Professora Doutora Ida Lemos por se manifestar imediatamente disponível em colaborar no prosseguimento desta tese, pela orientação fornecida, pelas sugestões e correções, e pela infindável paciência que sempre demonstrou durante todo o processo, e por me fazer acreditar ser possível.

Ao Professor Doutor Pestana da Cruz, à Mestre Cláudia Carmo, à Mestre Marta Brás, e à Mestre Alexandra Gomes pelo apoio facultado ao longo deste percurso.

Um agradecimento muito especial ao Santana da Silva, por todo o apoio emocional prestado nas alturas mais difíceis, pela força e por sempre acreditar...

À minha família por todo o suporte e por me ajudar a ultrapassar as adversidades.

Aos meus companheiros de guerra, que me acompanharam nesta jornada e me apoiaram com a sua infinita amizade, Cátia Sousa, Inês Dias, Andreia Félix e Sílvia Revés.

Aos seres que fazem parte da minha vida...

RESUMO

Este estudo tem como principal objectivo investigar a eventual influência quer das dimensões, quer dos níveis de perfeccionismo (Perfeccionismo Socialmente Prescrito, Perfeccionismo Auto-orientado, e Orientado aos Outros) sobre os níveis de insatisfação com a imagem corporal em mulheres jovens, bem como, a vivência de ansiedade social associada à imagem corporal.

Trata-se de um estudo correlacional com um corte transversal. A amostra é composta por 80 mulheres jovens adultas, estudantes na Universidade do Algarve. Com vista à prossecução dos objectivos do estudo utilizámos os seguintes instrumentos: Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H) (Hewitt & Flett, 1991); *Body Image Assessment Software* (BIAS) (Letosa-Porta, Ferrer-García & Gutiérrez-Maldonado, 2005); *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) (Hart et al. 1989).

Os resultados obtidos indicam relações significativas entre o Perfeccionismo e a Ansiedade Física Social, sendo que esta associação revela-se particularmente significativa com a dimensão do Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Foi ainda encontrada uma relação significativa mas moderada entre o Perfeccionismo Socialmente Prescrito e o Perfeccionismo Auto-orientado. Ao contrário do esperado, o Perfeccionismo não apresentou qualquer relação significativa com a Insatisfação corporal; Contudo esta última variável apresentou uma associação estatisticamente significativa com a Ansiedade Física Social. Os dados encontrados sugerem a não existência de relações lineares entre o Perfeccionismo e uma baixa satisfação percebida pelos sujeitos. Um futuro estudo deverá analisar estas variáveis em amostras clínicas, e ainda explorar eventuais relações entre a gravidade psicopatológica do Perfeccionismo e a relação entre este e a aparência.

Palavras-chave: Perfeccionismo, Perfeccionismo Auto-orientado; Perfeccionismo Orientado aos Outros; Perfeccionismo Socialmente Prescrito; Insatisfação corporal, Ansiedade Física Social.

ABSTRACT

The main objective of this study is to investigate the possible influence of the dimensions and levels of perfectionism (Socially Prescribed Perfectionism, Self-Oriented Perfectionism, Other-oriented) on the levels of dissatisfaction with the body image in young women, as well as the experience of Social anxiety associated with body image.

It is a correlational, cross sectional study. The sample is composed of 80 young female adults, students at the University of Algarve. In order to achieve the objectives of the study we used the following instruments: the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H) (Hewitt & Flett, 1991), Body Image Assessment Software (BIAS) (Port-dialects, Ferrer-Garcia & Gutierrez-Maldonado, 2005); Social Physique Anxiety Scale (SPAS) (Hart et al., 1989).

The results indicate significant relationships between Perfectionism and Social Physique Anxiety, and this association is particularly strong with the dimension of Socially Prescribed Perfectionism. It was also found a moderate but significant relationship relative to the dimension of the Self-oriented Perfectionism.

Contrary to expectations, Perfectionism did not show any significant association with Body dissatisfaction, however this variable showed a statistically significant association with Social physique anxiety. The findings suggest that there is no linear relationship between Perfectionism and low satisfaction levels. A future study should address the relationships between these variables in clinical samples, and explore possible relations between severe states of Perfectionism should be studied in association with physical appearance.

Keywords: Perfectionism, Self-oriented Perfectionism, Other-oriented Perfectionism, Socially Prescribed Perfectionism, Body dissatisfaction, Social Physique Anxiety.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

ÍNDICE

PARTE I	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	6
1.	INTRODUÇÃO	12
2.	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
2.1.	A Influência dos meios de comunicação social na imagem corporal.....	14
2.1.1.	Insatisfação com a imagem corporal.	16
2.1.2.	Relação entre insatisfação com a imagem corporal e comorbilidade com perturbações mentais.	23
2.3.	Ansiedade física social	26
2.4.	A relação entre perfeccionismo, insatisfação corporal e ansiedade física social ...	29
PARTE II	ESTUDO EMPIRICO	
3.	METODOLOGIA	39
3.1.	Objectivos e questões de investigação	39
3.3.	Amostra	41
3.4.	Instrumentos	45
3.5.	Procedimento de recolha de dados	51
3.6.	Procedimento de análise e tratamento de dados	53
4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	55
i.	Caracterização da amostra segundo condutas de restrição alimentar, preocupação com o peso, ansiedade em controlar o mesmo e bem-estar pessoal e satisfação com a vida.	55
ii.	Comparação das variáveis em estudo.....	59
iii.	Caracterização da amostra segundo as escalas em estudo	60
iv.	Análise da relação entre o Perfeccionismo e as variáveis psicológicas e psicossociais	64

v. Análise da relação entre a Ansiedade Física Social e as variáveis psicológicas e psicossociais	72
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
a) Perfeccionismo	81
b) Ansiedade Física Social	86
c) Insatisfação Corporal.....	92
6. CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A- Consentimento Informado

Anexo B- Questionário Sócio-Demográfico

Anexo C- Escala Multidimensional de Perfeccionismo

Anexo D- Escala de Ansiedade Físico-Social: EAFS

Anexo E- Coeficiente de correlação de *Pearson* entre as dimensões da escala MPS-H, SPAS, BIAS e IMC, RA, PCP, ACP, CF, BCP, SV e Idade (n=80)

Anexo F- Pedido de autorização para cooperação num projecto de investigação em Psicologia Clínica e da Saúde: Tese de Mestrado.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Características da amostra	43
Tabela 2 Médias e Desvios Padrão segundo a restrição alimentar, preocupação em controlar o peso, ansiedade em não controlar o peso, comparação da sua felicidade com a dos amigos, sentir-se bem consigo próprio e satisfação com a vida	56
Tabela 3 valores médios das sub-escalas avaliadas pela MPS-H e SPAS.....	61
Tabela 4 Valores médios das sub-escalas de BIAS.....	63
Tabela 5 Coeficiente de correlação de Pearson entre o perfeccionismo socialmente prescrito desajustado e a insatisfação corporal (N=80)	65
Tabela 6 regressão entre o perfeccionismo total na ansiedade física social total (Metodo Enter) N=80	65
Tabela 7 Regressão entre as dimensões do perfeccionismo e ansiedade física social Total (Método Enter) N=80	66
Tabela 8 Regressão entre as dimensões do perfeccionismo e a ansiedade física social (Factor 1) (Método Enter) N=80	67
Tabela 9 Regressão entre o perfeccionismo e a ansiedade física social (Factor 2) (Método Enter) N=80	68
Tabela 10 Regressão entre o perfeccionismo e a restrição alimentar (Método Enter) N=80	68
Tabela 11 Regressão entre o perfeccionismo e a preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80	69
Tabela 12 Regressão entre o perfeccionismo e a ansiedade em controlar o peso (Método Enter) N=80	70
Tabela 13 Regressão entre o perfeccionismo e o bem-estar com o próprio (Método Enter) N=80	70
Tabela 14 Regressão entre o perfeccionismo e a satisfação com a vida (Método Enter) N=80.	71
Tabela 15 Regressão entre o perfeccionismo e o índice de massa corporal (Método Enter) N=80	72
Tabela 16 Regressão entre a idade cronológica e o perfeccionismo (Método Enter) N=80	72
Tabela 17 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação total (Método Enter) N=80	73
Tabela 18 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação de perfil (Método Enter) N=80	74

Tabela 19 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação frontal (Método Enter) N=80	74
Tabela 20 Regressão entre a ansiedade física social e o índice de massa corporal (Método Enter) N=80	75
Tabela 21 Regressão entre a ansiedade física social e a preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80	76
Tabela 22 Regressão entre a ansiedade física social e na ansiedade em controlar o peso (Método Enter) N=80	77
Tabela 23 Regressão Influência da Ansiedade Física Social no Bem-estar do próprio (Método Enter) N=80	78
Tabela 24 Regressão entre a ansiedade física social e a satisfação com a vida (Método Enter) N=80	78
Tabela 25 Regressão entre o índice de insatisfação frontal e de perfil no IMC (Método Enter) N=80	79
Tabela 26 Regressão entre o índice de insatisfação frontal e de perfil na preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80.....	80

1. INTRODUÇÃO

O conceito de perfeccionismo tem sido objecto de crescente interesse pela comunidade científica ao longo dos últimos anos, atribuindo-se-lhe um papel importante em diversas formas de sofrimento psicológico. Entre as variáveis associadas ao perfeccionismo incluem-se as expectativas irrealistas e o receio de uma eventual avaliação negativa por parte de outrem. Esta apreensão, quando conciliada com um elevado sentido de auto-crítica (característica do perfeccionismo), aumenta o risco de desenvolvimento de perturbações relacionadas com a imagem corporal, assim como, o sofrimento subjacente e a insatisfação ligada às preocupações com a aparência física. Neste sentido, o perfeccionismo aparenta ser um traço de personalidade ligada aos padrões crónicos de insatisfação com a imagem corporal (Bardone-Cone, Cass, & Ford, 2008). Assim, o presente estudo pretende examinar a natureza da relação entre o perfeccionismo e a insatisfação dos sujeitos com o corpo, tendo em conta um visão multidimensional do mesmo. Nesta ordem de ideias, Hewitt e Flett (1991) sugeriram que a associação entre estas variáveis envolve as diferentes dimensões do perfeccionismo. Deste modo, torna-se relevante averiguar quais as dimensões em particular que podem influir na insatisfação dos sujeitos com o seu aspecto físico.

Uma vez que sujeitos com elevados padrões perfeccionistas tendem a exigir demasiado de si próprios, inclusive em situações sociais nas quais pretendem um desempenho social sem falhas, mais provavelmente estes sentirão grandes dificuldades em sentir-se satisfeitos com o modo como são considerados pelos outros. Esta preocupação excessiva, com o passar do tempo, pode ser reforçada pelas tentativas falhadas em alcançar a performance social desejada e ainda, pelos esforços em se apresentar de forma perfeita perante os outros (Schlenker & Leary, 1982).

Ao estabelecer elevados padrões de exigência e ao mesmo tempo tentar evitar a possibilidade de fracasso percebido pelos outros (ou seja, uma auto-percepção de que outros o vêem de forma negativa), quer na aparência, quer na forma física, os sujeitos podem sentir maiores estados de ansiedade em relação ao corpo. Da mesma forma, podem sentir uma preocupação elevada com o seu físico, pela possibilidade de falhar na auto-apresentação de acordo com a sua percepção de perfeição (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002). Deste modo, pretendemos neste estudo determinar a relação entre o Perfeccionismo e a Ansiedade Física Social, assim como, a possível Insatisfação com o corpo.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. A Influência dos meios de comunicação social na imagem corporal

Nas sociedades ocidentais, onde a aparência é extremamente valorizada, e na qual ser atraente confere uma considerável vantagem a nível social, torna-se particularmente sensível a questão inerente à necessidade de adopção do ideal de magreza instituído pela mesma. Neste sentido, as pessoas são constantemente bombardeadas com informação que facilmente é difundida através dos canais e redes de comunicação social. (Tiggerman, 2003). Segundo Esnaola, Rodríguez, e Goñi (2010) o marketing agressivo levado a cabo pelos interessados desenvolve, nos indivíduos a que a ele estão sujeitos, inúmeras pressões que se reflectem a nível sociocultural. É de facto o recurso à publicidade o meio que influi maior impacto nos indivíduos, superando mesmo o efeito dos modelos e situações sociais e das mensagens verbais.

De facto, nas culturas ocidentais, a influência de um padrão ideal de imagem corporal na população adulta jovem parece ser mais significativa nas mulheres do que nos homens, baseada na crença de que é a população feminina quem se encontra mais vulnerável às exigências de tais estatutos de beleza (Hargreaves & Tiggemann, 2004). Assim, as mulheres preocupam-se mais com a manutenção de um aspecto jovial, enquanto indicador da sua atractividade e conseqüente valor pessoal, tendendo assim a investir mais no seu aspecto físico, de modo a melhorar os seus atributos (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010; Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010). Do mesmo modo, os indivíduos do sexo feminino mostram-se mais focados nas questões relacionadas com a aparência física e menos satisfeitas com a mesma (Abbott & Barber, 2010; Esnaola, Rodríguez, & Goñi, 2010; Goldfield, et al. 2010; Xu, et al., 2010). Deste modo, as mulheres estão mais predispostas a responder a ameaças à imagem corporal

com pensamentos e comportamentos focados na aparência (Abbott & Barber, 2010). Ao mesmo tempo, tendem a acarretar uma visão negativa e por vezes demasiado crítica das suas características físicas (Vartanian & Hopkinson, 2010; Dijkstra & Barelds, 2011).

Estes padrões extremamente rígidos, que são formulados e disseminados pelos meios de comunicação social, são praticamente impossíveis de alcançar para a maior parte dos indivíduos devido às características específicas que os constituem, tais como, uma estatura alta com formas corporais esguias (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010). Estes ideais de beleza pouco realistas transmitidos pelos meios de publicidade constituem uma importante fonte de comparação social. Assim, quem apresenta maiores níveis de investimento na aparência tende a envolver-se em tais comparações sociais (Hargreaves & Tiggemann, 2004). Neste sentido, uma maior exposição a mensagens transmitidas pelos meios de comunicação social encorajando a perda de peso, está fortemente ligada a um aumento de comportamentos de comparação com os ideais por eles transmitidos, o que, por seu turno, se encontra estreitamente associado ao desenvolvimento de processos mentais que integram percepções negativas da sua própria imagem corporal, consequência de tais comparações (Van Den Berg, et al., 2007; Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010).

Segundo Posovac e Posovac (2001) se essa comparação social com mensagens recebidas dos meios de comunicação social, não fosse levada a cabo pelas mulheres, existiria uma menor probabilidade de perceberem uma eventual discrepância entre os seus próprios corpos e os que são idealizados e propagados pela comunicação social. Desta forma, mesmo que essa discrepância fosse percebida pelo indivíduo ela tenderia a ser entendida como demasiado utópica, tornando-se desta forma menos válida para o próprio sujeito.

2.1.1. Insatisfação com a imagem corporal.

De facto, nas diferentes fases da vida a relação que os indivíduos têm com os seus corpos altera-se e reconstrói-se, sendo o período de vida em que essa relação se revela mais sensível a adolescência. Neste período, o corpo está constantemente sujeito a mudanças físicas e hormonais por vezes difíceis de conciliar e aceitar, sendo comum existir uma incorrecta percepção do próprio peso entre os jovens (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, & Björkqvist, 2011). Nesta etapa do desenvolvimento, e de acordo com os autores Tiggemann (1992), Thompson, et al. (1998) e Tiggemann (2004), verifica-se uma influência mais acentuada da publicidade e dos modelos sociais nos jovens, que por sua vez se encontra associada nesta faixa etária a um pico mais elevado de imagem corporal negativa. Esta, por sua vez, vai diminuindo gradualmente até fases de vida mais tardias. No entanto, observamos a existência de novos picos durante o ciclo vital, sendo que na meia-idade e em pessoas mais idosas se pode observar fortes associações entre insatisfação corporal e pressões socioculturais percebidas, apesar de estas serem mais fracas do que nos jovens adultos (Esnaola, Rodríguez, & Goñi, 2010). É ainda nesta fase da vida que a atractividade física se encontra extremamente ligada ao sucesso interpessoal (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas 2010). Esta pressão percebida relativamente a agentes sociais para alcançar um ideal de beleza, no qual é enfatizado uma forma corporal mais delgada, torna-se maior à medida que a idade aumenta, tal como o stresse em relação ao próprio corpo que está implicado. De acordo com Caqueo-Urizar, et al. (2011) os maiores níveis de pressão sociocultural percebida situam-se entre os dezasseis e os dezoito anos de idade.

A percepção das pressões culturais sentidas precede a internalização de um ideal de magreza. No entanto, assim que este ideal se torna parte do sistema de crenças e

valores do sujeito, a dificuldade em cumprir esse ideal pode contribuir para a insatisfação corporal de forma mais significativa que as pressões externas percebidas (Knauss, Paxton, & Alsaker, 2007). Além do mais, segundo Vartanian e Hopkinson (2010), uma percepção de baixa capacidade de atractividade advém das próprias mulheres. Tais preocupações centradas sobre o aspecto físico prendem-se com o esforço levado a cabo pelo indivíduo para modificar, esconder ou corrigir características físicas percebidas como defeituosas, as quais, por sua vez reflectem, em parte, uma evitação tanto do *self* como da exposição social dessas mesmas características. Este tipo de evitação levará à experienciação de maiores níveis de insatisfação corporal e de disforia, aumentando a crença de que a sua aparência física influencia o seu valor pessoal, logo, impedindo a vivência de experiências de vida positivas relativas à imagem corporal (Cash, Santos, & Williams, 2005). Neste sentido, e de acordo com Laua, Cheungb, e Ransdellc (2008) o *self* físico tem uma importante conexão com o auto-conceito global, fundamental para compreender a auto-apresentação e a aceitação social. Deste modo, torna-se fundamental considerar o impacto do *self* físico na auto-estima segundo uma perspectiva cultural e mundial de modo a melhorar o auto-conceito, a imagem física relacionada com o valor próprio, assim como outros aspectos inerentes à imagem corporal.

A sensibilidade às consequências negativas previstas pelo sujeito, e que resultam de uma apreensão relativa à existência, ou meramente percepção, de zonas corporais consideradas pelo próprio como possuindo tecido adiposo em excesso, pode motivar indirectamente o desejo de mudança corporal, através do aumento das reacções psicológicas negativas experienciadas quando o próprio aspecto físico fica aquém do ideal (Mussap, 2007). Nesta ordem de ideias, segundo um estudo realizado por Vartanian e Hopkinson (2010), no qual se pretendia averiguar quais os factores

responsáveis pela influência da internalização de padrões sociais de atractividade, os investigadores recorreram a jovens estudantes do sexo feminino. Os resultados deste estudo sugeriram que os laços sociais podem ter uma função protectora/amortecedora contra a imagem negativa do próprio corpo, atenuando-a. No entanto, é possível que uma auto-imagem negativa leve a maior isolamento social face aos pares.

Tem sido referido que o conceito de imagem corporal compreende um constructo multifacetado, definido pelas auto-percepções, assim como atitudes relativas ao seu próprio corpo, particularmente, a sua aparência global (Brantley & Clifford, 1979; Cash & Pruzinsky, 2002; Cash & Smolak, 2011). Uma imagem corporal positiva corresponde a sentimentos de amor-próprio que abrangem o próprio corpo, permitindo que os sujeitos apreciem a beleza ímpar do seu corpo e as funções essenciais que realiza, aceitar o seu corpo, mesmo que as suas formas não se coadunem com as imagens idealizadas, sentir-se bonito, confiante, confortável e feliz com o seu físico. Tal é traduzido na ênfase das qualidades do próprio em oposição a confrontar-se com as suas imperfeições, possuir uma ligação com as necessidades do seu corpo, e por fim deter capacidade para interpretar as informações recebidas de modo a ter em conta a protecção do próprio físico, no qual a informação de carácter positivo é internalizada, enquanto as informações negativas são por sua vez rejeitadas ou reenquadradas (Wood-Barcalow, Tylka, & Horvath, 2010).

Alguns factores de personalidade cooperam e influenciam a imagem corporal dos sujeitos. Por exemplo, mulheres com altos níveis de extroversão e baixos níveis de neuroticismo tendem a perceber a sua aparência física de forma positiva, sendo que a abertura à experiência parece proteger o indivíduo da influência provocada pelos padrões culturais de beleza. Por conseguinte, de acordo com Kvaalem, Von Soest, e Roald (2006) estas mulheres tendem a apresentar-se mais satisfeitas com o seu próprio

corpo. Pelo contrário, a introversão constitui um traço de personalidade que facilmente se deixa influenciar por ideias negativas acerca da imagem corporal, desencadeando um maior investimento na sua aparência (Ingela Lundin Kvaalem, Von Soest, & Roald, 2006).

Uma explicação para este facto é dada por Wood-Barcalow, Tylka, e Horvath (2010) ao proporem um modelo holístico da imagem corporal, no qual está subjacente a interdependência de três processos - a reciprocidade (na qual as mulheres podem moldar as fontes de informação), a filtragem (da informação recebida) e a fluidez (o investimento no corpo pode expandir ou contrair com a base na informação filtrada) -, e quatro estruturas, nomeadamente, as fontes (as diferentes fontes de entrada da informação interagem entre elas), o filtro (emoções, as crenças, e percepções), o investimento do corpo e a avaliação do mesmo. De acordo com este modelo, mulheres com uma imagem corporal positiva tendem a filtrar selectivamente as fontes de informação positivas e a neutralizar as negativas, de modo a promover e manter uma avaliação corporal saudável e adequar o investimento no seu corpo de forma a tornar-se uma parte funcional e modesta da sua identidade.

Segundo Wood-Barcalow, Tylka, e Horvath (2010) a avaliação positiva dos próprios atributos físicos auxilia na orientação do investimento do indivíduo no seu corpo em direcção a um auto-cuidado não obsessivo. Constructos estes (a avaliação e o investimento no corpo), que estão em constante interacção. Esta avaliação positiva dos próprios atributos influencia directamente as fontes de recepção da informação, através da sua positividade interior, alterando o seu comportamento externo.

Uma outra questão associada à imagem corporal está relacionada com a motivação. Assim, as mulheres que se encontram mais motivadas para se manterem atractivas, não possuem necessariamente maior insatisfação corporal no dia-a-dia. No

entanto, um investimento tirano na aparência, que prima pela rigidez e obsessão, e que dita o valor próprio do sujeito, está associado a uma maior vulnerabilidade para estados menos positivos relativos à imagem corporal (Rudiger, Cash, Roehrig, & Thompson, 2007). Mulheres que apresentam cognições distorcidas relativas à imagem corporal, tendem a apresentar uma maior vulnerabilidade a flutuações respeitantes à satisfação ou insatisfação com a sua imagem corporal no dia-a-dia. Indivíduos que colocam menor ênfase em auto-avaliações que determinam o seu valor próprio tendem a possuir uma auto-estima mais elevada e mais estável (Rudiger, Cash, Roehrig, & Thompson, 2007). Pelo contrário, segundo um estudo desenvolvido por Grossbard, Lee, Neighbors, e Larimer (2009), as mulheres revelam uma maior preocupação com o seu peso e a forma do seu corpo, por comparação com os homens. De facto, indivíduos que se encontram mais insatisfeitos com a sua imagem física estão mais predispostos a possuir uma percepção distorcida do seu corpo, enquanto sujeitos mais satisfeitos com o corpo apresentam cognições mais realistas acerca do próprio (Forrest & Stuhldreher, 2007).

A percepção corporal pode ser dividida em duas componentes: a) uma primeira assente na diferença entre tamanho percebido e tamanho ideal, que por sua vez é fortemente influenciada pelo peso corporal relativo; b) a segunda componente prende-se com o facto de existir uma tendência para subestimar, assim como para sobrestimar as dimensões do corpo, após controlar o peso corporal relativo. É de salientar a discrepância existente nas auto-percepções das mulheres relação a partes corporais específicas, nas quais o peso parece ser mais relevante para o próprio, o modo como é visto em relação ao tamanho que este considera que deva ter. Esta discrepância assenta num elemento perceptivo que depende do grau de percepção errónea dessas partes corporais, nas quais o tamanho se torna particularmente relevante (Schlundt & Bell, 1993).

Tem sido referido que a insatisfação sentida pelas mulheres com a imagem corporal é bastante influenciada pela pressão sentida pelos pares, a qual parece depender mais da imagem corporal ideal do que da imagem corporal percebida (Guaraldi, Orlandi, Boselli, & O'Donnell, 1999). Segundo Kluck (2010), os factores intrapessoais (como o peso e a fisionomia corporal) encontram-se intrinsecamente relacionados com a insatisfação sentida com o corpo, ao passo que a distorção com a imagem corporal parece, por sua vez, relacionada com factores interpessoais, assim como, as comparações com figuras consideradas como ideais, divulgadas pelos agentes publicitários. Outros factores podem igualmente contribuir para o desenvolvimento e manutenção da insatisfação corporal, tal como apontam algumas investigações (Kluck, 2010; Menzel, et al., 2010) cujos resultados indicam que comentários críticos sobre o peso constituem preditores significativos sobre o aumento da insatisfação com a imagem corporal.

Estes factores de risco actuarium de modo a colocar alguns indivíduos em risco de desencadear um aumento de comportamentos de restrição alimentar (Goldfield, et al., 2010; Kluck, 2010).

A imagem corporal percebida pelos sujeitos parece ser influenciada pela imagem física ideal. Neste sentido, mulheres que desejam uma silhueta alta e esguia, de facto percebem-se a si próprias como mais altas e magras do que na realidade são (Guaraldi, Orlandi, Boselli, & O'Donnell, 1999). Num estudo publicado por Forrest e Stuhldreher (2007), no qual o objectivo principal consistiu em examinar quais os padrões relacionados com a insatisfação e distorção perceptiva da imagem corporal, os autores recorreram a uma amostra de estudantes universitários de ambos os sexos. Os resultados sugeriram que apesar de os estudantes reconhecerem qual a forma corporal considerada como atraente para o sexo oposto, ainda assim, desejavam ter formas mais magras do

que essa fisionomia, especialmente no grupo de estudantes do sexo feminino. O maior nível de insatisfação encontrado no estudo de Forrest e Stuhldreher (2007) indicou que o grau mais elevado de insatisfação com o corpo foi encontrado entre mulheres que possuíam uma forte idealização corporal, no sentido de um físico magro mas alto, não obstante de na realidade se perceberem mais altas e magras do que realmente eram. Neste sentido, quanto mais as mulheres da amostra desejavam ser magras, mais desejavam ser altas e vice-versa. No entanto, quanto mais ambicionavam ser altas mas insatisfeitas se encontravam com a largura e tamanho das suas formas, e mais desejavam perder peso.

Segundo Guaraldi, Orlandi, Boselli, e O'Donnell (1999) um menor grau de insatisfação corporal encontra-se intrinsecamente relacionado com uma imagem corporal ideal, bastante distinta da delegada pelo padrão corporal médio existente na nossa sociedade, ou seja, uma figura mais volumosa e de estatura mais baixa.

Em suma, a imagem corporal ideal que é internalizada pelo indivíduo afecta directamente a sua imagem corporal percebida. Particularmente, se este mantiver padrões de beleza condizentes com os padrões ditados pela sociedade desenvolve uma maior insatisfação corporal, quando o real e o percebido não se coadunam. Neste sentido, Williamson, Gleaves, Watkins, e Schlundt (1993) salientaram que a discrepância percebida face ao ideal que se estabelece para si próprio apresenta uma relação mais consistente com a insatisfação corporal do que o ideal de tamanho e forma corporal por si só, peso actual, ou mesmo uma percepção exacerbada das formas corporais. Assim, em sujeitos saudáveis, a imagem corporal ideal é um factor significativamente mais relevante para o desenvolvimento da insatisfação com o próprio corpo do que a imagem corporal percebida (Forrest & Stuhldreher, 2007).

2.1.2. Relação entre insatisfação com a imagem corporal e comorbilidade com perturbações mentais.

A ruminação constante e a presença de sentimentos negativos em relação ao próprio corpo podem igualmente colaborar no desenvolvimento da insatisfação corporal e da ansiedade em relação ao mesmo e aos outros (Etu & Gray, 2010). Como tal, a insatisfação com a imagem corporal pode desencadear comportamentos que originam o excesso de peso e precedem a obesidade, podendo a insatisfação com o corpo constituir-se como um antecedente distal da obesidade, e contribuindo para a manutenção da mesma (Goldfield, et al., 2010; Isomaa, Isomaa, Marttunen, Heino, & Björkqvist, 2011).

A insatisfação resultante de um estado de obesidade apresenta comorbilidade com a perturbação depressiva (Forrest & Stuhldreher, 2007) e conduz a uma maior gravidade dos sintomas depressivos (Goldfield, et al., 2010). O excesso de peso pode, igualmente ser consequência de uma interacção entre a auto-estima, o perfeccionismo e a insatisfação corporal, visto que a interacção entre estes três factores permite prever o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Segundo um estudo conduzido por Vohs, et al. (2001) a probabilidade de tal evolução suceder tende a aumentar em mulheres com atitudes perfeccionistas, com baixa auto-estima e insatisfeitas com os seus corpos.

Koyuncu, Tok, Canpolat, e Catikkas (2010) sugerem que a auto-estima e a satisfação corporal são componentes fundamentais que contribuem em grande parte para a saúde mental das mulheres. Por este motivo torna-se essencial prevenir o desenvolvimento de psicopatologia que se apresenta associada à insatisfação com o corpo, como é o caso das perturbações do comportamento alimentar, as quais estão fortemente associadas à ansiedade física social (Malheiro & Gouveia, 2001; Thompson

& Chad, 2002), especialmente se estas estiverem associadas a um perfeccionismo patente (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002).

2.2. Relação entre o Índice de Massa Corporal e Factores Psicológicos

O Índice de Massa Corporal (doravante designado por IMC), importante para compreender a insatisfação com o corpo, foi descrito pela primeira vez em 1860 por Quételet (1869), sendo actualmente uma das abordagens mais universais para avaliar o peso apropriado a uma dada altura. Esta medida fornece dados sobre a adiposidade mas não mensura a gordura corporal (Gropper, Smith, & Groff, 2009). Visto que o peso ponderal por si só não constitui o melhor método para determinar se um sujeito tem sobrepeso, se os quilos que o sujeito comporta são saudáveis ou não - pois tal depende da sua altura e da quantidade de gordura comparada à quantidade músculo -, a relação entre estes componentes é denominada por composição corporal (Eifert, 2004).

O Índice de Massa Corporal permite estimar a composição corporal e a obesidade, e formula-se a partir do peso mensurado em quilogramas (Kg) dividido pela altura medida em metros (m), e elevada ao quadrado ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) (WHO, 2004). Um Índice de Massa Corporal inferior a 18 kg/m^2 corresponde a um físico abaixo do peso, no qual um valor inferior a 16 kg/m^2 pode ser um forte indicador da existência de uma possível perturbação ou distúrbio alimentar. É considerado um peso saudável e normal entre os 18 kg/m^2 e os $24,6 \text{ kg/m}^2$; por sua vez, um IMC situado entre os $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ é considerado excesso de peso, associado a um aumento do risco de doença; um IMC entre os $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ corresponde a obesidade classe I, e entre os $35-39,9 \text{ kg/m}^2$ é considerado obesidade classe II, a obesidade mórbida de classe III corresponde à categoria mais gravosa desta condição, e o seu IMC situa-se num valor igual ou acima do 40 kg/m^2 (Gropper, Smith & Groff, 2009).

Segundo Tiggemann (2005) o peso real (Índice de Massa Corporal) encontra-se significativamente relacionado com a auto-estima, e demonstra um efeito marginal mas significativo no que se refere à percepção de sobrepeso. O facto de o indivíduo possuir excesso de peso, assim como, de se perceber com sobrepeso estão associados a um decréscimo de auto-estima num período relativamente curto de tempo. Numa investigação levada a cabo por este autor, é analisado o papel dos esquemas cognitivos relacionados com a aparência, como um preditor da mudança na insatisfação corporal em adolescentes do sexo masculino e feminino. Os dados alcançados sugerem que, de facto, a insatisfação com o corpo nas mulheres, se encontra ligada com os esquemas de processamento cognitivo relacionados com a aparência inicial mas não no grupo de homens.

As raparigas que apresentam excesso de peso são mais susceptíveis de receber um *feedback* social negativo, o qual, juntamente com a aquisição de um maior nível de consciencialização e sensibilidade, pode originar uma autocrítica mais severa e uma avaliação mais negativa do seu corpo (Tiggemann, 2005). No entanto, Rudiger, Cash, Roehrig, e Thompson (2007) constataram que não só raparigas adolescentes, mas também em mulheres adultas com excesso de peso, apresentam uma imagem mais negativa dos seus corpos, comparativamente a mulheres que possuam um menor peso. Deste modo, compreende-se a existência de uma forte relação preditiva entre o peso e a insatisfação com a imagem corporal, que, por sua vez, tende a aumentar a par com o Índice de Massa Corporal (Goldfield, et al., 2010; Xu, et al., 2010). Pelo contrário, mulheres que detêm um menor Índice de Massa Corporal, mostram uma maior propensão para apresentar níveis mais positivos de imagem corporal no seu quotidiano (Rudiger, Cash, Roehrig, & Thompson, 2007).

2.3. Ansiedade física social

É de salientar que uma percepção incorrecta do peso corporal pode mesmo contribuir para o desenvolvimento de estados de ansiedade a nível social, diminuindo os níveis de auto-estima do sujeito (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Heino, & Björkqvist, 2011). Neste sentido, a pressão sentida pelas mulheres em alcançar um corpo delgado surge, eventualmente, dessa comparação baseada na forma real do seu corpo com o ideal percebido da figura feminina, o que pode desencadear uma ansiedade relacionada com o próprio corpo (Sabiston, Croker, & Munroe-Chandler, 2005). Desta forma, é a discrepância entre percepção da imagem corporal real e a ideal que conduz à ansiedade física social, que por sua vez compreende uma preocupação excessiva em ser negativamente avaliado pelos outros no que se refere à sua aparência física (Hart, Leary, & Rejeski, 1989).

A preocupação constante com a impressão que o físico provoca a terceiros, e a consequente resposta de avaliação que estes emitem relativamente ao corpo, tende a desencadear estados de ansiedade. Esta é denominada por Ansiedade física social, conceito desenvolvido por Hart, Leary e Rejeski (1989), o qual se baseia em aspectos relacionados com a auto-apresentação, em que estão subjacentes os processos através dos quais os sujeitos controlam e supervisionam a forma como são percebidos por outros. Deste modo, o sujeito possuirá uma elevada eficácia de auto-apresentação se se perceberem como detentor de determinadas características que lhe permitem causar a impressão desejada a terceiros, e que o protegem contra a ansiedade social. Pelo oposto, uma avaliação negativa da sua prestação social, leva a que se considerem incapazes de lidar com as exigências sociais. Quer se trate de avaliações reais ou imaginárias, elas podem despoletar estados de ansiedade em relação ao aspecto físico (Leary &

Kowalski, 1995). Assim, esta ansiedade tão específica consiste na preocupação direccionada à impressão global que um sujeito provoca nos outros. No entanto, a ansiedade física social diferencia-se da ansiedade social por surgir como um produto de uma apreensão mais circunscrita e menos geral, pois o seu foco de atenção é dirigido à aparência física (Hart, Leary, & Rejeski, 1989).

É nas mulheres que a ansiedade física social apresenta maior prevalência (Kowalski, Mack, Crocker, Niefer, & Fleming, 2006; Niven, Fawkner, Knowles, Henretty, & Stephenson, 2009). Alguns autores apontam para a possibilidade de esta aumentar nos indivíduos, a par com a maturação dos mesmos: ou seja, à medida que os indivíduos crescem/se desenvolvem tende a aumentar também os traços de ansiedade física social (Niven, Fawkner, Knowles, Henretty, & Stephenson, 2009).

A ansiedade física social experimentada emerge nos sujeitos que dela padecem, associada a um sentimento de fraca auto-estima (Brunet, Sabiston, Dorsch, & McCreary, 2010; Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010). E a comparação física que as pessoas fazem relativamente a terceiros, tende a ampliar os níveis de ansiedade física social (McCreary & Saucier, 2009). Do mesmo modo, uma ansiedade exacerbada dirigida ao corpo, aumenta a probabilidade de preocupação com o seu peso e forma corporal. De facto, as mulheres consideradas como mais ansiosas em relação às suas características físicas são, em média, mais velhas e mais maduras fisiologicamente, mais altas e mais pesadas do que mulheres que apresentam baixos níveis de ansiedade física social (Thompson & Chad, 2002).

Em suma, entende-se que existe uma forte relação entre a ansiedade física social e a imagem corporal (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010), na medida em que sujeitos que se encontram mais satisfeitos com a sua aparência física revelam níveis menores deste tipo de ansiedade, e vice-versa. Assim, indivíduos que apresentam

cognições e pensamentos mais positivos relativamente às suas particularidades físicas demonstram menor preocupação em relação ao peso e aparência, assim como, à avaliação dos seus corpos por parte de outros. Do mesmo modo, sujeitos que se percebem com menor peso, que se sintam em maior forma física e que não experienciem necessidade de evitar situações sociais nas quais podem ser avaliados fisicamente, demonstram baixos níveis de ansiedade física social. Neste sentido, os sujeitos mais preocupados com o seu peso e forma física revelam maior ansiedade na avaliação por terceiros dos seus atributos físicos (Ginis, Murru, Conlin, & Strong, 2011), e demonstram uma imagem mais negativa das suas características físicas (Thompson & Chad, 2002). Ou seja, tanto a forma como o peso corporal constituem determinantes críticos através dos quais depende o sucesso interpessoal, que se encontra actualmente fundido à atractividade física. (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010).

Como já referimos anteriormente, as mulheres que apresentam um Índice de Massa Corporal mais elevado demonstram maiores estados de ansiedade física social. Tal sugere que o peso corporal e as preocupações concernentes à forma e aparência física inerentes, podem ser previstas pela idade do sujeito, pela insatisfação com a imagem corporal e pela ansiedade física social subjacente (Thompson & Chad, 2002).

Muitas mudanças específicas nas percepções que o sujeito tem da sua constituição física, independentemente do Índice de Massa Corporal, estão relacionadas com mudanças na restrição dietética, actividade física e ansiedade física social. Estes factores tendem a ser estáveis ao longo do tempo, mesmo com o Índice de Massa Corporal mantendo-se estável. Do mesmo modo, alterações na ansiedade física corporal encontram-se ligadas com as percepções que o sujeito tem da sua aparência física (Crocker, Sabiston, Forrester, Kowalski, Kowalski, & McDonough, 2003).

2.4. A relação entre perfeccionismo, insatisfação corporal e ansiedade física social

A incessante busca pela obtenção de um corpo perfeito, anteriormente referida, quando advém de pessoas com traços e tendências perfeccionistas torna-se particularmente exacerbada (Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton, & Joiner, 2000).

Possivelmente, a característica fundamental do perfeccionismo assenta no estabelecimento de elevados padrões de exigência. No entanto o estabelecimento de um padrão elevado de perfeccionismo, por si só, não é, de forma alguma, necessariamente psicopatológico (Pearson & Gleaves, 2006). No entanto, pode constituir um traço disfuncional, que predispõe para uma adaptação desajustada (Soenens et al., 2005).

Diversos autores argumentam que o perfeccionismo deveria ser pensado como um constructo multidimensional ao invés de unidimensional (Frost, Marten, Cathleen Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee, 2003; Tozzi, et al., 2004). Assim, importa estabelecer a distinção entre o perfeccionismo normal e adaptativo, que permite ao indivíduo estabelecer e perseguir os seus objectivos, e o perfeccionismo neurótico ou mal adaptativo que abarca aspectos mais negativos e patológicos do perfeccionismo (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990).

O perfeccionismo, segundo Hollender (1965) consiste na tendência de exigir de si próprio e dos outros uma maior qualidade de desempenho do que aquela que realmente é exigida pela situação. No mesmo sentido, Burns (1980) classifica os indivíduos perfeccionistas como aqueles cujos padrões de exigência vão para além do próprio seu alcance, e que se dirigem de forma compulsiva e incessante para objectivos inexecutáveis de alcançar, medindo o seu próprio valor apenas em termos de produtividade e concretização.

O perfeccionismo multidimensional é constituído por três dimensões, entre as quais o perfeccionismo socialmente prescrito, o perfeccionismo auto-orientado e o orientado aos outros. Relativamente ao perfeccionismo socialmente prescrito, as suas premissas assentam na crença de que os outros exigem que o sujeito seja perfeito, sem falhas, e está intrinsecamente associado com ao medo de avaliação negativa, e o mesmo tempo, à necessidade de aprovação pelos outros (Hewitt & Flett, 1991). Este tipo de atitudes perfeccionistas incluem o sentimento de incapacidade de alcançar a aparência física ideal estabelecida pelos padrões socioculturais o que pode contribuir para a insatisfação corporal (Bardone-Cone, Cass, & Ford, 2008).

No que concerne ao perfeccionismo auto-orientado, este apoia-se no princípio de que os indivíduos estabelecem padrões demasiado elevados e irrealistas sobre eles próprios, assim como consequentes avaliações demasiado rígidas e negativas sobre a sua própria performance (Hewitt & Flett, 1991). Esta dimensão do perfeccionismo é utilizada como uma ferramenta de auto-promoção que pode ser feita através da aparência física. Neste caso, uma mulher que experiencie insatisfação com o seu próprio corpo seria susceptível de o perceber como uma ruptura ao seu objectivo de auto-promoção perfeccionista (McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, & Flett, 2005). Como tal, o perfeccionismo auto-orientado e a auto-apresentações perfeccionistas podem promover uma baixa satisfação com a própria imagem e aparência física no seu geral, podendo favorecer ao mesmo tempo uma maior insegurança social (Gila, Castro, Gómez, & Toro, 2005) contribuindo para problemas a nível social originando a evitação social (Sherry, et al., 2009).

Davis (1997) acrescenta ainda que, quando o perfeccionismo neurótico apresenta baixos níveis, o perfeccionismo normal está positivamente associado com a satisfação corporal. No entanto, quando os níveis de perfeccionismo neurótico são elevados o

perfeccionismo normal está negativamente associado à satisfação corporal. Tal demonstra que o perfeccionismo neurótico não só aumenta, por si só, a insatisfação com o corpo, como potencia negativamente os efeitos do perfeccionismo normal.

Downey e Chang (2007) sugerem que as dimensões do perfeccionismo auto-orientado e do socialmente prescrito se encontram associadas à prática de regime alimentar, podendo mesmo evoluir para sintomas mais extremos, tais como os bulímicos. Não obstante, é o perfeccionismo socialmente prescrito que apresenta ligações mais robustas com as perturbações do foro alimentar, particularmente quando figuram associadas a elevados graus de insatisfação corporal, sendo especialmente predominantes no sexo feminino. Tal pode indiciar que à medida que as mulheres se tornam mais insatisfeitas com os seus corpos, as suas percepções acerca das expectativas impostas por terceiros podem desempenhar um papel fulcral na susceptibilidade dos sujeitos para desenvolver distúrbios alimentares.

Neste sentido, o ambiente universitário pode ser experienciado pelos estudantes como socialmente competitivo no que concerne à aparência física, o que pode contribuir por si só para o despoletar de tal perfeccionismo (Downey & Chang, 2007). Estes traços específicos de personalidade, quando em combinação com o neuroticismo, aparentam estar associados à imagem corporal, assim como, atitudes e condutas em coerência com o desejo de emagrecer (Davis, Karvinen, & McCreary, 2005).

De acordo com Davis, Claridge, e Fox (2000) é a discrepância entre o seu próprio julgamento de atractividade e o dos outros que determina as atitudes disfuncionais, o que permite que mulheres consideradas como atractivas pela generalidade das pessoas, possam desenvolver baixa auto-estima, caso se recusem a acreditar no que lhes transmitem, focando a sua atenção somente nos aspectos pouco evidentes. Assim, o neuroticismo e o perfeccionismo geral estão positivamente

associados aos aspectos mal adaptativos do perfeccionismo, que por sua vez são fortemente influenciados pela preocupação com o peso corporal.

O perfeccionismo socialmente prescrito constitui ainda um preditor significativo de baixos índices de gordura corporal, no mesmo sentido, esta especificidade do perfeccionismo quando manifestado em níveis mais altos apresenta associação com graus igualmente elevados de insatisfação com a quantidade de gordura corporal. Esta relação existente entre o perfeccionismo e a insatisfação corporal aparenta relacionar-se apenas com o peso em particular, pois o mesmo não se verifica com a estatura física. Em oposição, o perfeccionismo auto-orientado não apresenta relação com a insatisfação corporal, sugerindo que sujeitos detentores de elevados padrões pessoais não são mais propensos a desenvolver atitudes e comportamentos negativos relacionados com a gordura corporal ou mesmo com a estatura física (Grammas & Schwartz, 2009).

Contudo parece existir uma relação entre um estilo de auto-apresentação perfeccionista e a insatisfação corporal. No que diz respeito ao perfeccionismo socialmente prescrito, a associação entre este e a insatisfação corporal é mais significativa e consistente do que a relação estabelecida entre a insatisfação e o perfeccionismo auto-orientado (Sherry, et al., 2009).

Por sua vez, o estilo perfeccionista de auto-apresentação apresenta uma associação consistente com a auto-estima do indivíduo (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995).

Neste sentido, a interiorização e a tentativa de alcançar ideais que são difíceis de atingir pode contribuir para a vivência de insatisfação com o corpo em pessoas com elevados níveis de perfeccionismo socialmente prescrito (Sherry, et al., 2009), sendo que o perfeccionismo auto-orientado parece actuar como mediador na relação entre o perfeccionismo socialmente prescrito e a internalização dos ideais de magreza. No entanto, os ideais e objectivos socialmente prescritos somente surtem efeito se o sujeito

anteriormente os adoptou para si próprio, isto é, através de um perfeccionismo auto-orientado. Deste modo, padrões elevados de exigência estabelecidos por terceiros parecem não ser suficientes para tornar uma pessoa susceptível à internalização de ideais de magreza, assim como, de insatisfação corporal. Ao invés, é necessário que o sujeito estabeleça para si próprio, padrões elevados para que internalize um ideal de magreza, de modo a que posteriormente experiencie insatisfação corporal (Tissot & Crowther, 2008). Não obstante, o perfeccionismo socialmente prescrito nem sempre é mal adaptativo, pois os sujeitos sempre têm a opção de rejeitar a pressão exercida por terceiros (Kobori, Yamagata, & Kijima, 2005).

Devido ao facto de o perfeccionismo auto-orientado constituir a dimensão do perfeccionismo mais próxima do sujeito, esta é também a dimensão que mais se destaca no que se refere à tentativa de alcançar a imagem ideal de magreza (Tissot & Crowther, 2008). Deste modo, estes padrões utópicos de atractividade e magreza física encontram-se associados a padrões irrealistas relacionados a características pessoais, nas quais o indivíduo estabelece metas auto-impostas e auto-crítica demasiado severas. Neste sentido, o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito apresentam relações muito consistentes com a presença de perturbações mentais (Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura, & Toro, 2004).

Segundo Hewitt, Flett, e Ediger (1995) o estabelecimento de padrões utópicos gera insatisfação que é direccionada para o corpo, e geralmente é acompanhada por uma forte necessidade em evitar apresentar-se com imperfeições perante terceiros, tornando-se este um foco de constante preocupação. Tal demonstra a existência de uma relação entre o perfeccionismo orientado aos outros e o aumento de evitamento da exposição da imagem corporal. Um motivo para que tal suceda prende-se com o facto de as

preocupações perfeccionistas sobre a revelação do corpo se estender não só a si próprio mas também aos pares, numa necessidade de que os outros sejam também perfeitos.

Deste modo, as facetas sociais do perfeccionismo encontram-se fortemente ligadas à aparência física e auto-estima global. Por sua vez, esta necessidade em evitar a apreciação pública e a denúncia de imperfeições no próprio, podem mesmo representar os esforços levados a cabo pelo sujeito para evitar lembranças dolorosas sobre inadequações pessoais, evitando assim a consciência, para os outros e para si mesmo, de não corresponder às expectativas de perfeição (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995).

Esta incapacidade para mostrar ou aceitar as imperfeições, por mais pequenas que sejam, pode desempenhar um papel essencial na insatisfação corporal. Neste sentido, a falta de auto-aceitação, a aversão às imperfeições, assim como a apreensão com o escrutínio das suas falhas por parte de terceiros, podem despoletar um desejo em ocultar dos outros essas mesmas imperfeições físicas. Estas tentativas em encobrir imperfeições percebidas podem igualmente contribuir para o desencadear de problemas a nível social, inibindo o sujeito de estabelecer relações sociais baseadas na troca aberta de experiências. Estes indivíduos apresentam assim uma forte propensão para investir fortemente na sua aparência física, inclusive uma tendência para o processamento da informação relacionada com a aparência (Cash & Labarge, 1996), sendo que os próprios esquemas distorcidos envolvidos neste processamento contribuem para o desenvolvimento e intensificação da insatisfação. Estes sujeitos são particularmente sensíveis às mensagens provenientes da família, dos colegas e dos meios de comunicação social, que por sua vez enfatizam a relevância da aparência física. Tal parece contribuir para a activação e manutenção crónica de esquemas cognitivos rígidos e disfuncionais relacionados com o aspecto físico, que surgem como elo de ligação entre a relutância entre revelar as imperfeições e a insatisfação. Esta sobrevalorização das

informações recebidas podem fomentar a insatisfação corporal, particularmente se o meio envolvente e a cultura inerente assumem as imperfeições físicas como falhas na aparência do sujeito (Sherry, et al., 2009).

Contudo, a insatisfação corporal sentida apresenta-se associada com o perfeccionismo tanto em situações de stresse como em situações não stressantes, o que sugere que a insatisfação corporal, em condições ditas normais, pode não ser o suficiente para induzir pensamentos sobre o desejo de se tornar mais magro ou iniciar um regime alimentar. Os perfeccionistas de índole patológica percebem que nada é feito o suficiente bem (Ruggiero, Levi, Ciuna, & Sassaroli, 2002), pois possuem uma sensibilidade aguda no que se refere à avaliação, percebida como negativa por parte de terceiros. Assim, tendem simplesmente a revelar-se incapazes de evitar ou ignorar as cognições e efeitos negativos provenientes do perfeccionismo negativo. Quanto maior for o medo de avaliação negativa, menos bem-sucedidos e mais evitantes os sujeitos se tornam (Burns, Dittmann, Nguyen, & Mitchelson, 2000).

Assim, experienciam sentimentos de auto-crítica e sensação de ineficácia, pois deixam pouca margem para erros, percebendo mesmo as falhas mais insignificantes como susceptíveis de conduzir a um fracasso total. Este receio, por sua vez, causa danos na auto-estima e no bem-estar, assim como na vida social, familiar e interpessoal. O receio de cometer erros pode ser particularmente importante para indivíduos que padeçam de perturbações alimentares, pois interpretam qualquer défice percebido ou imperfeições físicas ou ponderais como falhas catastróficas relacionadas ao seu impiedoso desejo de uma auto-imagem social sem lacunas e defeitos. Tal não permite que o sujeito mostre as suas imperfeições ou admita as suas dificuldades (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995).

Pelo contrário o perfeccionismo positivo dá ênfase às recompensas individuais e contingências positivas: o desempenho não serve para minimizar as consequências negativas mas sim para obter elogios e reconhecimento, bem como sentimentos de controlo e domínio (Burns, Dittmann, Nguyen, & Mitchelson, 2000).

De facto, a interacção entre as três dimensões do perfeccionismo e a insatisfação corporal sentida, juntamente com uma baixa auto-estima, pode não só afectar respostas relacionadas com o peso do sujeito (tais como cognições e condutas bulímicas), mas também predizer o desenvolvimento de sintomas depressivos (Vohs et al., 2001).

No que se refere à satisfação do sujeito com a sua vida, alguns estudos demonstram que esta se vê prejudicada pela forma de pensamento perfeccionista, encontrando-se assim associado a uma baixa satisfação com a vida (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998). No entanto, outros autores (Stoeber & Stoeber, 2009) apoiam que ser perfeccionista num diversificado número de domínios não se encontra associado a uma baixa satisfação com a vida. Para além do mais, o perfeccionismo apresenta comorbilidade com a ansiedade (Sumi & Kanda, 2002), particularmente o perfeccionismo socialmente prescrito, o qual apresenta uma elevada sensibilidade à ansiedade. Possivelmente, a pressão social que é inerente a esta dimensão do perfeccionismo desempenha um papel etiológico no desenvolvimento de ansiedade (Onwuegbuzie & Daley, 1999; Stoeber, Otto, Pescheck, Becker, & Stoll, 2007).

Segundo Flett, Greene, e Hewitt (2004) a sensibilidade ao medo do descontrolo cognitivo contribui para a experiencição de pensamentos automáticos negativos, incluindo pensamentos perfeccionistas que exacerbam essa mesma sensibilidade à ansiedade. Esta associação é menos positiva quando associada às dimensões do perfeccionismo, auto-orientado e orientado para os outros. Possivelmente, para que esta

associação seja significativa é necessário experienciar níveis mais extremos de stresse. De acordo com Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton, e Joiner (2000) o perfeccionismo actuaaria como factor de vulnerabilidade, aumentando os níveis de ansiedade e de stresse em situações percebidas de avaliação física socialmente determinada.

Por sua vez, Haase (2011) refere que sujeitos que se auto-percepcionam como tendo excesso de peso mostram níveis mais elevados de perfeccionismo negativo, associado a maiores níveis de ansiedade física social. No mesmo sentido, Haase, Prapavessis, e Owens (2002) afirmam que este tipo de perfeccionismo pouco adaptativo se encontra positivamente relacionado com a ansiedade física social, enquanto o perfeccionismo positivo apresenta uma associação negativa com a mesma. Nesta linha de pensamento, o perfeccionismo despoleta ansiedade física social, pois a ansiedade dirigida ao corpo pode ter origem numa preocupação em não corresponder perante os outros aos seus próprios padrões de percepção de perfeição. Tal sugere que a pressão sócio-cultural, para encaixar numa imagem socialmente prescrita, leva à vivência de estados de ansiedade física social.

Em suma, e com base na revisão da literatura a investigação focada na influência dos níveis de perfeccionismo sobre os graus de satisfação com a imagem corporal pode contribuir para a detecção precoce de problemas psicopatológicos relacionados com a imagem corporal, pois o perfeccionismo poderá servir como base de sustentação para o estabelecimento e manutenção dessas distorções corporais, que levam à insatisfação com a própria imagem. Nesta ordem de ideias, consideramos relevante avaliar as suas influências e os factores envolvidos.

PARTE II

ESTUDO EMPIRICO

3. METODOLOGIA

3.1. Objectivos e questões de investigação

O enquadramento teórico apresentado anteriormente possibilitou uma reflexão sobre os efeitos do perfeccionismo na insatisfação corporal e na ansiedade dos sujeitos, despoletada pelo receio de avaliação negativa do seu aspecto físico por terceiros. A pertinência desta investigação prende-se com o facto de, atendendo a essa mesma revisão da literatura efectuada por nós, poucos estudos incidirem no estudo das relações entre o Perfeccionismo, a Ansiedade física-social, e a Insatisfação com a imagem e formas corporais.

Deste modo, a nossa questão de partida é: de que forma a (in)satisfação com o próprio corpo pode ser influenciada pelos níveis e dimensões do perfeccionismo e pela ansiedade física social?. Neste sentido, são **objectivos gerais** deste estudo:

1. Analisar eventuais relações entre os traços de personalidade perfeccionistas e os níveis de insatisfação corporal;
2. Investigar de que forma os traços de personalidade perfeccionistas e os níveis de insatisfação corporal estão associados à ansiedade física social.

São **objectivos específicos** deste estudo:

- a) Averiguar as possíveis relações existentes entre as diferentes variáveis sócio-demográficas e individuais em estudo (tais como a idade, a naturalidade, o estado civil, o estatuto sócio-económico, nível académico e correspondente ano de frequência, curso universitário) e as variáveis psicológicas em análise - as dimensões do perfeccionismo, a insatisfação corporal e a ansiedade física social,

- b) Analisar eventuais relações entre as variáveis sócio-demográficas em estudo e as variáveis: restrição alimentar, preocupação no controlo do peso corporal, ansiedade com a percepção de falta de controlo do mesmo;
- c) Averiguar se os níveis de insatisfação com a imagem corporal estão associados aos níveis de perfeccionismo do indivíduo e se os primeiros são influenciados pelo perfeccionismo;
- d) Investigar de que forma as dimensões do perfeccionismo (Perfeccionismo Socialmente Prescrito, Perfeccionismo Auto-Orientado e Orientado aos Outros) influem na ansiedade física social e na insatisfação com o corpo;
- e) Analisar se os estados de ansiedade física social explicam os níveis de insatisfação com a imagem corporal;
- f) Examinar a relação provável entre a ansiedade física corporal e o Índice de Massa Corporal dos sujeitos;
- g) Compreender possíveis relações entre os níveis de satisfação dos indivíduos com os seus corpos e o Índice de Massa Corporal;
- h) Analisar as possíveis relações entre restrição alimentar, e as dimensões do perfeccionismo, ansiedade física social e a insatisfação corporal;
- i) Estudar a preocupação com o controlo do peso corporal, com as diferentes dimensões do perfeccionismo, a insatisfação com o corpo e a ansiedade física social;
- j) Analisar uma eventual relação entre a ansiedade relativa à percepção de falta de controlo do peso corporal com os níveis de perfeccionismo, assim como, analisar uma eventual relação entre os níveis de ansiedade física social e a insatisfação corporal;

- k) Perceber qual a relação entre a percepção de felicidade e a satisfação com o próprio e com a vida, com as dimensões do perfeccionismo, com a ansiedade física social e com a insatisfação corporal.

3.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, com um corte transversal, de carácter descritivo correlacional. Jackson (2009) define os estudos de índole correlacional como um modo de estudar e estabelecer relações entre as diferentes variáveis e prever o comportamento das mesmas. Por não existirem estudos, por nós encontrados, que abordem esta temática, a investigação é guiada pelos objectivos atrás referidos.

No presente estudo o perfeccionismo é considerado como variável independente. A Ansiedade Física Social e a Insatisfação com a Imagem Corporal constituem-se como variáveis dependentes. São ainda definidas como variáveis independentes as variáveis sócio-demográficas, tais como, a idade, a naturalidade, o estado civil, o estatuto sócio-económico, o nível académico e o correspondente ano de frequência, o nível de ciclo de estudos universitário. Foi também recolhida informação referente às variáveis psicossociais como a restrição alimentar, preocupação no controlo do peso corporal, ansiedade com a percepção de falta de controlo do mesmo, comparação de felicidade e satisfação com o próprio e com a vida.

3.3. Amostra

Para a presente investigação recorreremos à técnica de amostragem intencional, uma vez que se procuravam sujeitos que correspondessem às seguintes características: jovens mulheres, estudantes universitárias, com idades entre os 18 e os 34 anos, tratando-se de uma amostragem por conveniência, uma vez que os participantes que

integram o estudo foram seleccionados atendendo ao facto de se tratar de estudantes a frequentar o espaço físico da Universidade do Algarve.

A escolha de indivíduos do sexo feminino teve como fundamento os dados fornecidos pela literatura, que confere às mulheres uma forte preponderância ao nível da insatisfação corporal na sociedade actual. Assim, não obstante esta se poder observar também em sujeitos do sexo masculino, manifesta-se de modo significativamente mais elevado nas mulheres (Abbott & Barber, 2010; Esnaola, Rodríguez, & Goñi, 2010; Goldfield, et al., 2010; Xu, et al., 2010).

A aplicação dos instrumentos exigia uma administração individual em gabinete. Dos 87 questionários, sete foram excluídos do estudo por terem sido respondidos de forma aleatória, e por muitos dos itens não terem sido respondidos. Desta forma, a amostra final ficou constituída por 80 indivíduos (N=80) do sexo feminino. Dos sujeitos abordados pela investigadora nos campus universitários, 12 recusaram-se a participar. No entanto, nenhuma das participantes abandonou o estudo, tendo todas assinado o consentimento informado e manifestado compreender os objectivos da investigação.

De modo a medir as variáveis sócio-demográficas consideradas relevantes foi utilizado um questionário (Anexo B) que integrou questões relativas à idade, naturalidade, estado civil, estatuto sócio-económico, curso universitário frequentado e respectivo ano lectivo e ainda o ciclo de estudos (primeiro, segundo ciclo ou doutoramento). De seguida apresentamos na tabela 1 a caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Tabela 1. Características da amostra

	N	(%)
	80	100
Idade Grupos etários		
18-24 anos	69	86,3
25-34 anos	11	13,8
Idade (em anos)		
Média ± DP	22,4 ± 3,78	
Moda	22	
Grau Universitário		
Licenciatura	48	60,0%
Mestrado	30	38,0%
Doutoramento	1	1,0%
Pós-Graduação	1	1,0%
Naturalidade		
Norte	7	9,0%
Centro	30	37,50%
Sul	35	43,75%
Regiões Autónomas	1	1,25%
Estrangeiro	7	9,0%
Estado Civil		
Solteiro	74	93,0%
Casado/União de Facto	5	6,0%
Divorciado	1	1,0%

A amostra integra jovens adultos estudantes da Universidade do Algarve, com idades compreendidas entre os 18 e os 34, perfazendo uma média total de idades de 22,40 (M= 22,40), um desvio padrão de 3,784 (D.P=3,784), e uma variância de 14,319 (V= 14,319).

Na amostra recolhida foi possível constatar que uma grande percentagem (60%) dos sujeitos frequentava cursos de 1ºciclo. Por sua vez, cerca de 38% dos indivíduos frequentavam cursos de 2ºciclo (n=30). Com a mesma percentagem encontram-se os

indivíduos que frequentavam tanto o doutoramento como pós-graduações, sendo que ambos englobam um valor bastante menor do que os restantes graus académicos acima referidos - 1% dos sujeitos em cada um destes graus académicos (n=1) (Tabela 1).

O ano universitário mais frequentado pelo conteúdo amostral recolhido constituiu o 3º ano da licenciatura, alcançando uma percentagem de 27,03%. Dentro do universo da licenciatura pode-se ainda contactar a existência de uma grande percentagem de sujeitos que frequentavam o primeiro ano da licenciatura (cerca de 20,3%) no qual o segundo ano da mesma abrange um menor número de indivíduos (10,81%). No que se refere à categoria correspondente ao grau de mestrado, o 1º ano do 2º ciclo correspondendo a 24,3% da amostra, enquanto que, cerca de 16,2 % se encontrava a frequentar o 2º ano do 2º ciclo. No que diz respeito às categorias referentes a doutoramento e pós-Graduação esta agrega a menor percentagem de sujeitos, com 1,4% dos sujeitos da amostra.

A amostra dos indivíduos inquiridos revelou ser amplamente diversificada no que se refere aos cursos universitários frequentados, englobando 23 cursos distintos. Tal deveu-se ao facto da selecção da amostra se ter realizado segundo a disponibilidade dos participantes envolvidos. A maior percentagem dos participantes eram estudantes da licenciatura em Psicologia (32%), seguido de estudantes de Arquitectura Paisagista (11,5%), e de alunas do curso de Ciências Farmacêuticas (8,97%). As restantes participantes correspondiam em percentagem respectivamente ao curso de Ciências Biomédicas (7,69%), Línguas e Comunicação (5,13%) e Biologia Marinha (5,13%), gestão (3,85%). Os cursos de História (2,57%), Património cultural (2,57%), Dietética (2,57%) e Arqueologia (2,57%) perfazem um total de 10,28%. Na amostra em estudo, a minoria dos participantes frequentava os cursos de Radiologia, Aquacultura e Pescas, Terapia da Fala, Educação Física e Desporto, Engenharia Biológica, Bioquímica,

Biotecnologia, Agronomia, Análises Clínicas, Marketing, Medicina e Línguas e Literaturas, com um valor idêntico sendo que cada um destes cursos apresenta uma percentagem de 1,28%, perfazendo um total de 15,36% nos cursos acima mencionados.

No que concerne à naturalidade, a maioria dos sujeitos são naturais do sul do país (43,75%); a segunda zona do país que apresentou maior incidência foi a região centro com 37,50%. Uma pequena percentagem de sujeitos (9% cada região, num total de 18%) eram naturais de regiões do Norte, e de países estrangeiros. Por último, cerca de 1,25% da amostra eram naturais dos Açores e da Madeira.

Consoante podemos observar na tabela 1 a maioria das participantes são solteiras (93%), com 74 pessoas. Os sujeitos casados ou em união de facto representam 6% da amostra com uma frequência de 5 pessoas, e por último o grupo de divorciados com 1% da distribuição total. Nenhum dos participantes se enquadrava na condição de viúvo.

3.4. Instrumentos

Questionário Sócio-demográfico (Anexo B)

O questionário Sócio-demográfico é constituído por 14 questões, tendo sido concebido com o objectivo de recolher dados considerados relevantes para a investigação, e tendo em conta os anteriores estudos que demonstraram uma relação entre essas variáveis sócio-demográficas e o constructo de perfeccionismo.

Este instrumento foi elaborado de forma a abordar questões relacionadas com a idade, o género sexual, o estatuto sócio-económico, o regime alimentar e o bem-estar subjectivo.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H) (Hewitt & Flett, 1991)

(Anexo C)

A Escala Multidimensional do Perfeccionismo é composta por 45 itens de resposta fechada, distribuídos por três subescalas que medem as três dimensões do perfeccionismo: o perfeccionismo auto-orientado; o perfeccionismo orientado para os outros e socialmente prescrito. As respostas são assinaladas numa escala tipo Likert de 7 pontos de opção, na qual 1 corresponde a “discordo completamente” e 7 a “concordo completamente”.

A pontuação total é obtida pela soma das pontuações de cada um dos itens, pelo que cada resposta é cotada de 1 a 7 nos itens de ordem normal, e de 7 a 1 (no sentido inverso) nos itens inversos. Os itens inversos são 19 sendo estes os itens 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 21, 22, 24, 30, 34, 36, 37, 38, 43, 44 e 45. As pontuações factoriais são obtidas através da soma dos itens constituintes de cada factor, assim sendo o factor 1 (PAO) corresponde ao perfeccionismo auto-orientado e compreende os itens 1,6, 7, 8, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 26, 28, 32, 34, 36, 40 e o 42. O factor 2 (PSP) diz respeito ao perfeccionismo socialmente prescrito e abarca os itens 5, 9, 11, 13, 21, 25, 27, 30, 31, 33, 35, 39, 41 e o 44. Relativamente ao factor 3 (POO) refere-se ao perfeccionismo orientado para os outros, ao qual correspondem os itens 2, 3, 4, 10, 16, 19, 22, 24 e 43. Os restantes itens (29, 37, 38 e 45) estão associados a qualquer um dos factores devido ao seu baixo peso (Soares, Gomes, Macedo, & Azevedo, 2003).

Este instrumento estabelece uma correspondência entre um maior nível de perfeccionismo e uma maior cotação na escala.

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo foi desenvolvida por Hewitt e Flett (1991, *Multidimensional Perfectionism Scale*) e tem como base o modelo teórico postulado por estes autores, segundo o qual o perfeccionismo possui três dimensões

(perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo orientado aos outros e o perfeccionismo socialmente prescrito. A tradução deste instrumento para a língua Portuguesa seguiu a versão Francófona do Quebec (Labrecque et al., 1999, citado por Soares, Gomes, Macedo, & Azevedo, 2003), sendo adaptada à população Portuguesa por Soares, Gomes, Macedo, e Azevedo (2003).

A adaptação desta escala demonstra uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0.885; o coeficiente de *Spearman-Brown* foi de 0.847 e o de *Guttman* de 0.847, estes valores revelaram-se muito satisfatórios sendo sempre superiores ao mínimo recomendável. O teste-reteste indicou uma boa estabilidade temporal. O estudo da consistência interna dos factores PAO, PSP e POO indicou igualmente uma boa consistência interna (Soares, Gomes, Macedo, & Azevedo, 2003).

Body Image Assessment Software (BIAS) (Letosa-Porta, Ferrer-García & Gutiérrez-Maldonado, 2005)

O instrumento *Body Image Assessment Software* foi desenvolvido com o *Microsoft Access 2000* devido ao seu fácil uso na maior parte dos computadores e foi traduzido para o idioma Português por Ribeiro e Pires (2008). Este programa permite a sua utilização por parte de pessoas pouco entendidas, pelo que os utilizadores podem tratar e transferir os dados para outras aplicações como o *Excel* e o *SPSS*. É necessário possuir um sistema operativo igual ou superior ao *Windows 98*, e *Microsoft Access 2000* ou *Microsoft Access 2000 Run Time* para executar o BIAS.

O programa apresenta no ecrã do computador uma imagem à escala do corpo do sujeito. Para tal é necessário proceder a uma série de medições correspondentes à largura e comprimentos reais de cada uma das partes na qual a figura está dividida. Estas medidas são gravadas antecipadamente e entram na base de dados. O programa utiliza a unidade de medida usado pelo *Microsoft Access*, o *twip* (567 *twips*= 1cm) que

permite o cálculo da imagem à escala utilizando as medidas reais. A imagem que aparece no ecrã pode ser modelada à escala graças à sua segmentação num total de 111 fragmentos de imagem para a vista frontal e de 138 fragmentos de imagem para a vista lateral. Estes fragmentos de imagem são formados por rectângulos horizontais que são modificados automaticamente pelo programa, que transformam a imagem à escala (Letosa-Porta, Ferrer-García, & Gutiérrez-Maldonado, 2005).

O programa proporciona a opção entre a utilização de uma figura *standard* ou por uma figura feminina com as proporções do indivíduo que são obtidas através da introdução prévia das medidas reais do indivíduo numa base de dados. A imagem pode ser ajustada modificando independentemente as seis partes do corpo que se apresentam em perspectiva frontal (cabeça, braços, peito, cintura, anca e pernas), e em perspectiva lateral cinco partes do mesmo corpo (cabeça, peito, cintura, anca e pernas). Este programa dispõe de duas tarefas de carácter visual, na primeira solicita-se ao sujeito que proceda a alterações nas diferentes partes do corpo, tanto na perspectiva lateral como na frontal, para que as proporções da imagem se aproximem o mais possível da percepção que o sujeito tem da sua imagem corporal real. Na segunda tarefa, o sujeito procede à modificação das diferentes partes do corpo de forma a construir uma figura humana que mais se assemelhe à imagem corporal ideal do indivíduo. A discrepância entre a proporção corporal percebido pelo sujeito e a sua proporção ideal oferece informação sobre o grau de insatisfação do mesmo com o seu corpo. Já a discrepância entre a dimensão corporal percebida pelo indivíduo e a sua dimensão real facultam informação sobre o grau de distorção perceptiva da imagem corporal.

O BIAS permite a elaboração de estudos longitudinais através de medições repetidas da imagem corporal desejada assim como da imagem corporal percebida.

As características psicométricas deste instrumento foram analisadas num estudo (Ferrer-Garcia, M. & Gutiérrez-Maldonado, 2008), aplicado a 252 mulheres estudantes de psicologia da Universidade de Barcelona, e 51 pacientes com perturbações alimentares de diferentes hospitais e clínicas na cidade de Barcelona. Para além do BIAS as participantes responderam ao *Eating Attitudes Test* (EAT-26), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Body dissatisfaction scale of the Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2), *Body Image Assessment-Revised* (BIA-R).

O alfa de Cronbach para a distorção com a imagem corporal foi de 0.917 e para a insatisfação corporal foi de 0.943, o que revela uma boa consistência interna deste instrumento. Assim sendo o BIAS demonstra possuir boas qualidades psicométricas, bom para avaliar a distorção da imagem corporal e a insatisfação com a imagem corporal podendo ser um instrumento útil para avaliar e monitorizar pacientes com perturbação alimentar e como parte de protocolos para detecção de populações em risco.

Questionário *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) (Anexo D) ou escala de ansiedade físico-social foi desenvolvida por Hart et al. (1989) adaptada por Senra et al. (2006, citado por Silva, 2007) e trata-se de um instrumento unidimensional e tem como objectivo avaliar o grau de ansiedade experienciada pelo sujeito ao perceber que o seu físico está a ser avaliado ou observado por terceiros. Este instrumento é constituído por 12 itens numa escala de tipo likert de auto-resposta de cinco pontos, no qual 1 corresponde a “não de todo”, 2 a “ligeiramente”, 3 a “moderadamente”, 4 “muito” e 5 a “extremamente”.

De forma obter o valor total da ansiedade físico-social procede-se à soma dos valores adquiridos em cada item. O valor total de ansiedade físico-social pode variar entre 12 (que se refere a uma baixa ansiedade físico-social) e 60 (que corresponde a uma alta ansiedade físico-social). A pontuação dos itens faz-se do seguinte modo: os

itens 1, 2, 5, 8 e 11 são pontuados de 5 a 1 (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) e dizem respeito a sentimentos de conforto com a aparência física e são denominados de FACTOR 1. Já os itens 3, 4, 6, 7, 9, 10 e 12 são pontuados de 1 a 5 (1=1, 2=2, 3=3, 4=4 e 5=5) e constituem o FACTOR 2 que corresponde a itens relacionados com expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros. A versão Portuguesa desta escala foi desenvolvida por Abreu (2000, citado por Malheiro, & Gouveia, 2001) A consistência interna do instrumento na versão Portuguesa foi satisfatória, tendo-se obtido valores de alfa de Cronbach para todos os itens apresentam com valores superiores a 0,80 (Malheiro & Gouveia, 2001)

3.5. Procedimento de recolha de dados

Antes de se proceder à recolha de dados foi requerida uma autorização prévia à Universidade do Algarve (Anexo F). Após a recepção do consentimento procedeu-se à recolha de dados. Assim, entre as datas de Dezembro de 2010 e Maio de 2011 foram angariados possíveis participantes voluntários e aos mesmos foi administrado o protocolo estabelecido para este estudo, entre os quais o Questionário Sócio-demográfico, a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H) de Hewitt e Flett (1991), *Body Image Assessment Software* (BIAS) de Letosa-Porta, Ferrer-García e Gutiérrez-Maldonado (2005), e por fim *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) elaborada por Hart et al. (1989). O preenchimento dos questionários realizou-se no contexto universitário, no Campus das Gambelas, Campus da Penha e na Escola Superior de Saúde.

A cada um dos inquiridos foi fornecido um consentimento informado (Anexo A) com informação revelante de modo a prestar esclarecimento sobre os objectivos da investigação em questão, assim como, a pessoa responsável pela sua realização e correspondente supervisor. A questão primordial no estudo assentou no fornecimento da informação referente aos direitos dos participantes como voluntários, nomeadamente para o esclarecimento de dúvidas suscitadas, e o direito à confidencialidade.

Os participantes foram recrutados de forma voluntária nas salas de aula, em que no momento participavam, depois de pedida permissão aos professores responsáveis pelas aulas em questão. Deu-se a conhecer aos participantes a duração do procedimento, sendo que este usufruía de uma duração aproximada de cerca de cinquenta minutos sendo constituído por duas fases. A primeira consistia na administração dos documentos conjuntos do Consentimento Informado, de um Questionário Sócio-Demográfico, da

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H) de Hewitt e Flett (1991), da *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) elaborada por Hart et al., (1989). Após o preenchimento destes questionários procedeu-se ao emprego do *Body Image Assessment Software* (BIAS) de Letosa-Porta, Ferrer-García e Gutiérrez-Maldonado (2005).

Após a obtenção do consentimento informado pedia-se aos sujeitos que se dirigissem a um gabinete nas instalações da Universidade do Algarve, de modo a efectuar a administração num ambiente calmo, privado e sem barulho, na presença da investigadora. Primeiramente solicitou-se o preenchimento do Questionário sócio-demográfico e as escalas e posteriormente, aplicou-se o *Body Image Assessment Software*. A aplicação deste instrumento exige o recurso a um computador que integre o suporte informático necessário ao *software* acima referido. Primeiramente requereu-se ao participante que fornecesse algumas informações pessoais, tais como idade, altura e peso para constatarem na base de dados deste *software*, de seguida opção de imagem corporal percebida onde o próprio indivíduo ajustava a imagem fornecida pelo programa figura feminina conseguir uma representação o mais próximo possível da sua imagem corporal percebida. Após a conclusão desta etapa, procedeu-se ao passo seguinte, no qual através do mesmo processo, se pretende avaliar da imagem corporal desejada, que tal como no passo anterior é o próprio sujeito que vai modelando até conseguir uma imagem fiel ao seu ideal.

3.6. Procedimento de análise e tratamento de dados

A base de dados foi elaborada com o recurso ao IBM *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0 (SPSS 19), na qual se integrou todas as variáveis necessárias ao estudo em questão, e se discriminou a sua natureza. Recorreu-se igualmente ao *Microsoft Office Excel 2010*, que integrou a base de dados pertencente ao *Body Image Assessment Software* (BIAS) (Letosa-Porta, Ferrer-García, e Gutiérrez-Maldonado, 2005), que continha a mensuração da idade, sexo, Índice de Massa Corporal, as medidas de Imagem corporal Percebida e de Imagem Corporal Desejada. Posteriormente, integrando estas duas últimas variáveis discriminaram-se medidas específicas: na vista frontal obteve-se as medidas de Cabeça, Braços, Peito, Cintura, Ancas, Pernas, e Total Frontal. Estes dados foram trabalhados anteriormente à sua integração na base de dados. Assim, na vista de Perfil diferenciou-se as medidas de Cabeça, Peito, Cintura, Ancas, Pernas, e Total de Perfil, e medida Total. Através do recurso a operações matemáticas procedeu-se ao cálculo da diferença entre a imagem percebida e a medida estandardizada de 100 de forma a obter o Índice de Distorção Frontal (em todas as suas medidas específicas, cabeça, braços, peito, cintura, ancas e pernas), Perfil (igualmente em todas as suas medidas específicas, Cabeça, Peito, Cintura, Ancas, Pernas) e de distorção Total. Para calcular o Índice de Insatisfação calculou-se a diferença entre a Imagem Percebida e a Imagem Desejada para as medidas Frontal (e suas medidas particulares), de Perfil (novamente avaliando as suas medidas específicas) e o Total. Após concluída esta etapa exportou-se os dados do *Body Image Assessment Software* (BIAS) (Letosa-Porta, Ferrer-García, e Gutiérrez-Maldonado, 2005) trabalhado no *Microsoft Office Excel 2010* para o IBM *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0, formando assim uma base integrada de dados.

De modo a caracterizar a amostra no que se refere às suas características, recorreremos à estatística descritiva, na qual foram calculadas medidas descritivas e elaboradas respectivas tabelas de frequências. Para analisar os factores determinantes do perfeccionismo foram utilizados, para comparação de médias, testes não paramétricos (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*) devido ao tamanho dos subgrupos para análise, uma vez que estes se revelam mais robustos para amostras inferiores a 30 sujeitos.

De forma a estudar e analisar eventuais relações entre as variáveis recorreremos a testes de correlação de *Pearson* e a testes de regressão linear para analisar a influência de uma variável independente noutra classificada como dependente. Para a discussão dos resultados foram considerados apenas as correlações com magnitudes moderadas ou elevadas, de acordo com as normas estabelecidas por Cohen (1988) em que uma correlação baixa corresponde a $r=10$, média $r=30$, e elevada $r=50$.

Para tal foi utilizado um nível de significância estatística de $p= 0.05$. Os resultados obtidos foram analisados com o recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O Questionário Socio-demográfico apresentava questões formuladas com o objectivo de investigar alguns comportamentos que pudessem estar associados a uma baixa satisfação corporal, tais como a existência de comportamentos de restrição alimentar, eventuais preocupações no controlo do peso, e se esta estaria associada a sentimentos de ansiedade. De modo ainda a compreender se os estudantes da Universidade do Algarve se sentiam satisfeitos com as suas vidas foram feitas algumas questões nesse sentido. As respostas formularam-se em formato de escala tipo likert, composta por cinco categorias, Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Sempre. Deste modo, procedeu-se à análise das respostas dos inquiridos, e os resultados encontram-se na Tabela 2.

i. Caracterização da amostra segundo condutas de restrição alimentar, preocupação com o peso, ansiedade em controlar o mesmo e bem-estar pessoal e satisfação com a vida

Consoante exposto na Tabela 2, cerca de 55 % das mulheres da amostra referiram nunca ou raramente ter feito qualquer restrição alimentar, enquanto só uma pequena percentagem (cerca de 14%) refere adoptar comportamentos de restrição alimentar frequentemente (12,5%) ou sempre (1, 3%).

Tabela 2 Médias e Desvios Padrão segundo a restrição alimentar, preocupação em controlar o peso, ansiedade em não controlar o peso, comparação da sua felicidade com a dos amigos, sentir-se bem consigo próprio e satisfação com a vida

	n	(%)
	80	100
Restrição Alimentar		
Nunca	16	20,0%
Raramente	28	35,0%
Às Vezes	25	31,2%
Frequentemente	10	12,5%
Sempre	1	1,3%
Preocupação em controlar o peso		
Nunca	6	7,5%
Raramente	13	16,2%
Às Vezes	26	32,5%
Frequentemente	24	30,0%
Sempre	11	13,8%
Ansiedade em não controlar o peso		
Nunca	17	21,2%
Raramente	19	23,8%
Às Vezes	24	30,0%
Frequentemente	9	11,2%
Sempre	11	13,8%
Comparação da sua felicidade com a dos amigos		
Nunca	5	6,3%
Raramente	9	11,2%
Às Vezes	48	60,0%
Frequentemente	16	20,0%
Sempre	2	2,5%
Sente-se bem consigo próprio		
Nunca	1	1,3%
Raramente	5	6,2%
Às Vezes	26	32,5%
Frequentemente	43	53,8%
Sempre	5	6,2%
Satisfação com a Vida		
Nunca	0	0,0%

Raramente	4	5,0%
Às Vezes	28	35,0%
Frequentemente	41	51,2%
Sempre	7	8,8%

Relativamente ao facto de os participantes sentirem alguma preocupação para controlar o seu peso ponderal, verificou-se que 43,8% da amostra total revelou ter alguma preocupação em controlar o peso, dos quais cerca de 30% revelaram que sentem essa necessidade de forma reiterada, e uma percentagem inferior de 13,8% mencionou sentir continuamente uma preocupação em controlar o seu peso. Por sua vez 19 sujeitos (23,7%), revelaram que o controlo de peso corporal não causava uma preocupação considerável, dos quais 16,2% afirmaram que somente em raros momentos o seu peso ponderal se revelava um factor de preocupação. Apenas 7,5% afirmaram nunca sentir qualquer preocupação em controlar o seu peso corporal. Do total da amostra, 32,5% (n=26) relataram que por vezes o peso se revela um factor de apreensão.

No que se refere a sentimentos de ansiedade, 45% das inquiridas mencionaram não sentir muita ansiedade nos períodos em que não conseguiam controlar o seu próprio peso: Destas, 21,20% afirmou nunca ter experienciado ansiedade, enquanto 30% declarou que por vezes ficam ansiosas quando não têm capacidade de controlar o seu peso. Por sua vez, 25% da amostra afirma sentir ansiedade, sendo que 11,2% afirmaram que sofriam de ansiedade em relação à falta de controlo do peso com frequência. De facto, 13,80% da amostra relata sentir ansiedade de cada vez que se auto-percepção como ineficaz em controlar o seu peso corporal.

A análise da amostra obtida sugere que 22,50% dos sujeitos consideram-se mais felizes do que os seus amigos e pares, nos quais 20% consideram que são mais felizes com bastante frequência e 2,5% acredita o ser constantemente. Uma grande percentagem (60%) dos indivíduos referiu só se considerar mais feliz em relação a

terceiros em alguns momentos. Uma minoria de 17,5% (n=14) referiu não se perceber como mais feliz em comparação com pessoas próximas, enquanto 11,20% confirmou que apenas excepcionalmente se sentia mais feliz, e 6,30% revelou que em comparação com outros, nunca se sentia mais feliz (n=5).

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente à variável *satisfação consigo mesmo* (se se sente bem consigo), verifica-se que a maioria da amostra (60%) se avalia como estando bem consigo próprio. Destes 53,8% refere sentir-se frequentemente bem consigo, e 6,2% afirma que esse estado é contínuo. Cerca de 32,5% dos inquiridos admitem que por vezes se sentem melhor enquanto outras vezes pior, 7,5% dos sujeitos admite que não se sente bem consigo próprios.

Relativamente aos resultados obtidos na variável que avalia a satisfação que a mulher tem com a sua vida, podemos observar que 60% dos inquiridos demonstraram sentirem-se satisfeitos com a vida, dos quais 51,2% referiram sentir-se bem com a vida a maior parte das vezes, enquanto que 8,8% encontraram-se constantemente satisfeitos com a vida. Cerca de 35% da amostra afirmou que por vezes se sentiam satisfeitos, sendo que apenas 5% afirmou raramente se sentir satisfeito com a vida (n=4), nenhum dos participantes revelou nunca se sentir satisfeito com a sua vida.

No que se refere ao Índice de Massa Corporal, a maioria dos inquiridos (73,8%) revelou um IMC de médio de 21,69 (M= 21,69) que se situa nos parâmetros de normalidade, sendo que o mínimo averiguado se situa no valor mínimo de 17,19 que se situa numa categoria de *abaixo de peso*, ainda assim não constituindo o suficiente para considerar a hipótese de Perturbação Alimentar. No que refere ao valor máximo obtido (31,99) este inclui-se na categoria de *obeso classe I*, de acordo com as categorias estabelecidas para o Índice de Massa Corporal.

ii. Comparação das variáveis em estudo

O Índice de massa corporal foi dividido em categorias ($<16 \text{ kg/m}^2$ =perturbação alimentar; $<18,5 \text{ kg/m}^2$ = abaixo do peso; $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ = peso normal; $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ = excesso de peso; $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ = obeso classe I; $35-39,9 \text{ kg/m}^2$ =obeso classe 2; ≥ 40 = obesidade mórbida - classe III) de modo a analisar as possíveis diferenças entre esta variável relativamente à idade (foi dividida em duas categorias: dos 18 aos 24, e dos 25 aos 34 anos). Para tal recorreremos ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*, no qual se obteve um valor sem magnitude estatística ($U= 364,5$; $p= 0,779$; $r=-0,031$), sugerindo-nos portanto que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Índice de Massa Corporal no que concerne à idade dos sujeitos.

Recorremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* de modo a averiguar se existem diferenças entre o Índice de Massa Corporal e as variáveis que dizem respeito à restrição alimentar observamos que $Z=1,202$; g.l.=3; $p=0,752$, a preocupação em controlar do peso corporal ($Z=4,525$; g.l.=3; $p= 0,210$), ansiedade em controlar o peso ($Z=1,458$; g.l.=3; $p=0,692$), comparação de felicidade ($Z=2,985$; g.l.=3; $p=0,394$), bem-estar com o próprio ($Z=4,031$; g.l.=3; $p=0,248$) e satisfação com a vida ($Z=4,037$; g.l.=3; $p= 0,257$). Os resultados sugerem que a probabilidade de significância calculada assintoticamente é para todas estas variáveis superior a 0,05, o que nos sugere que não existirem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Relativamente à variável pertencente aos cursos universitários frequentados e às variáveis que dizem respeito à restrição alimentar, a preocupação em controlar o peso corporal, ansiedade em controlar o peso, comparação de felicidade, bem-estar com o próprio e satisfação com a vida. Os resultados sugerem que apenas a comparação de felicidade revela diferenças significativas no curso universitário frequentado, em que a

probabilidade de significância calculada assintoticamente de $p = <0,05$ ($Z=35,782$; $p=0,032$).

De modo a analisar as possíveis diferenças do Índice de Massa Corporal nos diferentes estatutos sócio-económicos, (Baixo, Médio-baixo, Médio-alto e Alto) e aplicado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Os resultados indicam que a probabilidade de significância calculada assintoticamente é de $p=0,321$ ($Z=1,117$; gl. 3; $p=0,773$) sendo $p = > 0,05$ o que indica que não existem diferenças entre os grupos no que se refere ao Índice de Massa Corporal.

Com o objectivo de examinar se existem diferenças entre o estado civil e o estatuto sócio-económico recorreremos ao teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados apontam para uma inexistência de diferenças entre as variáveis visto que $p = > 0,05$ ($Z=1,061$; $p= 0,588$).

iii. Caracterização da amostra segundo as escalas em estudo

Com vista a descrever os valores médios resultantes de cada uma das escalas assim como das sub-escalas em estudo, utilizámos procedimentos de estatística descritiva na tabela 3 podemos observar a descrição dos valores médios obtidos.

De acordo com a com os valores médios obtidos na MPS-H podemos constatar que a dimensão do *Perfeccionismo Auto-Orientado* foi a que registou valores mais elevados ($M= 83,65$; $DP= 16,52$; $Min.=50$; $Máx.= 122$), a dimensão que obteve os valores mais baixos foi o *Perfeccionismo Orientado aos Outros* ($M=42,85$; $DP= 6,45$; $Min.= 28$; $Máx.= 60$), sendo que na dimensão do *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* obtivemos resultados médios situados entre os valores das dimensões acima referidas ($M=48,34$; $DP= 8,86$; $Min.= 29$; $Máx.=74$). Em comparação com os resultados alcançados por Soares et al. (2003) relativos à adaptação da escala para a população Portuguesa, no presente estudo os valores da sub-escala de *Perfeccionismo Auto-*

Orientado (PAO), apresenta um valor superior aos valores médios normativos, enquanto que, as sub-escalas de *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (PSP) e *Perfeccionismo Orientado aos Outros* (POO), apresentam valores ligeiramente inferiores aos valores normativos mais ainda assim muito próximos destes.

No que concerne à escala SPAS (tabela 3) verifica-se que os valores mais elevados na sub-escala respeitante às expectativas negativas de avaliação física pelo sujeito referentes a terceiros, o Factor 2 (M= 18,83; DP= 6,61; Min. 9; Máx.=34), podendo indiciar que a ansiedade social dirigida ao corpo, nesta amostra, se encontra mais subordinada à possibilidade de avaliação negativa dos outros em relação ao aspecto físico. A sub-escala dirigida aos sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1), alcançou valores médios ligeiramente inferiores (M=16,74; DP= 3,08; Min.= 8; Máx.= 23).

Tabela 3 valores médios das sub-escalas avaliadas pela MPS-H e SPAS

	<i>N</i>	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	<i>Mvn</i>
PAO	80	50	122	83,65	16,52	82,73
PSP	80	29	74	48,34	8,86	49,19
POO	80	28	60	42,85	6,45	44,59
MPS-H	80	137	251	191,18	26,86	185,76
SPAS_Factor1	80	8	23	16,74	3,08	-
SPAS_Factor2	80	9	34	18,83	6,61	-
SPAS	80	17	55	35,56	8,67	-

Nota: *N*= Número de participantes; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; MPS-H= Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; SPAS= *Social Physique Anxiety Scale* de Hart et al. (1989); SPAS_Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física; SPAS_Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros; *Mvn*= Média dos valores normativos.

No que concerne à análise dos resultados fornecidos pelo instrumento BIAS (tabela 4), foi possível verificar que o valor médio mais elevado consiste na *Percepção*

Total Frontal (BIAS TFP) (M= 109,42; DP= 8,91; Min.= 86,33; Máx.= 133,88), sendo que os restantes valores relacionados com a percepção em relação a um modelo *standard* correspondente a uma figura de formas elegantes, apresentam valores médios relativamente próximos desse mesmo modelo, BIAS TLP (M= 103,76; DP= 8,87; Min.= 77,58; Máx.= 132,07). Relativamente ao Índice de Insatisfação Total Frontal, este apresenta um valor mais elevado (M= 6,59; DP= 7,45; Min.= -9,42; Máx.= 25,52) do que o Índice de Insatisfação Total Lateral (M= 3,79; DP= 7,67; Min.= -17,18; Máx.= 26,77). Tal atesta que os sujeitos que sentem maiores níveis de insatisfação com os seus corpos quando estes são percebidos na perspectiva frontal, do que quando percebidos de perfil. No entanto, verificamos que os sujeitos da amostra ainda assim, apresentam valores de insatisfação global relativamente altos (M= 4,98; DP=7,26; Min.= -13,30; Máx.= 26,05), sendo que os valores nesta categoria oscilam entre valores muito elevados de insatisfação corporal (Máx.= 26,05), e valores muito mínimos de insatisfação com o próprio corpo (Min.= -13,30). Tal indicia que nesta amostra existem mulheres que se encontram muito insatisfeitas com a sua aparência corporal.

Existem algumas partes corporais que são mais susceptíveis de se tornarem alvo de maior insatisfação como é o caso das pernas, numa perspectiva frontal, (M=13,04). DP=16,80; Min.= -28,57; Máx.=61,91) que alcança um valor máximo de índice de insatisfação de 61,91, correspondendo a um nível de insatisfação extrema. Em seguida, a área corporal que parece ser foco de insatisfação trata-se curiosamente dos braços (M=8,67; DP=13,90; Min.= -18,75; Máx.= 50,00), seguido da zona da cintura (M=7,74; DP=9,22; Min.= -7,32; Máx.= 34,15), sendo que a área relativa às ancas constitui também uma zona problemática (M=5,15; DP=6,83; Min.= -8,48; Máx.= 38,98).

Os índices que apresentam valores mais reduzidos de insatisfação corporal referem-se à região relativa à cabeça (M=4,41; DP=5,70; Min.= -6,54; Máx.= 19,61) e ao peito, esta última constitui a área de menor insatisfação, pelo que a maioria aparenta sentir-se confortável com o aspecto do volume mamário (M=-1,94; DP=6,89; Min.= -26,79; Máx.= 19,64). Relativamente à visualização da forma corporal de perfil, algumas áreas também são particularmente sujeitas a algum nível de insatisfação, como é o caso da região da cintura.

Tabela 4 Valores médios das sub-escalas de BIAS

	N	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	<i>Mvn</i>
BIAS TLP	80	77,58	132,07	103,76	8,87	-
BIAS TFP	80	86,33	133,88	109,42	8,90	-
BIAS TP	80	81,96	132,98	106,59	8,58	-
BIAS TD	80	90,73	113,62	101,61	3,91	-
BIAS TFD	80	90,45	117,28	103,24	4,87	-
BIAS TLD	80	91,01	109,96	99,971	3,32	-
ÍIT	80	-13,30	26,05	4,98	7,26	-
ÍITL	80	-17,18	26,77	3,79	7,67	-
ÍITF	80	-9,42	25,52	6,59	7,45	-
ÍIFCB	80	-6,54	19,61	4,41	5,70	-
ÍIFB	80	-18,75	50,00	8,67	13,90	-
ÍIFP	80	-26,79	19,64	-1,94	6,89	-
ÍIFC	80	-7,32	34,15	7,74	9,22	-
ÍIFA	80	-8,48	38,98	5,15	6,83	-
ÍIFPR	80	-28,57	61,91	13,04	16,80	-
ÍILCB	80	-13,16	18,42	1,97	4,75	-
ÍILP	80	-26,19	21,43	-4,26	9,88	-
ÍILC	80	-13,33	83,33	9,71	14,32	-
ÍILA	80	-26,32	31,578	5,17	9,37	-

ÍLPR	80	-24,14	37,93	6,33	10,73	-
ÍDT	80	-18,04	32,98	6,59	8,58	-
ÍDTF	80	-13,67	33,88	9,42	8,91	-
ÍDTL	80	-22,42	32,07	3,76	8,87	-

Nota: *N*= Número de participantes; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; BIAS= *Body Image Assessment Software*; BIAS TP= BIAS escala Total da imagem percebida; BIAS TLP= BIAS escala total lateral da imagem percebida; BIAS TFP= BIAS escala total frontal da imagem percebida; BIAS TD= BIAS escala total da imagem desejada; BIAS TFD= BIAS escala total frontal desejada; BIAS TLD= BIAS escala total lateral desejada; BIAS TLD= BIAS escala total lateral desejada; IIT= Índice de insatisfação total; IITL= Índice de insatisfação total lateral; IITF= Índice de insatisfação total frontal; ÍFCB=Índice de Insatisfação Frontal Cabeça; ÍFB=Índice de Insatisfação Frontal Braços; ÍFP=Índice de Insatisfação Frontal Peito; ÍFC=Índice de Insatisfação Frontal Cintura; ÍFA=Índice de Insatisfação Frontal Anca; ÍFPR=Índice de Insatisfação Frontal Pernas ;ÍLCB=Índice de Insatisfação Lateral Cabeça; ÍLP=Índice de Insatisfação Lateral Peito; ÍLC=Índice de Insatisfação Lateral Cintura; ÍLA=Índice de Insatisfação Lateral Ancas; ÍLPR=Índice de Insatisfação Lateral Pernas; IDT= Índice de distorção total; IDTF= Índice de distorção total frontal; IDTL= Índice de distorção total lateral.

Para que fosse possível analisar as possíveis relações entre as variáveis, e por estas se tratarem de variáveis quantitativas e distribuição normal recorreremos a testes de correlação de Pearson.

iv. Análise da relação entre o Perfeccionismo e as variáveis psicológicas e psicossociais

Através dos resultados obtidos pela correlação de Pearson (Anexo E) podemos constatar que, de facto, na presente amostra o perfeccionismo, não apresenta relação com a insatisfação sentida pelos sujeitos. Possivelmente estes resultados foram influenciados por ser considerado tanto o perfeccionismo negativo como o positivo. Assim, a amostra foi filtrada somente para o perfeccionismo socialmente prescrito no seu ponto de corte (considerado ponto em que o perfeccionismo se revela negativo) pois é considerado a dimensão potencialmente mais psicopatológica (tabela 5). O coeficiente de correlação de Pearson não confirma a relação descrita pela literatura, entre o perfeccionismo e a insatisfação corporal ($r = -0,166$; $p = 0,3489$).

Tabela 5 Coeficiente de correlação de Pearson entre o perfeccionismo socialmente prescrito desajustado e a insatisfação corporal (N=80)

	1.	2.	3.	4.
PSP	-	-0,166	-0,131	-0,184
Insatisfação Corporal Total		-	0,951***	0,956***
Insatisfação Corporal Frontal			-	0,819***
Insatisfação Corporal Lateral				-

Nota: PSP=Perfeccionismo socialmente prescrito

Com o objectivo de analisar a relação entre o perfeccionismo e a ansiedade física social utilizámos testes de regressão linear simples. Através da análise da tabela 6 percebe-se que o coeficiente de determinação ajustado (R^2) apresenta um valor igual a 0,126: tal indica que 12,6% da variação da variável Ansiedade Física Social Total é explicada pela variável correspondente ao Perfeccionismo através do modelo de regressão linear simples. O valor da significância fornecido por F ($F=12,421$; g.l.=1; $p=0,001$) $p < 0,05$, pelo que podemos concluir que o Perfeccionismo influi na Ansiedade Física Social.

Tabela 6 regressão entre o perfeccionismo total na ansiedade física social total (Metodo Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
SPAS Total	0,126	12,421	0,001		1,94	0,057
MPS-H				0,37	3,52	0,001

Nota: MPS-H= Escala Multidimensional do Perfeccionismo; SPAS= *Social Physique Anxiety Scale*.

Para compreender quais as dimensões do perfeccionismo que exercem influência na ansiedade física social global (tabela 7) analisamos o coeficiente de correlação ajustado, o qual apresenta um valor de $R^2=0,130$ ($F=4,935$; g.l.= 3; $p=0,003$), o que corresponde a que 13% da variabilidade da variável Ansiedade Física social. Assim,

esta é explicada pelas dimensões do perfeccionismo. De facto, apenas a dimensão relacionada com o perfeccionismo socialmente prescrito aparenta influir nos estados de ansiedade física social dos sujeitos ($\beta=0,31$; $t=2,30$; $p=0,024$), ao passo que o perfeccionismo auto-orientado ($\beta=0,10$; $t=0,64$; $p=0,521$) e o perfeccionismo orientado aos outros ($\beta=0,12$; $t=0,99$; $p=0,325 > 0,05$) não apresentam diferenças significativas no que respeita à ansiedade física social. Estes resultados sugerem que o perfeccionismo nas suas dimensões auto-orientado e orientado aos outros, não exercem influência nos estados de ansiedade social sentidos pelos indivíduos em relação aos seus corpos.

Tabela 7 Regressão entre as dimensões do perfeccionismo e ansiedade física social Total (Método Enter) N=80

	<u>R²</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
	0,130	4,935	0,003			
SPAS Total					1,28	0,204
PAO				0,10	0,64	0,521
PSP				0,31	2,30	0,024
POO				0,12	0,99	0,325

Nota: SPAS Total= Ansiedade Física Social Total ; SPAS Frontal= Ansiedade Física Social Frontal; SPAS Lateral= Ansiedade Física Social Lateral; PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

De modo a analisar a influência das dimensões do perfeccionismo na ansiedade física social na vertente que se refere aos sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1) apresentada na tabela 8, o coeficiente de determinação ajustado ($R^2=0,028$) indica que apenas 2,8% da variabilidade da variável ansiedade física social influi nos sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1). Sendo a significância de F ($F=1,770$; g.l.=3; $p= 0,160$) $p=>0,05$ não se verifica uma associação entre ambas as variáveis.

Tabela 8 Regressão entre as dimensões do perfeccionismo e a ansiedade física social (Factor 1) (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,028	1,770	0,160			
SPAS Factor 1					3,71	0,000
PAO				-0,10	-0,65	0,520
PSP				0,28	1,99	0,051
POO				0,13	1,05	0,296

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS;

No que concerne às variáveis respeitantes às dimensões do perfeccionismo e a ansiedade física social que mede as expectativas negativas de avaliação física do sujeito por terceiros (Factor 2) (tabela 9), os resultados sugerem que, que 14,9% ($R^2=0,149$) da variação da variável de ansiedade física social (Factor 2) é explicada pela variável independente. Tendo em conta que a significância do valor de F ($F=5,605$; $g.l.=3$; $p=0,002$) é inferior a $p=0,05$, o que se traduz na existência de uma relação entre ambas as variáveis. É de salientar a relação verificada entre o perfeccionismo socialmente prescrito e a ansiedade física social no seu Factor 2 ($\beta=0,27$; $t=2,07$; $p=0,042$), no qual o valor de β tem uma significância inferior a 0,05, o que nos permite afirmar que o perfeccionismo socialmente prescrito influi nos graus de ansiedade física social que se prendem com as apreensões relativas à avaliação negativa do seu físico por parte de terceiros. Tal não se constata com as restantes dimensões do perfeccionismo, nomeadamente, o perfeccionismo auto orientado ($\beta=0,17$; $t=1,18$; $p=0,243$) e o perfeccionismo dirigido aos outros ($\beta=0,09$; $t=0,79$; $p=0,432$), que possuem um valor de $p > 0,05$ não se verificando deste modo uma relação de influencia das duas dimensões do perfeccionismo no Factor 2 da ansiedade física social.

Tabela 9 Regressão entre o perfeccionismo e a ansiedade física social (Factor 2) (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,149	5,605	0,002			
SPAS Factor 2					-0,15	0,882
PAO				0,17	1,18	0,243
PSP				0,27	2,07	0,042
POO				0,09	0,79	0,432

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

Relativamente à possível relação entre as dimensões do perfeccionismo e a restrição alimentar (tabela 10), o coeficiente de determinação ($R^2= 0,039$) aponta para que apenas 3,9% com um valor de $p= 0,110$ da variação da restrição alimentar é explicada pela variação do perfeccionismo nas suas dimensões. Assim, os resultados sugerem que na presente amostra, o perfeccionismo não exerce influência sobre os comportamentos de restrição alimentar.

Tabela 10 Regressão entre o perfeccionismo e a restrição alimentar (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,039	2,081	0,110			
Restrição Alimentar					0,48	0,630
PAO				0,09	0,60	0,549
PSP				0,19	1,35	0,182
POO				0,07	0,56	0,578

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

No que se refere ao perfeccionismo e a variável relativa à preocupação do sujeito em controlar o seu peso (tabela 11), verifica-se que o coeficiente de determinação ajustado é de $R^2=0,063$, traduzindo-se em 6,3% da variabilidade da preocupação com o peso é explicada pelo perfeccionismo nas suas dimensões, e visto que $F=2,775$; g.l.=2;

$p= 0,047$. Os resultados sugerem que não se verifica uma associação entre estas variáveis, pois a significância de β para cada dimensão do perfeccionismo, nomeadamente PAO ($\beta=0,22$; $t=1,41$; $p=0,164$), PSP ($\beta=0,06$; $t=0,43$; $p=0,671$) e POO ($\beta=0,12$; $t=0,92$; $p=0,361$) apresenta uma significância $p= >0,05$, e portanto não significativa. Deste modo constata-se que o perfeccionismo não influi na preocupação da pessoa em controlar o seu peso.

Tabela 11 Regressão entre o perfeccionismo e a preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
	0,063	2,775	0,047			
Preocupação em Controlar o Peso					0,79	0,434
PAO				0,22	1,41	0,164
PSP				0,06	0,43	0,671
POO				0,12	0,92	0,361

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

No que se refere às dimensões do perfeccionismo e Ansiedade em Controlar o peso (tabela 12) apresenta um coeficiente de determinação ajustado sugere que 24,9% ($R^2=0,249$) da variância da variável relativa à ansiedade em controlar o peso é explicada pela variável independente, que neste caso se trata do perfeccionismo nas suas dimensões.

Deste modo, a informação apresentada pelo valor de $F=9,730$; $g.l.=1$; $p= 0,000$, e tendo como parâmetro $p= < 0,05$, indica-nos que se verifica uma relação entre ambas as variáveis. De facto o perfeccionismo socialmente prescrito apresenta uma relação de influência na ansiedade em controlar o peso, de forma positiva e muito significativa, pois $\beta=0,32$; $t=2,55$ e o valor de $p=0,013$, tal expressa que quanto mais perfeccionismo socialmente prescrito o sujeito exhibe maior será também a sua ansiedade no controle do seu peso corporal, o mesmo se constata com o perfeccionismo orientado aos outros em

que $\beta=0,23$; $t=2,05$ com $p=0,044$, que se pode significar que quanto maior for o perfeccionismo orientado aos outros, maior será a ansiedade em controlar o seu peso.

Tabela 12 Regressão entre o perfeccionismo e a ansiedade em controlar o peso (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
	0,249	9,730	0,000			
Ansiedade em Controlar o Peso					-2,392	0,019
PAO				0,17	1,22	0,228
PSP				0,32	2,55	0,013
POO				0,23	2,05	0,044

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

Relativamente ao perfeccionismo e a variável bem-estar consigo próprio (tabela 13) apresenta um coeficiente de determinação ajustado ($R^2=0,114$) que nos indica que 11,4% da variabilidade do bem-estar com o próprio é explicado pelas dimensões do perfeccionismo. Neste sentido o valor da significância estatística de F ($F=4,403$; g.l.=3; $p=0,007$) sugere-nos que de facto estas variáveis estão relacionadas. Assim, verifica-se que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito constitui a única dimensão do Perfeccionismo que apresenta uma leve tendência a influir negativamente no Bem-estar com o próprio ($\beta=-0,25$; $t=1,88$; $p=0,064$).

Tabela 13 Regressão entre o perfeccionismo e o bem-estar com o próprio (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
	0,114	4,403	0,007			
Bem-estar com o próprio					8,36	0,000
PAO				-0,12	-0,83	0,408
PSP				-0,25	-1,88	0,064
POO				-0,13	-1,07	0,288

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

No que se refere à associação entre o Perfeccionismo e a Satisfação com a vida (tabela 14), o valor de R^2 (0,155) indica que 15,5% da variabilidade da satisfação do sujeito com a sua vida pode ser explicada pelas dimensões inerentes ao Perfeccionismo. O valor da significância estatística de F ($F=5,846$; $g.l.= 3$; $p=0,001$) indica que ambas as variáveis se encontram relacionadas. Deste modo, compreende-se que a única dimensão do Perfeccionismo que se parece influir negativamente na Satisfação com a vida é o Perfeccionismo Socialmente Prescrito ($\beta=-0,32$; $t=-2,42$; $p=0,018$).

Tabela 14 Regressão entre o perfeccionismo e a satisfação com a vida (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
	0,155	5,846	0,001			
Satisfação com a vida					9,51	0,000
PAO				-0,09	-0,59	0,555
PSP				-0,32	-2,42	0,018
POO				-0,18	-1,48	0,144

Nota: PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

De modo a perceber se as dimensões do perfeccionismo influem no índice de massa corporal (tabela 15) procedeu-se à análise do determinismo entre estas duas variáveis. De facto, o valor do coeficiente de determinação ($R^2= -0,019$) aponta para que apenas -1,9% da variação da variável Índice de Massa Corporal seja explicada pelas dimensões do perfeccionismo. No entanto, a significância do valor de F ($F=0,630$; $g.l.=3$; $p= 0,643$) $p= >0,05$, o que sugere que o perfeccionismo nas suas dimensões, ou seja, perfeccionismo auto-orientado, o perfeccionismo socialmente prescrito e o perfeccionismo orientado aos outros não parecem exercer qualquer influência sobre o Índice de Massa Corporal dos sujeitos.

Tabela 15 Regressão entre o perfeccionismo e o índice de massa corporal (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	-0,019	0,630	0,643			
IMC					7,60	0,000
PAO				0,53	0,63	0,529
PSP				0,08	0,18	0,861
POO				0,24	0,68	0,498

Nota: IMC= Índice de Massa Corporal; MPS-H= Escala Multidimensional do Perfeccionismo; PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros;

De modo a analisar se existe alguma relação significativa entre a Idade cronológica e o Perfeccionismo (tabela 16), procedeu-se à regressão linear entre ambas. Os resultados indicam, através do coeficiente de correlação ajustado ($R^2=0,033$) que apenas 3,3% da variabilidade do perfeccionismo é explicada pela idade cronológica do sujeito, tendo em conta que a significância de $F=3,732$; g.l.=4; $p=0,057$ demonstra uma leve tendência para existir uma relação de influência da parte da idade no perfeccionismo, sendo que o valor de $\beta=0,21$ ($t=1,93$; $p=0,057$).

Tabela 16 Regressão entre a idade cronológica e o perfeccionismo (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,033	3,732	0,057			
Idade					6,31	0,000
MPS-H				0,21	1,93	0,057

Nota: MPS-H= Escala Multidimensional do Perfeccionismo

v. Análise da relação entre a Ansiedade Física Social e as variáveis psicológicas e psicossociais

Analisando de forma mais pormenorizada a relação existente entre a ansiedade física social e a Insatisfação corporal total, verificada anteriormente, procedeu-se à

análise da influência da ansiedade sobre a insatisfação (tabela 17). Os resultados apontam para 10,5% da variabilidade da insatisfação corporal total é explicada pela Ansiedade Física Social ($R^2= 0,105$; g.l.=2; $F= 5,639$; $p= 0,005$). Tal sugere que a Ansiedade física social influi sobre os níveis de insatisfação corporal nos sujeitos, particularmente em relação aos aspectos ligados aos sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1) ($\beta= 0,25$; $p= 0,050$).

Tabela 17 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação total (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	$p.$
Insatisfação Corporal Total	0,105	5,639	0,005		-1,89	0,062
Factor 1				0,25	1,99	0,050
Factor 2				0,15	1,20	0,234

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

Relativamente à influência dos factores da ansiedade física-social na insatisfação corporal sentida pelos sujeitos a nível da perspectiva dos seus corpos de perfil (tabela 18), verifica-se que o coeficiente de determinação ajustado ($R^2= 0,084$; g.l.=2; $F= 4,642$; $p= 0,012$) indica que somente 8,4% da variação da insatisfação corporal lateral é explicada pela ansiedade física-social. Apesar de o coeficiente de determinação ser fraco a sua significância é alta, tal nos permite concluir que de facto a ansiedade física social influi na insatisfação corporal, na perspectiva lateral, sentida, embora pouco explicativa da mesma. Tal se verifica em particular com Factor 1 no qual ($\beta= 0,25$; $t=1,94$; $p= 0,056$) apresenta uma relação significativa.

Tabela 18 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação de perfil (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,084	4,642	0,012			
Insatisfação Corporal Lateral					-2,01	0,048
Factor 1				0,25	1,94	0,056
Factor 2				0,12	0,93	0,354

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

No que concerne à relação existente entre a ansiedade física-social e a insatisfação corporal relativamente, à perspectiva frontal (tabela 19), experienciada pelas mulheres é possível verificar através do coeficiente de determinação ($R^2= 0,129$; g.l.=2; $F= 5,727$; $p= 0,005$) revela que 12,9% da variabilidade da insatisfação corporal, nomeadamente respeitante à perspectiva frontal, é explicada pela ansiedade física-corporal, e em particular com os sentimentos alusivos ao conforto com a aparência física (Factor 1: $\beta= 0,24$; $t= 1,87$; $p= 0,066$). O mesmo não sucede em relação às expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros (Factor 2) que não apresenta significância ($\beta= 0,17$; $t=1,35$; $p= 0,175$).

Tabela 19 Regressão entre a ansiedade física social e a insatisfação frontal (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
	0,129	5,727	0,005			
Insatisfação Corporal Frontal					-1,606	0,112
Factor 1				0,24	1,87	0,066
Factor 2				0,17	1,35	0,175

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

Consideramos pertinente averiguar se ansiedade física-social afecta índice de gordura corpórea dos indivíduos (tabela 20) recorreremos à regressão linear que indicou um coeficiente de determinação ($R^2= 0,099$; g.l.=1; $F=5,349$; $p= 0,007$) no qual sugere que apenas 9,9% da variabilidade apresentada pelo índice de massa corporal é explicada pela ansiedade física-social, o valor de $p= <0,05$ sugere que a Ansiedade Física social s, exerce de facto influência no índice de massa corporal apresentado pelas mulheres. O Factor 1 revela ($\beta= 0,38$; $t=2,97$; $p= 0,004$) encontrar-se positiva e significativamente associado ao índice de massa corporal, tal indicia que à medida que a ansiedade física-social aumenta derivo dos sentimentos de conforto com a aparência física, aumenta também o índice de massa corporal.

Tabela 20 Regressão entre a ansiedade física social e o índice de massa corporal (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
Índice de Massa Corporal	0,099	5,349	0,007		9,19	0,000
Factor 1				0,38	2,97	0,004
Factor 2				-0,06	-0,46	0,648

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

De acordo a bibliografia consultada considerou-se relevante examinar a relação existente entre algumas variáveis, confirmada anteriormente pelas correlações de Pearson. Assim, procedeu-se à análise das regressões lineares de modo a averiguar a influência da ansiedade física-social na preocupação demonstrada pelas mulheres em controlar o seu peso corporal (tabela 21). Os resultados do coeficiente de determinação ajustado ($R^2= 0,420$; g.l.=2; $F=27,900$; $p=0,000$) apontam para 42% da variação da preocupação em controlar o peso é explicada pela ansiedade física-social, apresentando

uma significância particularmente elevada com as expectativas negativas de avaliação física do sujeito por terceiros ($\beta=0,54$; $t=5,25$; $p=0,000$). Esta influência para além de significativa é positiva, no qual um estado mais elevado de ansiedade em relação ao físico estando sujeito a uma avaliação negativa por parte de terceiros corresponde a uma maior nível de preocupação em controlar o peso corporal. O mesmo não se verifica em relação a sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1), que não parece exercer uma influência significativa na preocupação em controlar o peso.

Tabela 21 Regressão entre a ansiedade física social e a preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
	0,420	27,900	0,000			
Preocupação em Controlar o Peso					-0,77	0,444
Factor 1				0,17	1,65	0,104
Factor 2				0,54	5,25	0,000

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS.

No que se refere à análise da influência da ansiedade física-social sobre a ansiedade sentida pelos indivíduos quando têm a percepção de que não conseguem controlar o seu peso corporal (tabela 22), verificamos que 11,1% da variabilidade da variável ansiedade em controlar o peso ($R^2= 0,111$; g.l.=2; $F=5,951$; $p=0,004$) é explicada pela variável ansiedade em controlar o peso. Tal sugere que a ansiedade física social, mais especificamente em relação às expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros ($\beta=0,33$; $t=2,64$; $p=0,001$) apresenta uma positiva relação de influência sobre os estados de ansiedade em controlar o peso. Deste modo, à medida que a ansiedade física corporal aumenta, em particular a apreensão sentida em relação às expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros, aumenta igualmente a ansiedade sentida pelos sujeitos por perceberem não conseguir controlar o seu peso

corporal. No entanto, esta relação não se verifica em relação ao Factor 1 (sentimentos de conforto com a aparência física) pois não apresenta uma relação significativa ($\beta=0,06$; $t=0,45$; $p=0,651$).

Tabela 22 Regressão entre a ansiedade física social e na ansiedade em controlar o peso (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
Ansiedade em Controlar o Peso	0,111	5,951	0,004		2,82	0,006
Factor 1				0,06	0,45	0,651
Factor 2				0,33	2,64	0,010

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS

As correlações levadas a cabo sugerem a existência de uma relação entre a ansiedade física-social e o facto do indivíduo se sentir bem com ele próprio (tabela 23). De acordo com o coeficiente de determinação justado obtido ($R^2= 0,469$; $F= 35,838$; $g.l.=2$; $p=0,000$) 46,9% da variabilidade da variável Bem consigo próprio é explicada pela variável ansiedade física social. O que nos permite sugerir que a ansiedade física social exerce uma influência significativa e negativa sobre bem-estar do próprio sujeito. Tal se verifica em respeito tanto aos sentimentos de conforto com a aparência física (Factor 1: $\beta=-0,46$; $t= -4,75$; $p=0,000$), como nas expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros (Factor 2: $\beta=-0,33$; $t= -3,33$; $p=0,001$), inerentes à ansiedade física social. Tal representa à medida que aumenta a ansiedade física social, tanto na apreensão sobre as expectativas de avaliações negativas de terceiros como nos sentimentos em relação à aparência física, diminui o bem-estar do individuo consigo mesmo.

Tabela 23 Regressão Influência da Ansiedade Física Social no Bem-estar do próprio (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
Bem Consigo Próprio	0,469	35,838	0,000		17,98	0,000
Factor 1				-0,46	-4,75	0,000
Factor 2				-0,33	-3,33	0,001

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS

No que se refere à correlação significativa encontrada entre a ansiedade física-social e a satisfação do sujeito com a sua própria vida (tabela 24), podemos verificar através da regressão linear realizada, que 20% da variação da satisfação com a vida é explicada pela ansiedade física-social ($R^2= 0,200$; $F=10,894$; $g.l.=2$; $p=0,000$). Tal significa que a Ansiedade Física Social, principalmente nas componentes relacionadas com as expectativas do sujeito numa avaliação física negativa por parte de outros (Factor 2: $\beta=-0,44$; $t= -3,71$; $p=0,000$). Tal não sucede com o Factor 1 (sentimentos de conforto com a aparência física) pois não apresentam uma relação significativa ($\beta=-0,05$; $t= -0,381$; $p=0,704$). As variáveis apresentam então uma relação de influência significativa e ao mesmo tempo negativa, na qual à medida que os níveis de ansiedade física-social aumente diminui consigo a satisfação do sujeito com em relação à sua própria vida.

Tabela 24 Regressão entre a ansiedade física social e a satisfação com a vida (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
Satisfação com a Vida	0,200	10,894	0,000		11,86	0,000
Factor 1				-0,05	-0,381	0,704
Factor 2				-0,44	-3,71	0,000

Nota: Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS

No que concerne à variável de insatisfação corporal, constatou-se que existe uma relação com algumas variáveis, nomeadamente com o índice de massa corporal. (tabela 25) Importa agora perceber qual o sentido dessa mesma relação, deste modo procedeu-se ao processo de regressão linear, e os resultados indicam que 57,5% ($R^2=0,575$; g.l.=2; $F=54,481$; $p=0,000$) da variação da variável Índice de Massa Corporal é explicada pela insatisfação com o próprio corpo, tal indica que quanto mais a pessoa se sente insatisfeita com o seu corpo, em particular com a perspectiva frontal ($\beta=0,64$; $t= 4,71$; $p=0,000$) maior será também o seu Índice de Massa Corporal ($\beta=0,64$; $t= 4,71$; $p=0,000$). A mesma relação de influência não se verifica com a insatisfação sentida pelo sujeito quando visto de perfil ($\beta=0,14$; $t= 1,02$; $p=0,312$).

Tabela 25 Regressão entre o índice de insatisfação frontal e de perfil no IMC (Método Enter) N=80

	R^2	F	p	β	t	p
IMC	0,575	54,481	0,000		67,64	0,000
Índice de Insatisfação Frontal				0,64	4,71	0,000
Índice de Insatisfação Lateral				0,14	1,02	0,312

Nota: IMC=Índice de Massa Corporal

A preocupação em controlar o peso que apresentou relação significativa com a insatisfação corporal (tabela 26). A regressão linear, sugere que apenas 7,5% da variabilidade da variável preocupação em controlar o peso corporal é explicada pela insatisfação corporal ($R^2=0,075$; g.l.=2; $F=4,217$; $p=0,018$). Visto que $p= <0,05$ os resultados sugerem existir relação entre as variáveis mesmo que pouco explicativa. Tal representa que quanto maior é a insatisfação corporal sentida pelos sujeitos, maior será igualmente a preocupação em controlar o seu peso corporal, tal é particularmente

acentuado quando a insatisfação corporal se encontra relacionada com a perspectiva frontal do próprio corpo ($\beta=0,394$; $t= 1,952$; $p=0,055$), e o mesmo não sucede com a perspectiva de perfil ($\beta=-0,10$; $t=-0,49$; $p=0,623$).

Tabela 26 Regressão entre o índice de insatisfação frontal e de perfil na preocupação em controlar o peso (Método Enter) N=80

	R²	F	p	β	t	p
Preocupação em Controlar o Peso	0,075	4,217	0,018		17,99	0,000
Índice de Insatisfação Frontal				0,39	1,95	0,055
Índice de Insatisfação Lateral				-0,10	-0,49	0,623

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

a) Perfeccionismo

De modo a analisarmos a relação entre o perfeccionismo e a ansiedade física social utilizámos testes de correlação de Pearson, e posteriormente análise da regressão: os resultados encontrados na escala MPS-H indicam que o perfeccionismo se encontra relacionado com a ansiedade física social em 12,6%, tendo os valores das correlações entre estas variáveis revelando-se muito significativas. Estes indicadores vão de encontro aos resultados obtidos por Flett, Greene, e Hewitt (2004), os quais sugeriram que, de facto, a relação entre estas duas variáveis é significativa e positiva. No mesmo sentido, Haase, Prapavessis, e Owens (2002) afirmam que o Perfeccionismo se encontra positivamente relacionado com a ansiedade física social, sugerindo inclusive, que é o perfeccionismo que desencadeia os estados de Ansiedade Física Social, pois esta especificidade da ansiedade dirigida ao corpo pode ter a sua génese numa apreensão em não conseguir corresponder perante terceiros aos seus próprios padrões de percepção de perfeição.

Por sua vez, os resultados obtidos relativamente às relações estabelecidas entre as variáveis, indicam que a dimensão do Perfeccionismo Socialmente Prescrito se encontra efectivamente associada à Ansiedade Física Social na sua generalidade. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados por de Flett, Greene, e Hewitt (2004), no que se refere à ansiedade, os quais sugerem que a relação entre o perfeccionismo e a ansiedade é mais significativa no que diz respeito ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito, do que no que diz respeito ao Perfeccionismo Orientado aos Outros e ao Auto-Orientado. Na mesma linha de raciocínio Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton e Joiner (2000) argumentam que o Perfeccionismo procede como factor de

vulnerabilidade ampliando os níveis de ansiedade, assim como de stresse em situações percebidas de avaliação física socialmente determinada.

No presente estudo, o Perfeccionismo Orientado aos Outros não apresentou qualquer relação com a Ansiedade Física Social, em nenhum dos factores que lhe estão inerentes. Relativamente ao Perfeccionismo Auto-Orientado não encontramos qualquer relação com o Factor 1 da Ansiedade Física Social, que se prende com os sentimentos que envolvem o conforto em relação ao próprio corpo. Não obstante, o mesmo não se verificou com o Factor 2 da Ansiedade Física Social, a qual apresentou valores significativos, que dizem respeito às expectativas negativas de avaliação física do sujeito por parte de terceiros. Esta relação é também particularmente evidente entre o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e o factor 2 Ansiedade Física Social. Assim, podemos hipotetizar que tanto o Perfeccionismo Socialmente Prescrito como o Auto-Orientado exercem influência no estado de Ansiedade Física Social, nomeadamente nos aspectos relacionados com as apreensões de avaliações negativas dos outros, e evoluem no mesmo sentido. Ou seja, à medida que os níveis de perfeccionismo socialmente prescrito e orientado aos outros aumentam, maiores serão também os graus de ansiedade social dos sujeitos em relação aos seus corpos e da consequente avaliação negativa dos mesmos por terceiros.

Ao contrário do esperado, neste estudo não se verificou qualquer relação entre o Perfeccionismo e a insatisfação dos sujeitos com os seus corpos, o que contradiz os estudos anteriormente realizados nesta área (Davis, 1997; Sherry, et al., 2009) que vão de encontro com o facto de o Perfeccionismo se encontrar negativamente associado à satisfação com a imagem corporal, no qual a relação estabelecida entre o perfeccionismo socialmente prescrito e a insatisfação com o corpo, que demonstra associações mais fortes e consistentes do que as restantes dimensões do perfeccionismo.

Contudo, Grammas e Schwartz (2009) sugerem que a dimensão do Perfeccionismo Auto-Orientado não apresenta relação com a insatisfação com o corpo, o que vai de encontro com os resultados obtidos no estudo em que se verifica que esta dimensão não surge associada com a insatisfação. Estes resultados sugerem que os sujeitos que possuem elevados padrões de exigência não se encontram mais vulneráveis a desenvolver atitudes negativas em relação ao corpo. Contudo, de acordo com a literatura, o perfeccionismo socialmente prescrito, quando manifestado em níveis elevados apresenta associações significativas com a insatisfação corporal (Grammas & Schwartz, 2009; Sherry, et al., 2009). No entanto, tal não se verifica nos resultados por nós obtidos nos quais o perfeccionismo socialmente prescrito não apresenta uma relação significativa com a insatisfação com o corpo.

Possivelmente, os resultados encontrados poderão estar relacionados com o facto da amostra utilizada neste estudo se tratar de uma amostra não clínica, pelo que os níveis de perfeccionismo negativo não atingiriam níveis suficientemente psicopatológicos (i.e., elevados) para se encontrarem associados à insatisfação corporal. De acordo com Sherry, et al. (2009) os ideais de magreza são produto de uma discrepância percebida entre o corpo real e o corpo desejado. Estes autores afirmam ainda que estes ideais por sua vez, adquirem somente um carácter psicopatológico e socialmente influenciável, se anteriormente o sujeito adquirir esses mesmos ideais para si próprio, processo que só se realizará através do perfeccionismo auto-orientado.

No que diz respeito à análise que teve por finalidade investigar uma eventual relação entre a prática de restrição alimentar e o perfeccionismo, não encontramos uma associação significativa entre estas variáveis. Tal resultado não era esperado é contrário ao de alguns estudos anteriormente realizados, os quais enfatizam que as dimensões inerentes ao Perfeccionismo, como a auto orientada e a socialmente prescrita, se

encontram relacionadas com a prática de regimes alimentares (Downey & Chang, 2007). Não obstante, os resultados por nós obtidos vão de encontro a de Ruggiero, Levi, Ciuna, e Sassaroli (2002), que indicam que em situações ditas normais, o Perfeccionismo não parece ser o suficiente para desenvolver pensamentos que envolvam o desejo de ser mais magro ou iniciar um regime alimentar: para que tal suceda é necessário haver uma insatisfação corporal associada ao perfeccionismo socialmente prescrito e auto-orientado, variáveis que têm de estar simultaneamente presentes para culminar num regime alimentar (Tissot & Crowther, 2008).

Como analisamos anteriormente, no presente estudo essa associação não se verifica o que explicaria o facto de a restrição alimentar não se encontrar associada, pois sem existir previamente uma insatisfação dirigida ao corpo o perfeccionismo existente pode não ser orientado para a imagem corporal, e conseqüentemente não exercer influencia no desejo de levar a cabo comportamentos de restrição alimentar. Assim, podemos concluir que possivelmente o perfeccionismo existente na amostra não se encontra dirigido à imagem corporal propriamente dita.

No que se refere ao perfeccionismo e à preocupação em controlar o peso dos sujeitos, também não foram encontradas associações significativas entre ambas. Tais resultados não vão de encontro aos de Davis, Claridge, e Fox (2000) que acrescentam que esta mesma preocupação com o peso pode mesmo influenciar os níveis de perfeccionismo na pessoa. Provavelmente o processo pelo qual a preocupação com o peso actua se revele semelhante ao da restrição alimentar, acima referido. Ou seja, para que a pessoa desenvolva pensamentos de preocupação em controlar o seu peso corporal é necessário que o perfeccionismo existente possua uma relação com a insatisfação (de modo a que o Perfeccionismo seja de facto orientado para a imagem corporal), de forma a culminar neste tipo de preocupação em relação ao corpo. Como a associação entre o

perfeccionismo e a insatisfação não se encontram associados nesta amostra será de esperar não existir também uma preocupação em controlar o peso.

Esta preocupação em controlar o peso pode mesmo despoletar estados de ansiedade, pelo que esta apresentou associações bastante fortes e muito significativas com o perfeccionismo geral. Esta associação revelou-se significativamente associada a todas as dimensões inerentes ao Perfeccionismo, tendo apresentado uma relação de magnitude particularmente elevada com o Perfeccionismo Auto-Orientado. Tal pode traduzir-se no facto de que, quanto maior forem os níveis de Perfeccionismo Auto-Orientado do sujeito, mais elevados serão os níveis de ansiedade quando percepcionam um fraco controlo em relação ao seu peso corporal.

A dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito apresentou uma associação também bastante forte e significativa com a ansiedade em controlar o peso, o que sugere que as exigências externas aos sujeitos exercem também pressão no sujeito. Tendo em conta que as pressões internas ao indivíduo se prendem com padrões de beleza estabelecidos pela sociedade actual, um sub-grupo de mulheres da amostra, ao percepcionar-se como não se enquadrando nesses mesmos padrões pode desenvolver estados de ansiedade relativamente ao seu peso corporal.

Por último o perfeccionismo orientado para os outros revelou igualmente possuir uma relação significativa com a ansiedade desencadeada quando o sujeito percepciona que não exerce controlo no seu peso. Esta relação não foi encontrada na literatura analisada para este estudo, no entanto constitui uma relação forte e significativa passível de ser analisada. Embora esta associação seja menor com o perfeccionismo orientado aos outros do que com as restantes dimensões do perfeccionismo, é ainda assim relevante. Tal atesta que os padrões que os indivíduos estabelecem para eles próprios acabam por se aplicar aos outros, exigindo de terceiros o mesmo que exigem para si

próprios. Deste modo, quanto maior for esta dimensão do perfeccionismo, mais elevados serão igualmente os níveis de ansiedade no controlo do peso.

Relativamente à relação verificada entre o Perfeccionismo e a satisfação com a vida, neste estudo encontramos uma associação negativa e significativa mas só explica 15,5% do impacto desta variável na satisfação com a vida o que indica que à medida que o Perfeccionismo no sujeito aumenta diminui com ele a satisfação com a sua vida. Estes resultados estão em concordância com Flett, Hewitt, Blankstein, e Gray (1998) que sugerem que a satisfação com a vida dos indivíduos se vê prejudicada pela forma de pensamento perfeccionista. Relativamente ao bem-estar da mulher consigo própria, os resultados apontam para uma associação negativa e significativamente estatística e explica 11,5% desta associação. Esta associação é particularmente estatisticamente significativa com o Perfeccionismo Socialmente Prescrito, o que sugere que à medida que os níveis desta dimensão do Perfeccionismo aumentam, diminui o bem-estar do sujeito consigo próprio.

b) Ansiedade Física Social

Relativamente à Ansiedade Física Social os resultados apontam para a existência de uma relação forte e significativa entre esta variável e o perfeccionismo, que sugere uma relação significativa entre a ansiedade física social e o perfeccionismo e suas inerentes dimensões, como sugerem os autores Haase, Prapavessis, e Owens (2002). Ao analisar os factores inerentes à escala de ansiedade física-social damos conta de que a relação significativa encontrada entre o Factor 1 da escala de ansiedade física-social (que diz respeito aos sentimentos que envolvem o conforto em relação ao próprio corpo) e o perfeccionismo socialmente prescrito que de acordo com (Sumi & Kanda, 2002) sugerem existir uma relação estatisticamente significativa entre os estados de ansiedade

física social e o perfeccionismo. Além do mais tem sido sugerido que a comorbilidade entre estes dois estados incrementa o desenvolvimento de outras psicopatologias geralmente associadas à imagem corporal, como é o caso das perturbações alimentares (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002).

Os resultados obtidos constituem um indício de que à medida que os níveis de ansiedade física-social (na condição intrínseca aos sentimentos de desconforto com o corpo) se tornam mais elevados, também aumentam os níveis de Perfeccionismo Socialmente Prescrito. No que se refere à vertente da Ansiedade Física Social, que corresponde às expectativas de avaliação negativa da sua aparência física por parte de terceiros, a relação positiva e significativa encontrada entre o Perfeccionismo Auto-Orientado e as expectativas de avaliação corporal negativas, sugere que maiores níveis de expectativas de avaliação negativa do corpo levam ao aumento do Perfeccionismo Socialmente Prescrito, já anteriormente existente enquanto traço de personalidade no sujeito. Ao inverso, não foi encontrada uma associação significativa entre o Perfeccionismo Orientado para os Outros e as expectativas negativas, possivelmente porque a Ansiedade Física Social depende em grande escala dos padrões internalizados pelo indivíduo e da pressão percebida relativa a terceiros. Tal permite que os padrões impostos pela sociedade, e por sua vez internalizados pelo indivíduo, não se coadunem, provocando sentimentos de inadequação e conseqüentemente de ansiedade, ao percepcionarem que o seu físico possa ser avaliados de forma negativa pelos outros.

Relativamente aos resultados das análises efectuadas entre as variáveis Ansiedade Física Social e a Insatisfação Corporal, a relação significativa encontrada entre ambas as variáveis é consistente com estudos realizados por outros autores (Ginis, Murru, Conlin, & Strong, 2011; Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010; Thompson & Chad, 2002). Estes sugeriram que as mulheres que possuem níveis mais elevados de

ansiedade física social apresentam uma imagem mais negativa das suas formas corporais e conseqüentemente maior insatisfação corporal.

Ao analisar de forma mais detalhada este resultado e particularmente a associação positiva e significativa entre os sentimentos de conforto e a aparência física, inerentes à Ansiedade Física Social e a Insatisfação Corporal na tua totalidade, observamos ainda uma relação ligeiramente mais fraca mas igualmente significativa, entre os sentimentos de conforto acima referidos e a insatisfação dos sujeitos com os seus corpos quando percebidos de perfil e na perspectiva frontal. Esta última perspectiva apresenta assim um valor de p mais levado e também significativo. Tal expressa a relação entre a Ansiedade Física Social provocada pelos sentimentos de desconforto com a aparência física aumentam à medida que aumenta a insatisfação corporal dos sujeitos. Esta por sua vez é sentida de forma mais acentuada quando o sujeito percebe que está a ser observado na sua totalidade ou numa perspectiva frontal.

No que diz respeito às expectativas de avaliação negativa, estas ostentam uma relação positiva e significativa em particular com a Insatisfação Frontal, sendo que a sua relação é igualmente significativa com a insatisfação a nível lateral. Estes resultados apontam para o facto de, quando a Ansiedade Física Social desencadeada pelas expectativas que o sujeito possui em relação a uma possível avaliação negativa da sua aparência física aumenta, tende a agravar-se o nível de insatisfação em relação ao corpo, e em particular com a percepção de vista frontal do físico do sujeito.

Os resultados analisados sugerem ainda uma relação entre a Ansiedade Física Social e o Índice de Massa Corporal. Este resultado vai no sentido aos de Koyuncu, Tok, Canpolat, e Catikkas (2010), que propõem que esta relação é evidente, e que inclusive os sujeitos que apresentam estados mais elevados de Ansiedade Física Social demonstram um maior Índice de Massa Corporal. Ao examinar as variáveis mais

aprofundadamente, verifica-se que o Factor 1, pertencente à escala de Ansiedade Física Social, que diz respeito aos sentimentos de conforto com o corpo, apresenta de facto uma relação significativa com o Índice de Massa Corporal. Estes resultados sugerem que a Ansiedade Física Social, na vertente do desconforto corporal, tende a aumentar em consonância com o aumento do índice de massa corporal. O mesmo não se constata em relação ao Factor 2, no que se refere às expectativas depreciativas produzidas pelos sujeitos em relação à avaliação dos seus atributos físicos por terceiros, que não apresentam uma relação significativa com o Índice de Massa Corporal.

Os resultados analisados apontam para a existência de uma relação entre a Ansiedade Física Social e a Restrição Alimentar. Este resultado vai de encontro aos autores Ginis e Leary (2004) que propõem que a Ansiedade Física Social desencadeada pelas preocupações de auto-apresentação podem ser geridas através de comportamentos menos saudáveis, como é o caso da dieta ou restrição alimentar. Esta associação apresenta contornos fortes e significativos, que apontam para o facto de quando os sinais de Ansiedade Física Social se manifestam, aumenta juntamente a necessidade dos indivíduos apresentarem comportamentos que envolvam alguma restrição alimentar. No que diz respeito à ansiedade física social são os sentimentos respeitantes ao conforto do sujeito com o corpo que apresentam uma associação mais forte e significativa. Não obstante, a apreensão relativa às avaliações negativas do seu corpo por parte de outros apresenta também uma relação, mas este apresenta uma correlação menos forte com uma menor significância. Estes resultados sugerem que a ausência de conforto com o corpo, e uma imagem negativa da aparência física, produz nos sujeitos a emergência de uma preocupação com a avaliação de terceiros, que despoleta sentimentos negativos e que eventualmente impulsionam o desejo de iniciar uma regime alimentar.

Relativamente à Preocupação em controlar o peso pelas mulheres da amostra estudada encontramos uma associação significativa e positiva com a Ansiedade Física Social, explicada na ordem dos 42%, sendo que esta relação revela ser particularmente significativa e consistente com as expectativas negativas do sujeito em relação às possíveis avaliações negativas do seu aspecto físico, o que sugere que à medida que estas expectativas negativas aumentam, são acompanhadas pelo aumento da preocupação no controlo do peso.

Em relação aos sentimentos de conforto com o corpo (Factor 1), estes também apresentam uma associação positiva e significativa com a preocupação em controlar o peso corporal, No entanto esta é mais fraca e menos significativa em comparação com o Factor 2 (expectativas de avaliação negativa de terceiros). No mesmo sentido, Thompson e Chad, (2002) sugerem que as preocupações com o peso corporal constituem, de facto, um agente propulsor de ansiedade física social. Tal pode indiciar que o facto de os sujeitos se preocuparem com o controlo do seu peso corporal depende mais do receio da avaliação que têm em relação a outros, do que com o desconforto com o aspecto físico em si (embora este se encontre também envolvido na relação).

No que concerne à ansiedade em controlar o peso, quando o sujeito percepção falta de controlo apresenta também uma tendência para expressar ansiedade física social. Esta associação não foi encontrada na literatura. No entanto, por revelar uma relação estatisticamente significativa é em seguida discutida. Assim, esta associação exhibe uma relação particularmente forte com as expectativas de avaliação negativa, o que aponta para o facto de que quando estas expectativas negativas se encontram elevadas a ansiedade do sujeito em controlar o seu peso corporal tendem também a aumentar. Esta mesma associação positiva é observada relativamente aos sentimentos de conforto em relação ao corpo, que à medida que, o desconforto com o mesmo

aumenta, evolui também a ansiedade em controlar o peso. Estes resultados indicam o sujeito ao perceber não ser capaz de exercer um controlo no seu peso corporal resulta no aumento de preocupação com o mesmo e por conseguinte aumenta a ansiedade em querer ter controlo sobre o seu peso. Esta espiral pode culminar assim, na apreensão da avaliação social do aspecto físico desencadeando estados de Ansiedade Física Social.

Relativamente à comparação de Felicidade do sujeito com terceiros, os resultados obtidos sugerem que existe uma relação significativa com a Ansiedade Física Social. Tais resultados sugerem que quando o nível de Ansiedade Física Social aumenta, diminui o sentimento de felicidade dos sujeitos por se compararem a terceiros. Essa relação somente se verifica em relação ao Factor 1 da Ansiedade Física Social (relativamente aos sentimentos de conforto em relação ao corpo), sendo que nenhuma relação estatisticamente significativa se verifica entre o Factor 2 (expectativas negativas em relação à avaliação negativa por terceiros) e a comparação de felicidade.

Os resultados alcançados estão de acordo aos de Carraça, et al. (2010) que sugerem que o investimento excessivo e disfuncional na aparência exerce prejuízo no bem-estar pessoal. A Ansiedade Física Social pode ser parte integrante desse investimento excessivo na aparência física, verificando-se uma associação significativa e negativa entre o bem-estar relatado e a ansiedade física social na ordem dos 46,9%. Estes resultados apontam para o facto de os indivíduos, ao sofrerem de elevados estados de Ansiedade Física Social, tenderem a sentir-se pior consigo próprios. Esta relação é muito significativa relativamente a ambos os factores inerentes à escala de Ansiedade Física Social. Tal pode sugerir que os sujeitos com exacerbados pensamentos negativistas em relação aos seus corpos, tendam a considerar que os outros o percepcionem do mesmo modo, espelhando neles a sua insegurança. Estas percepções

podem então ser reais ou fantasiadas, mas despoletam na pessoa uma espiral de sentimentos e percepções depreciativas que intensificam o receio da avaliação física.

No que se refere à Satisfação com a Vida, esta surgiu negativamente associada e influenciando, pelo menos parcialmente a Ansiedade Física Social (na ordem dos 26%). Tais resultados sugerem que os sintomas de ansiedade despoletada socialmente afetam a satisfação com a vida para além das incapacidades que causam (Enga, Colesb, Heimbergc, & Safren, 2005). Os resultados indicam que o aumento da Ansiedade Física Social é inverso ao da Satisfação com a Vida. Esta associação negativa é mais significativa no que se refere às expectativas de avaliação negativa da aparência física por outros, comparativamente com os sentimentos relacionados com o conforto com a aparência física. Estes resultados parecem indiciar que o medo excessivo relativo à avaliação das características físicas da mulher, e o desconforto com as mesmas num contexto social enfraquece o bem-estar com o próprio e com a sua vida.

c) Insatisfação Corporal

No que se refere à Insatisfação com a Imagem Corporal, os resultados apontam para a existência de uma relação entre esta variável e o Índice de Massa Corporal explicada em 57%. Segundo Goldfield, et al. (2010) e Xu, et al. (2010) a insatisfação aumenta com o aumento do Índice de Massa Corporal. Os resultados vão neste sentido, sugerindo que os níveis de Insatisfação aumentam a par do aumento do Índice de Massa Corporal. Foi encontrada igualmente uma associação positiva e significativa entre a Insatisfação com o Corpo nos sujeitos e a preocupação em controlar o peso. Tais resultados sugerem que as mulheres que apresentam elevados níveis de Insatisfação em relação ao próprio corpo demonstram maiores níveis de preocupação em controlar o peso corporal. Possivelmente, quando o nível de Insatisfação física é muito elevado, os

sujeitos permaneçam tão focados nos atributos que constituem o maior foco de insatisfação (e que não se coadunam com o ideal desejado), que induza alguma fixação na aquisição do controlo do peso. Ainda relativamente à insatisfação corporal, ao contrário do esperado não foi encontrada qualquer relação com a idade cronológica nesta amostra, o que contradiz os estudos elaborados por Esnaola, Rodríguez, e Goñi (2010) que sugerem uma associação entre ambas as variáveis.

6. CONCLUSÃO

A investigação que nos propusemos desenvolver permitiu-nos uma melhor compreensão sobre o perfeccionismo e de que modo este se relaciona com a insatisfação com a aparência física nas mulheres, assim como, a influencia que a ansiedade social dirigida ao corpo parece ter nesta variável.

Tal como foi referido anteriormente, os estereótipos sociais influenciam a percepção de normalidade nas pessoas, ao integra-los nos seus próprios padrões de beleza. Posteriormente à adopção destes modelos de referência, o perceber de uma discrepância entre a imagem real e a imagem que idealiza pode originar estados de insatisfação com o corpo. De facto, pessoas que apresentam elevados níveis de insatisfação corporal tendem a demonstrar uma acentuada preocupação em apresentarem uma imagem perfeita aos outros e preocupam-se excessivamente em esconder as imperfeições percebidas de terceiros (Sherry, Lee-Bagglely, Hewitt, & Flett, 2007).

Não obstante, segundo Anastácio e Carvalho (2006) a grande maioria dos jovens sente-se de facto satisfeita com a sua aparência física, sendo que a insatisfação corporal de índole patológica, apesar de acontecer em menor frequência não deve ser ignorada, ou banalizada, uma vez que esta constitui um factor psicológico que quando levado ao extremo pode mesmo ter repercussões na saúde mental de quem dela padece.

Neste sentido, pareceu-nos de extrema importância compreender de que forma o estabelecimento de elevados padrões de perfeição para si próprio, que caracterizam o perfeccionismo, podem estar associados à satisfação das pessoas com a sua aparência física, afectando-as negativamente. Por outro lado, parece-nos igualmente relevante considerar o efeito da necessidade de perfeição inerente, no receio e avaliação alheia dos distintivos físicos que caracterizam a pessoa e o tornam única. Igualmente,

considerámos importante compreender se esse mesmo receio resulta em níveis elevados de Ansiedade Social focada no corpo.

O estudo desta temática, na nossa óptica, desempenha um papel determinante na prevenção de comportamentos sintomáticos de psicopatologia, associados aos padrões de exigência acima referidos. Esta necessidade de exigir de si próprio nada menos que a perfeição, reflecte-se nos mais diversos domínios da vida da pessoa, e inclusive quando se demonstram patológicos podem tornar as pessoas mais vulneráveis às pressões sócio-culturais para se enquadrar nos ideais de beleza socialmente prescritos e difundidos nos meios de comunicação social. A discrepância percebida entre o corpo ideal e o corpo real garante a presença de insatisfação com o mesmo, podendo ser intensificada com o aumento de ansiedade física social.

Os principais resultados obtidos nesta investigação dão conta de que o Perfeccionismo não constitui, por si só, uma variável com influência estatisticamente significativa na Insatisfação com a forma corporal na amostra em estudo. Tal, possivelmente, dever-se-á ao facto da nossa amostra não ser clínica, o que poderá apontar para níveis de sintomatologia psicopatológica baixos ou moderados, e pouco orientados para o aspecto físico.

Os resultados obtidos apontam ainda para o facto de que as dimensões do perfeccionismo, nomeadamente, o perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito influem nos estados de ansiedade social dirigida ao corpo. No sentido em que pessoas com elevados níveis de perfeccionismo nas dimensões mencionadas, são mais propensas a desenvolver sentimentos de apreensão a nível social no que se refere a uma possível avaliação negativa do aspecto físico por parte de outrem. Esta ansiedade encontra-se também associada a uma percepção negativa dos atributos físicos da pessoa, despoletando insatisfação em relação ao corpo. Uma percepção negativa em relação ao

corpo, por sua vez, intensifica-se com os sentimentos de desconforto com o próprio corpo, e com as expectativas de avaliação negativa das suas formas por parte de outros. De facto, este desconforto e apreensão aumenta ao par do aumento do índice de massa corporal da pessoa. Neste sentido, a insatisfação com a própria imagem corporal aumenta igualmente com o índice de massa corporal, possivelmente o aumento da adiposidade faz com que as mulheres se sintam mais afastadas do ideal de beleza física, originando insatisfação em relação às formas corporais.

Os resultados obtidos sugerem que, ao contrário do esperado, o Perfeccionismo apresenta uma relação mais distante com as questões relacionadas com a imagem corporal, do que a Ansiedade Física Social. Pelo que parece, o perfeccionismo apresenta uma relação com a imagem corporal, mas para que esta se torne patológica necessita de outros factores intervenientes que intensifiquem esta associação.

Com este estudo pretendemos, mais do que obter respostas, importa formular novas questões, que permitam o desenvolvimento desta temática específica, pouco abordada, em outras vertentes. Assim esta investigação permite-nos sugerir algumas intervenções possíveis, nomeadamente em termos clínicos, com o recurso a uma abordagem estruturada que desconstrua os pensamentos negativos centrados no corpo e os restructure em cognições mais adaptadas, que permitam à pessoa aceitar a sua imagem corporal. Mesmo que a discrepância percebida pela pessoa seja real, importa aceitar a sua diferença como algo positivo que a torna única. Se estiverem associados padrões de exigência perfeccionistas psicopatológicos dirigidos à imagem corporal, estes devem ser reconhecidos pela pessoa. Tal permite que esta compreenda os motivos do seu comportamento, e assim modificar a crença de que este traço as permite atingir as suas metas, ao equiparar o desempenho com o valor pessoal. No entanto, como as suas expectativas são elevadas e irrealistas, devem portanto ser ajustadas a metas mais

acessíveis e realistas, baseadas no seu potencial, separando-as do seu auto-conceito e como sinónimo de valor pessoal.

A ansiedade física social, consequência destes traços perfeccionistas e de uma insatisfação e falta de conforto com o corpo, necessita, nas pessoas que dela padecem, de procedimentos de relaxamento e de modificação de expectativas de avaliação negativa de terceiros, condensando a satisfação com o corpo e restaurando a identidade social.

No entanto, reconhecemos no nosso estudo alguns obstáculos à sua realização, dos quais podemos destacar o facto da amostra se tratar de uma amostra não clínica: existe a possibilidade de alguns aspectos psicopatológicos associados ao perfeccionismo não se manifestarem com tanta veemência, pelo que não demonstrou uma associação com a insatisfação corporal, contradizendo achados anteriores. Tal não permite, deste modo, uma generalização dos resultados para uma população clínica, portanto de risco.

Por a amostra ter sido recolhida na região do Algarve, e apesar de a naturalidade geográfica dos sujeitos da amostra ser diversa a sua não representatividade da população portuguesa impossibilita a generalização os resultados para a população geral. Do mesmo modo, a elaboração de um estudo longitudinal permitiria uma avaliação ao longo do tempo das características individuais subjacentes ao Perfeccionismo, assim como, perceber se a Insatisfação sentida em relação ao corpo e consequente Ansiedade Física Social poderia variar ao longo do tempo. Tal análise da progressão destas variáveis ao longo do tempo permitiria analisar outras variáveis psicossociais, não levadas em conta neste estudo, que influenciem o processo.

Considerando que as pressões anteriormente referidas para a pessoa se ajustar a um ideal físico tendem a aumentar e a exercer influência em populações-alvo cada vez mais novas, uma investigação futura deverá replicar este estudo com uma amostra mais

abrangente, representativa da população geral, com amplitudes etárias diferenciadas, possivelmente, incluindo participantes de idades mais avançadas, de modo a averiguar os níveis de Perfeccionismo, de Insatisfação Corporal, assim como de Ansiedade Física Social relacionada com o corpo em mulheres adultas, possibilitando comparações relativamente a indivíduos mais novos. Consideramos que seria importante analisar igualmente estes factores à luz das distorções perceptivas da imagem corporal, que se encontra subjacente a algumas perturbações relacionadas à imagem corporal. Seria igualmente importante estudar outras variáveis não tidas em conta neste estudo, como o ambiente familiar e outros factores de personalidade associados ao perfeccionismo e à insatisfação corporal. Neste sentido seria igualmente interessante analisar estas variáveis em amostras clínicas com perturbações do comportamento alimentar, em que possivelmente, as associações entre os factores psicopatológicos seriam mais significativas, assim como outras perturbações associadas à imagem corporal, como a perturbação dismórfica corporal.

Assim, o estudo desta temática possibilita a compreensão dos aspectos associados às variáveis estudadas, permitindo encontrar formas de prevenir que o Perfeccionismo, a Insatisfação e a Ansiedade social dirigidas ao corpo, se tornem patológicos, fomentando um bem-estar com uma auto-imagem, apoiando em particular as populações mais vulneráveis, como sejam sujeitos mais jovens (i.e., adolescentes, devido ao período de ciclo vital mais vulnerável em termos de auto-imagem e auto-conceito), sujeitos com perturbações do comportamento alimentar e grupos de indivíduos com patologias físicas que envolvam uma forte modificação da aparência física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, B.D., & Barber, B.L. (2010). Embodied image: Gender Differences in Functional and Aesthetic Body Image among Australian Adolescents. *Body Image, 7*, 22-31.
- Anastácio, Z. C., & Carvalho, G. S. (2006). Saúde na Adolescência: Satisfação com a Imagem Corporal e a Auto-estima. In B. O. Pereira e G. S. Carvalho *Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis* (pp. 49-61). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Bardone, A.M., Vohs, K.D., Abramson, L.Y., Heatherton, T.F., & Joiner, T.E. (2000). The Confluence of Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Low Self-Esteem Predicts Bulimic Symptoms: Clinical Implications. *Behavior Therapy, 31*, 265-280.
- Bardone-Cone, A.M., Cass, K.M., & Ford, J.A. (2008). Examining Body Dissatisfaction in Young Men within a Biopsychosocial Framework. *Body Image, 5*, 183-194.
- Burns, D. (1980). The Perfectionist's Script For Self-Defeat. *Psychology Today*, pp. 34-51.
- Brantley, H.,T., & Clifford, E. (1979). Cognitive, Self-Concept, and Body Image Measures of Normal, Cleft Palate, and Obese Adolescents. *Cleft Palate Journal, 16* (2), 177-182.
- Brunet, J., Sabiston, C. M., Dorsch, K. D., & McCreary, D. R. (2010). Exploring a Model Linking Social Physique Anxiety, Drive for Muscularity, Drive for

- Thinness and Self-Esteem Among Adolescent Boys and Girls. *Body Image*, 7, 137-142.
- Burns, L.R., Dittmann, K., Nguyen, N.L., & Mitchelson, J.K. (2000). Academic Procrastination, Perfectionism, and Control: Associations with Vigilant and Avoidant Coping. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 35-46.
- Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., Toro, J., Gutiérrez-Maldonado, J., Peñaloza, C., Cuadros-Sosa, Y., & Gálvez-Madrid, M. (2011). Associations Between Sociocultural Pressures to be Thin, Body Distress, and Eating Disorder Symptomatology among Chilean Adolescent Girls. *Body Image*, 8, 78-81.
- Carraça, E., Markland, D., Silva, M., Coutinho, S., Vieira, P., Minderico, C., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2010). Dysfunctional body investment versus body dissatisfaction: Relations with well-being and controlled motivations for obesity treatment. *Motivation and Emotion*, 34 (1), 1-12.
- Cash, T., F., & Smolak, L. (2011) *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F., Santos, M.T., & Williams, E.F. (2005). Coping with Body-Image Threats and Challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 191-199.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.

- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Crocker, P., Sabiston, C., Forrester, S., Kowalski, N., Kowalski, K., & McDonough, M. (2003). Predicting Change in Physical Activity, Dietary Restraint, and Physique Anxiety in Adolescent Girls. *Revue Canadienne de Santé*, 94 (5), 332-37.
- Davis, C., Karvinen, K., & McCreary, D. R. (2005). Personality Correlates of a Drive for Muscularity in Young Men. *Personality and Individual Differences, 39*, 349-359.
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 421-426.
- Davis, C., Claridge, G., & Fox, J. (2000). Not Just a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 27* (1) 67-73.
- Dijkstra, P., & Barelds, D. (2011). Women's Meta-Perceptions of Attractiveness and Their Relations to Body Image. *Body Image, 8*, 74-77.
- Downey, C. A., & Chang, E. C. (2007). Perfectionism and Symptoms of Eating Disturbances in Female College Students: Considering the Role of Negative Affect and Body Dissatisfaction. *Eating Behaviors, 8*, 497-503.

- Eifert, S.R. (2004). Body Mass Index. In Loue, S., & Sajatovic, M. (Ed.), *Encyclopedia of Women's Health* (pp.112-113). Nova Iorque: Kluwer academic/Plenum Publishers.
- Enga, W., Colesb, M. E., Heimbergc, R.G., & Safren, S.A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Anxiety Disorders, 19*, 143-156.
- Esnaola, I. Rodríguez, A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental, 33* (1), 21-29.
- Etu, S.F., & Gray, J.J. (2010). A Preliminary Investigation of the Relationship Between Induced Rumination and State Body Image Dissatisfaction and Anxiety. *Body Image, 7*, 82–85.
- Jackson, S.L. (2009). *Research Methods and Statistics: A Critical Thinking Approach*. (4nd ed.), California: Wadsworth, Cengage Learning.
- Forrest, K. Y., & Stuhldreher, W.L. (2007). Patterns and Correlates of Body Image Dissatisfaction and Distortion Among College Students. *American Journal of Health Studies, 22*(1).
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1363-1381.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.

- Flett, G.L., Greene, A., & Hewitt, P.L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22,(1), 39-57.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Guaraldi, G.P., Orlandi, E., Boselli, P., & O'Donnell, K. M. (1999). Body Image Assessed by a Video Distortion Technique: The Relationship Between Ideal and Perceived Body Image and Body Dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 7, 121-128;
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. (2010). Body Dissatisfaction, Dietary Restraint, Depression, and Weight Status in Adolescents. *Journal of School Health*, 80, (4),186-192.
- Gila, A. Castro, J., Gómez, M.A., & Toro, J. (2005). Social and Body Self-esteem in Adolescents with Eating Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 63-71.
- Ginis, K. A., Murru, E., Conlin, C., & Strong, S.H. (2011). Construct Validation of a State Version of the Social Physique Anxiety Scale Among Young Women. *Body Image*, 8, 52-57.
- Ginis, K.M., & M.R. (2004) Self-Presentational Processes in Health-Damaging Behavior. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16,(1),59-74.
- Grammas, D.L., & Schwartz, J.P. (2009). Internalization of Messages from Society and Perfectionism as Predictors of male Body Image. *Body Image*, 6, 31–36.

- Grossbard, J.R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem in Male and Female College Students. *Sex Roles, 60*, 198-207.
- Gropper, S.S., Smith, J.L., & Groff, J.L. (2009). *Advanced Nutrition and Human Metabolism* (5^a Eds.). Canadá: Wadsworth, Cengage Learning.
- Haase, A. M., & Prapavessis, H. (1998). Social physique anxiety scale and eating attitudes: Moderating effects of body mass and gender. *Psychology Health Medicine, 3*, 201-210.
- Haase, A.M., Prapavessis, H., & Owens, R.G. (2002). Perfectionism, Social Physique Anxiety and Disordered Eating: a Comparison of Male and Female Elite Athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 3*, 209–222.
- Haase, A.M. (2011). Weight perception in female athletes: Associations with disordered eating correlates and behavior. *Eating Behaviors, 12*, 64-67.
- Hargreaves, D.A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized Media Images and Adolescent Body Image: ‘‘Comparing’’ Boys and Girls. *Body Image, 1*, 351-361.
- Hart, E., Leary, M., & Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 11*, 94-104.
- 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., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and Perfectionist selfpresentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317–326.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Besser, A., Sherry, S.B., & McGee, B. (2003). Perfectionism Is Multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1221-1236.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6*, (2), 94-103.
- Ingela Lundin Kvalem, I.L., Von Soest, T., & Roald, H.E. (2006). The Interplay of Personality and Negative Comments about Appearance in Predicting Body Image. *Body Image, 3*, 263–273.
- Isomaa, R., Isomaa, A., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Björkqvist, K. (2011). Longitudinal Concomitants of Incorrect Weight Perception in Female and Male Adolescents, *Body Image, 8*, 58-63.
- Knauss, C., Paxton, S.J., & Alsaker, F.D. (2007). Relationships Amongst Body Dissatisfaction, Internalization of the Media Body Ideal and Perceived Pressure from Media in Adolescent Girls and Boys. *Body Image, 4*, 353-360.
- Kluck, A. S. (2010). Family Influence on Disordered Eating: The Role of Body Image Dissatisfaction. *Body Image, 7*, 8-14.
- Kobori, O., Yamagata, S. & Kijima, N. (2005). The Relationship of Temperament to Multidimensional Perfectionism Trait. *Personality and Individual Differences, 38*, 203-211.

- Kowalski, K.C., Mack, D.E., Crocker, P.R.E., Niefer, C.B., & Fleming, T.L. (2006). Coping with Social Physique Anxiety in Adolescence. *Journal of Adolescent Health, 39*, 275-275.
- Koyuncu, M., Tok, S., Canpolat, A.M., & Catikkas, F. (2010). Body Image Satisfaction and dissatisfaction, Social Physique Anxiety, Self-esteem, And Body Fat Ratio In Female Exercisers And Nonexercisers. *Social Behavior and Personality, 38*(4), 561-570.
- Laua, P.W., Cheungb, M.W., & Ransdelle, L. B. (2008). A Structural Equation Model of the Relationship Between Body Perception and Self-Esteem: Global Physical Self-Concept as the Mediator. *Psychology of Sport and Exercise, 9*, 493-509.
- Leary, M., & Kowalski, R. (1995). *Social anxiety*. New York: The Guildford Press.
- Malheiro, A.S., & Gouveia, M.J. (2001). Ansiedade Física Social e Comportamentos Alimentares de Risco em Contexto Desportivo. *Análise Psicológica, 1*, (19), 143-155.
- McCreary, D.R., & Saucier, D.M. (2009). Drive for Muscularity, Body Comparison, and Social Physique Anxiety in Men and Women. *Body Image, 6*, 24-30.
- McGee, B.J., Hewitt, P.L., Sherry, S.B., Parkin, M., & Flett, G.L. (2005). Perfectionistic Self-Presentation, Body Image, and Eating Disorder Symptoms. *Body Image, 2*, 29-40.
- Menzel, J.E., Schaefer, L.M., Burke, N.L., Mayhew, L.L., Brannick, M.L., & Thompson, J.K. (2010). Appearance-Related Teasing, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating: A Meta-Analysis. *Body Image, 7*, 261-270.

- Mussap, A.J. (2007). Motivational Processes Associated With Unhealthy Body Change Attitudes and Behaviours. *Eating Behaviors*, 8, 423-428.
- Niven, A., Fawkner, S., Knowles, A.M., Henretty, J., & Stephenson, C. (2009). Social Physique Anxiety and Physical Activity in Early Adolescent Girls: The Influence of Maturation and Physical Activity Motives. *Journal of Sports Sciences*, 27(3), 299-305.
- Onwuegbuzie, A.J., & Daley, C.E. (1999). Perfectionism and Statistics Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 26, 1089-1102.
- Pearson, C.A., & Gleaves, D.H. (2006). The Multiple Dimensions of Perfectionism and their Relation with Eating Disorder Features. *Personality and Individual Differences*, 41, 225-235.
- Posovac, H. D., & Posovac, S. S. (2001). Reducing the Impact of Media Images on Women at Risk for Body Image Disturbance: Three Targeted Interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, (3) 324-340.
- Quételet, L. (1869). *Physique Sociale: ou essay sur le développement des faculties de l'homme*. Brussels: Muquardt.
- Rudiger, J.A., Cash, T.F., Roehrig, M., & Thompson, J.K. (2007). Day-to-day Body-Image States: Prospective Predictors of Intra-Individual Level and Variability. *Body Image*, 4, 1-9.
- Ruggiero, G.M., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress Situation Reveals an Association between Perfectionism and Drive for Thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2, 220-226.

- Sabiston, C. M., Crocker, P. R. E., & Munroe-Chandler, K. J. (2005). Examining current-ideal discrepancy scores and exercise motivations as predictors of social physique anxiety in exercising females. *Journal of Sport Behavior*, 28, 68-85.
- Schlundt, D.G., & Bell, C. (1993). Body Image Testing System: A Microcomputer Program for Assessing Body Image. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, (3), 267-285.
- Schlenker, B., R.; & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641-669.
- Sherry, S. B, Vriend, J. L., Hewitt, P.L., Sherry, D.L. Flett, G.L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism Dimensions, Appearance Schemas, and Body Image Disturbance in Community Members and University Students. *Body Image*, 6, 83-89.
- Sherry, S. B., Lee-Baggley, D. L., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2007). Perfectionism as a Contraindication for Cosmetic Surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 29, 357-359.
- Silva, A. (2007). *Auto-percepções, auto-estima, ansiedade físico-social e imagem corporal nos praticantes de fitness*. Dissertação para obtenção do grau de licenciatura. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Soenens, B., Elliot, A.J., Goossens, L., Vansteenkiste, M., Luyten, P., & Duriez, B. (2005). The Intergeneration Transmission of Perfectionism: Parents' Psychological Control as an Intervening Variable. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 358-366.

- Stoeber, J., & Stoeber, F.S. (2009) Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences, 46*, 530-535.
- Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., & Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences, 42*(6), 959-969.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: a prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences, 32*, pp.817–826.
- Thompson, A.M., & Chad, K.E. (2002). The Relationship of Social Physique Anxiety to Risk for Developing an Eating Disorder in Young Females. *Journal of Adolescent Health, 31*, 183-189.
- Thompson, S.C., Thomas, C., Rickabaugh, C.A., Tantamjarik, P., Otsuki, T., Pan, D., Garcia, B.F., & Sinar, E. (1998) Primary and secondary control over age-related changes in physical appearance. *Journal of Personality, 66* (4), 583-605.
- Thompson, A.M., & Chad, K.E. (2002). The Relationship of Social Physique Anxiety to Risk for Developing an Eating Disorder in Young Females. *Journal of Adolescent Health, 31*, 183-189.
- Tiggemann, M. (2003). Media Exposure, Body Dissatisfaction and Disordered Eating: Television and Magazines are not the Same! *European Eating Disorders Review, 11*, 418-430.

- Tiggemann, M. (2005). Body Dissatisfaction and Adolescent Self-Esteem: Prospective Findings. *Body Image*, 2, 129–135.
- Tiggemann M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1, 29-41.
- Tiggemann M. (1992). Body-size dissatisfaction: individual differences in age and gender, and relationship with self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 13, 39-43.
- Tissot, A.M., & Crowther, J. H. (2008). Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism: Risk Factors Within an Integrative Model for Bulimic Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 (7), 734-755.
- Tozzi, F. Aggen, S. H., Neale, B.M. Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Neale, M.C., & Bulik, C.M. (2004). The Structure of Perfectionism: A Twin Study. *Behavior Genetics*, 34 (5), 483-494.
- Van Den Berg, D., Paxton, S., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4, 257-268.
- Vartanian, L.R., & Hopkinson, M.H. (2010). Social Connectedness, Conformity, and Internalization of Societal Standards of Attractiveness. *Body Image*, 7, 86-89.
- Vohs, K. D., Voelz, Z.R., Pettit, J.W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L.Y., Heatherton, T.F., & Joiner, T.E. (2001). Perfectionism, Body Dissatisfaction, and Self-Esteem: an Interactive Model of Bulimic Symptom Development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-497.

- Williamson, D.A., Gleaves, D.H., Watkins, P.C., & Schlundt, D.G. (1993). Validation of Self-Ideal Body Size Discrepancy as a Measure of Body Dissatisfaction. *Journal of Psychopathology, and Behavioral Assessment*, 15(1), 57-68.
- Wood-Barcalow, N.L., Tylka, T.L., & Augustus-Horvath, C.L. (2010). “But I Like My Body”: Positive Body Image Characteristics and a Holistic Model for young-adult Women. *Body Image*, 7, 106–116.
- World Health Organization (2004). Expert consultation: Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 157-163.
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L., McCabe, M., & Xu, Y. (2010). Body Dissatisfaction, Engagement in Body Change Behaviors and Sociocultural Influences on Body Image Among Chinese Adolescents. *Body Image*, 7, 156-164.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação está a ser elaborada no âmbito de uma Dissertação de Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, intitulada de “A Influência do Perfeccionismo na (In) Satisfação com a Imagem Corporal e na Ansiedade Física Social de jovens adultos do sexo feminino”, sob a orientação do Prof. Doutora Ida Lemos. Tem como o objectivo investigar a influência das dimensões e dos níveis de perfeccionismo, sobre os níveis de insatisfação com a imagem corporal de jovens adultos do sexo feminino, bem como a vivência de ansiedade social relacionada com a imagem corporal.

Para tal, pedimos que preencha os documentos fornecidos, de acordo com as suas especificações. Seja o mais sincero possível nas suas respostas pois não existem respostas certas nem erradas.

Garantimos a total **confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos**, que somente serão utilizados para fins da investigação em questão.

No final, certifique-se de que respondeu a todas a questões colocadas.

Consentimento:

Caso aceite participar nesta investigação, por favor assine em baixo:

(Esta folha será destacada das restantes de forma a garantir o anonimato)

Declaro que li, compreendi e aceito participar no presente estudo.

Data: ___/___/___

(a sua assinatura)

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade, Andreia Afonso

ANEXO B

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Este questionário tem como objectivo a recolha de dados pessoais importantes para parâmetros de investigação. Os dados são confidenciais e anónimos motivo pelo qual não serão usados para outros fins que não a presente investigação.

Leia atentamente as perguntas

Idade _____ Naturalidade (Local onde nasceu) _____ <u>Estado civil</u> : Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> <u>Nível sócio-económico</u> : Baixo <input type="checkbox"/> Médio-Baixo <input type="checkbox"/> Médio-Alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> <u>Escolaridade</u> : Curso que Frequenta: _____ Ano: _____ Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Outros: _____

Coloque a cruz no número que melhor define a sua resposta:

1. Actualmente pratica alguma forma de restrição alimentar (dieta)?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

2. Tem alguma preocupação em controlar o peso?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

3. Fica ansioso quando não consegue controlar o seu peso?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

4. Comparando-se com os seus amigos considera-se mais feliz?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

5. Sente-se bem consigo próprio?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

6. Sente-se satisfeito com sua vida?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

ANEXO C

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO

(Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., Santos V. & Azevedo, M.)

Vai encontrar de seguida uma lista de comportamentos com os quais pode-se sentir ou não identificada. Centre-se na sua própria experiência e indique o grau de concordância ou discordância em relação aos comportamentos em questão.

Utilize a seguinte escala e coloque um círculo no número que melhor reflecta a sua resposta.

1 = Discordo Completamente

2 = Discordo Muito

3 = Discordo

4 = Nem Discordo nem Concordo

5 = Concordo

6 = Concordo Muito

7 = Concordo Completamente

1. Não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.	1 2 3 4 5 6 7
2. Não critico alguém que desiste muito facilmente.	1 2 3 4 5 6 7
3. Não é importante que quem me rodeia, tenha tido sucesso.	1 2 3 4 5 6 7
4. Raramente crítico os amigos quando se contentam com má qualidade.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tenho dificuldades em satisfazer as expectativas dos outros sobre mim.	1 2 3 4 5 6 7
6. Um dos meus objectivos é ser perfeito em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
7. Tudo o que as outras pessoas fazem, devem ser de excelente qualidade.	1 2 3 4 5 6 7
8. Nunca tenho como objectivo a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
9. Os que me rodeiam, aceitam que eu também possa fazer erros.	1 2 3 4 5 6 7
10. Pouco me importa que os que me rodeiam, não dêem o seu melhor.	1 2 3 4 5 6 7
11. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim.	1 2 3 4 5 6 7
12. Raramente sinto o desejo de ser perfeito.	1 2 3 4 5 6 7
13. 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
14. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito quanto possível.	1 2 3 4 5 6 7
15. Preocupo-me em ter resultado perfeito em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
16. Espero muito das pessoas que são importantes para mim.	1 2 3 4 5 6 7
17. Esforço-me para ser o melhor em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
18. Os que me rodeiam, esperam que seja bem sucedido em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
19. Não tenho expectativas elevadas sobre os que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
20. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7

21. Vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
22. Não me importo com as pessoas que não se esforçam para melhorar.	1 2 3 4 5 6 7
23. Fico triste se perceber um erro no meu trabalho.	1 2 3 4 5 6 7
24. Não espero muito dos meus amigos.	1 2 3 4 5 6 7
25. Ser bem sucedido significa que devo trabalhar mais para agradar.	1 2 3 4 5 6 7
26. Se peço para fazerem alguma coisa, espero que seja feito na perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
27. Não posso tolerar que os que me rodeiam façam erros.	1 2 3 4 5 6 7
28. Quando estabeleço os meus objectivos tendo para a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
29. As pessoas queridas, nunca deveriam deixar de me apoiar.	1 2 3 4 5 6 7
30. Os outros aceitam-me como sou, mesmo sem ser bem sucedido.	1 2 3 4 5 6 7
31. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1 2 3 4 5 6 7
32. Devo dar o meu rendimento máximo.	1 2 3 4 5 6 7
33. Mesmo que não mostrem, os outros ficam perturbados quando falho.	1 2 3 4 5 6 7
34. Não preciso de ser o melhor em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
35. A minha família espera que eu seja perfeito.	1 2 3 4 5 6 7
36. Os meus objectivos não são muito elevados.	1 2 3 4 5 6 7
37. Meus pais só raramente esperavam que eu fosse excelente em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
38. Respeito as pessoas comuns.	1 2 3 4 5 6 7
39. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
40. Estabeleço normas muito elevadas para mim.	1 2 3 4 5 6 7
41. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1 2 3 4 5 6 7
42. Na escola/trabalho devo ser sempre bem sucedido.	1 2 3 4 5 6 7
43. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1 2 3 4 5 6 7
44. Quem me rodeia acha que sou competente, mesmo que faça um erro.	1 2 3 4 5 6 7
45. Raramente espero que os outros sejam excelentes em tudo.	1 2 3 4 5 6 7

ANEXO D

Escala de Ansiedade Físico-Social: EAFS

Adaptação efectuada por Cristina Senra *et al.* (2006), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, a partir do 20-Item Body-Image Questionnaire por Huddy, D. (1993).

Para cada afirmação, faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde mais às suas características ou à sua veracidade para si, em que:

Mesmo nada = 1; Um pouco = 2; Moderadamente = 3; Muito = 4; Extremamente = 5

	Mesmo nada	Um pouco	Moderada mente	Muito	Extrema mente
1. Estou confortável com a aparência do meu físico.					
2. Nunca me preocupo em usar roupas que me possam fazer parecer muito magro(a) ou com excesso de peso.					
3. Desejava não ser tão rígido(a) com o meu físico/figura.					
4. Às vezes preocupo-me, que outras pessoas pensem negativamente sobre o meu peso ou desenvolvimento muscular.					
5. Quando me olho no espelho sinto-me bem com o meu físico.					
6. O meu físico faz-me sentir nervoso(a) em certos contextos sociais.					
7. Na presença de outros, preocupo-me com o meu físico.					
8. Estou confortável com a aparência que o meu corpo tem para os outros.					
9. Ficaria desconfortável, em saber que os outros estão a avaliar o meu físico.					

10. Quando tenho de mostrar o meu físico aos outros, sou uma pessoa tímida.					
-----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

11. Normalmente sinto-me relaxado(a) quando os outros estão a olhar para o meu físico.					
----------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

12. Quando estou de fato de banho, sinto-me nervoso(a) com a forma do meu corpo.					
----------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ANEXO E

Coeficiente de correlação de *Pearson* entre as dimensões da escala MPS-H, SPAS, BIAS e IMC, RA, PCP, ACP, CF, BCP, SV e Idade (n=80)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1.MPS-H	–	,945***	,723***	,539***	,371**	,179	,403***	–,003	–,007	,000	–,068	–,057	–,075	–,057	,256*	,296**	,500***	–,164	–,359**	–,411***	,198
2. PAO		–	,572***	,424***	,321**	,117	,367**	,006	,015	–,003	–,031	–,012	–,055	–,027	,231*	,297**	,444***	–,163	–,324**	–,343**	,202
3.PSP			–	,034	,365**	,227*	,374**	–,094	–,105	–,076	–,039	–,047	–,024	–,146	,244*	,186	,418***	–,196	–,328**	–,373**	,214
4.POO				–	,170	,101	,176	,143	,143	,131	–,116	–,109	–,115	,068	,117	,208	,311**	–,009	–,191	–,223*	,049
5.SAPS					–	,767***	,954***	,338**	,346**	,304**	–,127	–,125	–,116	,234*	,307**	,361**	,646***	–,224*	–,665***	–,458***	–,139
6.Factor1						–	,540***	,334**	,329**	,312**	–,090	–,105	–,057	,346**	,293**	,236*	,461***	–,240*	–,638***	–,285*	–,164
7.Factor2							–	,288**	,300**	,253*	–,125	–,114	–,126	,145	266*	,363**	,632***	–,182	–,575***	–,468***	–,106
8.IIT								–	,959***	,961***	,099	,063	,139	,752***	,136	,282**	,173	,003	–,161	,019	–,009
9.IIFT									–	,844***	,043	,003	,096	,762***	,172	,310**	,199	,031	–,194	,023	–,043
10.IILT										–	,145	,117	,171	,683***	,091	,233**	,135	–,025	–,117	,013	,025
11.BIAS IDT											–	,970***	,934***	,291**	,075	,093	–,109	–,072	,147	,097	,085
12.BIAS IDFT												–	,818***	,242**	,114	,113	–,109	–,108	,139	,107	,079
13.BIAS IDLTL													–	,329**	,009	,053	–,098	–,012	,142	,070	,085
14.IMC														–	,151	,213	,091	,016	–,249**	,097	–,004
15.RA															–	,475***	,431***	,025	–,277**	,029	–,155
16.PCP																–	,622***	,038	–,239**	–,101	,109
17.ACP																	–	–,187	–,427***	–,393***	,043
18.CF																		–	,294**	,094	,080
19.BCP																			–	,435***	,016
20.SV																				–	–,109
21.Idade																					–

Correlação significativa para * $p < 0,05$; Correlação significativa para ** $p < 0,01$; Correlação significativa para *** $p < 0,001$

Nota: MPS-H= Escala Multidimensional do Perfeccionismo; PAO= Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; SPAS= *Social Physique Anxiety Scale* de Hart *et al.* (1989); Factor1= Diz respeito a sentimentos de conforto com a aparência física da escala SPAS; Factor2= Expectativas negativas de avaliação física do sujeito pelos outros da escala SPAS; IIT=Índice de Insatisfação Total do *Body Image Assessment Software* (BIAS); IIFT=Índice de Insatisfação Frontal Total (BIAS); IILT=Índice de Insatisfação Lateral Total (BIAS); BIAS IDT= escala imagem Desejada Total (BIAS); BIAS IDFT= escala Desejada Frontal Total (BIAS); BIAS IDLT= BIAS Imagem Desejada Lateral Total; ÍMC= Índice de Massa Corporal; RA=Restrição Alimentar; PCP= Preocupação Controlo Peso; ACP=Ansiedade Controlar Peso; CF= Comparação de Felicidade; BCP= Bem Consigo Próprio; SV= Satisfeito com Vida

ANEXO F

Andreia Afonso
Universidade do Algarve
Faculdade das Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia
Campus Gambelas
8005-139 Faro



Exmo. Sr. Reitor da Universidade do Algarve

Assunto: Pedido de autorização para cooperação num projecto de investigação em Psicologia Clínica e da Saúde: Tese de Mestrado.

O meu nome é Andreia Sofia Leal Afonso estou neste momento no 2º ciclo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve, e a minha Dissertação de Tese intitula-se “**A Influência do Perfeccionismo na (In) Satisfação com a Imagem Corporal e na Ansiedade Físico-Social de jovens adultos do sexo feminino**”, sob a orientação do Prof. Doutora Ida Lemos. Tem como objectivo investigar a influência das dimensões e dos níveis de perfeccionismo, sobre os níveis de insatisfação com a imagem corporal de jovens adultos do sexo feminino, bem como a vivência de ansiedade social relacionada com a imagem corporal.

A recolha de dados seria efectuada na Universidade do Algarve a jovens adultos entre os 17 e os 25 anos, através do preenchimento de instrumentos de auto-resposta relacionados com o perfeccionismo e a ansiedade social, e da aplicação de um programa computacional que visa avaliar os níveis de insatisfação com a imagem corporal.

A participação dos alunos é voluntária, e os resultados confidenciais, servindo apenas propósitos científicos. Todos os alunos, que aceitarem participar no estudo, assinarão uma folha de consentimento informado.

Solicito por isso a Vossa Ex.^a autorização para a realização deste estudo junto dos alunos da Universidade do Algarve.

Os melhores cumprimentos,

Andreia Afonso