

LILIANA MARQUES NUNES

**Perfeccionismo e *Mindfulness* nas Perturbações da
Alimentação e da Ingestão em Estudantes Universitários**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

LILIANA MARQUES NUNES

**Perfeccionismo e *Mindfulness* nas Perturbações da
Alimentação e da Ingestão em Estudantes Universitários**

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof.^a Doutora Cláudia Carmo



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

**Perfeccionismo e *Mindfulness* nas Perturbações da
Alimentação e da Ingestão em Estudantes Universitários**

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Liliana Marques Nunes)

©*Copyright* em nome de Liliana Marques Nunes

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Ao concluir esta etapa tão significativa, gostaria de expressar os meus agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar, agradeço à professora Cláudia Carmo pela sua disponibilidade, compreensão, partilha de conhecimentos e orientação. O seu apoio foi essencial para o decurso desta fase, possibilitando que ultrapassasse as minhas dificuldades. Agradeço também ao João Antunes pela ajuda prestada neste período.

Agradeço a todos os docentes da licenciatura em Psicologia e do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, por todos os conhecimentos transmitidos e por serem uma fonte de inspiração para o mundo profissional.

Agradeço aos participantes deste estudo, pela sua disponibilização e tempo despendido, pois sem estes não seria possível a concretização desta investigação.

Agradeço às pessoas que conheci durante o percurso universitário, em particular à Beatriz e à Margarida que durante estes cinco anos, foram a minha fonte de motivação e força, tornando este período mais enriquecedor e gratificante.

Agradeço às minhas amigas, Helena, Inês e Joana, por todo o suporte, por estarem sempre presentes tanto nos momentos de conquista como nos desafios e por me acompanharem neste processo.

Agradeço à minha família por estar sempre do meu lado, pelo carinho e suporte que me facultam e por acreditarem em mim.

Agradeço aos meus pais por estarem sempre presentes em todas as etapas da minha vida e por serem um grande apoio, por acreditarem sempre em mim e impulsionarem-me a concretizar todos os meus sonhos. Agradeço por todas as experiências e conhecimentos que me facultaram, por todos os sacrifícios que fizeram e por todas as palavras de incentivo.

Agradeço especialmente ao meu pai que durante esta etapa partiu, mas a sua força, motivação, dedicação, orgulho e amor fizeram com que eu continuasse a seguir este sonho. Serás sempre uma fonte de inspiração para mim.

Resumo

A prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) tem aumentado cada vez mais, sobretudo entre os estudantes universitários, devido a fatores, como pressão social, mudança de papéis, situação económica, entre outros, que intensifica a necessidade de alcançar a perfeição. O perfeccionismo tem sido ressaltado na literatura como um fator de desenvolvimento e manutenção desta perturbação. Assim, é fulcral a exploração de fatores protetores, como o *mindfulness* que parece ter um papel importante na prevenção e redução de comportamentos alimentares disfuncionais, bem como na redução dos níveis de perfeccionismo. Apesar do aumento de literatura acerca desta temática, a investigação no meio académico português é escassa. O presente estudo analisou o contributo do perfeccionismo e *mindfulness* nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Para tal, participaram no estudo 285 estudantes da Universidade do Algarve que responderam a um questionário sociodemográfico, EAT-40, MPS-H e FFMQ. A análise correlacional demonstrou uma relação significativa e negativa entre as escalas totais do EAT e do MPS-H, não apresentando associação significativa com as escalas totais do EAT com o FFMQ. Verificou-se que indivíduos com IMC superior a 18.5 manifestaram maior preocupação com a dieta, enquanto sujeitos com IMC inferior a 18.5 revelaram mais pressão social para comer. A relação entre o perfeccionismo e os comportamentos relacionados com as PAI foi parcialmente mediada pelas facetas Não Julgar e Observar. Este estudo contribuiu para a compreensão da interação entre as PAI, perfeccionismo e *mindfulness*, oferecendo uma base para futuras investigações na área do comportamento alimentar.

Palavras-Chave: Estudantes Universitários, *Mindfulness*, Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-Comportamental das PAI, Perfeccionismo, Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Abstract

The prevalence of Eating Disorders (ED) has been increasing particularly among university students, due to factors such as social pressure, changes of roles, economic circumstances, and other factors that intensify the need to achieve perfection. Perfectionism has been highlighted in the literature as a contributing factor to the development and maintenance of these disorders. Therefore, it is crucial exploring protective factors, such as mindfulness, which appears to play a significant role in preventing and reducing dysfunctional eating behaviours, as well as reducing levels of perfectionism. Despite the growing body of literature on this topic, research in the Portuguese academic context is scarce. The present study analysed the contribution of perfectionism and mindfulness to attitudes and behaviours related to ED. A total of 285 students from the University of Algarve participated in the study, completing a sociodemographic questionnaire, EAT-40, MPS-H and FFMQ. The correlational analysis demonstrated a significant and negative relationship between the total scales of the EAT and the MPS-H, with no significant association between the total scales of the EAT and the FFMQ. It was found that individuals with a BMI greater than 18.5 expressed more concern about diet, while individuals with a BMI less than 18.5 revealed more social pressure to eat. The relationship between perfectionism and behaviours related to EDs was partially mediated by the Non-Judging and Observing facets. This study contributed to the understanding of the interaction between ED, perfectionism and mindfulness, offering a basis for future investigations in the area of eating behaviours.

Keywords: College students, Eating Disorders, Mindfulness, Perfectionism, Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders

Índice

1.	Introdução	1
1.1.	Perturbações da Alimentação e da Ingestão	1
1.1.1.	<i>Modelo Transdiagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão</i>	4
1.1.2.	<i>Perturbações da Alimentação e da Ingestão em estudantes universitários</i>	9
1.2.	Perfeccionismo	11
1.2.1.	<i>Impacto do perfeccionismo nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão</i>	12
1.3.	Mindfulness	14
1.3.1.	<i>Impacto do mindfulness nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão</i>	15
1.4.	Relação entre perfeccionismo e mindfulness	17
1.5.	Influência do perfeccionismo e do mindfulness nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão	19
2.	Objetivos de Investigação	21
3.	Metodologia	21
3.1.	Desenho da investigação	21
3.2.	Amostra	21
3.3.	Instrumentos	24
3.3.1.	<i>Questionário sociodemográfico e axiológico</i>	24
3.3.2.	<i>Teste de Atitudes Alimentares-40 (Eating Attitudes Test- 40 [EAT-40]; Garner & Garfinkel, 1979; versão portuguesa validada por Soares et al., 2004)</i>	24
3.3.3.	<i>Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Multidimensional Perfectionism Scale [MPS-H]; Hewitt & Flett, 1991; versão portuguesa validada por Soares et al., 2003)</i>	26

3.3.4. <i>Questionário das Cinco Facetas Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire [FFMQ]; Baer et al., 2006; versão portuguesa validada por Gregório & Pinto Gouveia, 2011)</i>	27
3.4. Procedimento	28
3.4.1. <i>Recolha de dados</i>	28
3.4.2. <i>Tratamento de dados</i>	29
4. Resultados	31
4.1. <i>Análises descritivas</i>	31
4.1.1. <i>Diferenças entre sexos</i>	31
4.1.2. <i>Diferenças consoante o IMC</i>	34
4.2. <i>Análise correlacional das variáveis</i>	35
4.2.1. <i>Relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão</i>	35
4.2.2. <i>Relação entre o mindfulness e as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as PAI</i>	36
4.2.3. <i>Relação entre o perfeccionismo e o traço mindfulness nas atitudes alimentares relacionadas com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão</i>	38
4.2.4. <i>Análise das diferenças no perfeccionismo e no traço mindfulness em indivíduos com e sem PAI</i>	40
4.2.5. <i>Análise do papel das facetas de mindfulness na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais</i>	42
5. Discussão	45
6. Conclusão	55
7. Referências Bibliográficas	58

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Transdiagnóstico das PAI de Fairburn e colaboradores (2003).....	8
Figura 2. Modelo Transdiagnóstico das PAI modificado de Fairburn e colaboradores (2008)	9
Figura 3. Modelo de Mediação da Escala Total de Mindfulness entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI	42
Figura 4. Modelo de Mediação da Faceta Não Julgar da Variável Mindfulness entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI	43
Figura 5. Modelo de Mediação da Faceta Observar da Variável Mindfulness entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI	44

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes	23
Tabela 2. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.....	31
Tabela 3. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos no perfeccionismo.....	32
Tabela 4. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas cinco facetas do mindfulness.....	33
Tabela 5. Correlação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($N = 285$)	36
Tabela 6. Correlação entre as facetas de mindfulness e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($N = 285$)	38
Tabela 7. Correlação entre o perfeccionismo e as facetas de mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($N = 285$)	39
Tabela 8. Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no perfeccionismo	40
Tabela 9. Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no traço mindfulness.....	41

Lista de Siglas

APA: *American Psychological Association*

DSM-5 TR: Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Texto Revisto),
Quinta Edição

EAT-40: *Eating Attitudes Test-40*

FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

IMC: Índice de Massa Corporal

MBCT: *Mindfulness-Based Cognitive-Therapy*

MBIs: Intervenções Baseadas no *Mindfulness*

MBRP: *Mindfulness-Based Relapsed Prevention*

MBSR: *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MPS-H: *Multidimensional Perfectionism Scale*

PAI: Perturbações da Alimentação e da Ingestão

PAO: Perfeccionismo Auto-Orientado

POC: Perturbação Obsessivo-Compulsiva

POO: Perfeccionismo Orientado para os Outros

PSP: Perfeccionismo Socialmente Prescrito

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

1. Introdução

1.1. Perturbações da Alimentação e da Ingestão

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) apresentam uma das maiores taxas de mortalidade comparativamente com outras condições psiquiátricas e estão associadas a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Mohorić et al., 2022; Robinson et al., 2024). A prevalência das PAI nas últimas décadas tem aumentado significativamente, em parte devido às mudanças ocorridas na sociedade, nomeadamente na saúde e no desporto (Berengüí et al., 2023). Sintomas centrais das PAI são a sobrevalorização do peso e da forma corporal, o medo de ganhar peso, a restrição alimentar e a consciência interoceptiva (Vanzhula et al., 2021).

A predisposição para desenvolver esta perturbação depende de fatores socioculturais, demográficos, ambientais, biológicos, psicológicos e comportamentais (Petisco-Rodríguez et al., 2020).

A etiologia das PAI é multifatorial incluindo a baixa autoestima, imagem corporal distorcida em que o corpo é percecionado com excesso de peso, sentimento de inutilidade, perfeccionismo, ansiedade, desregulação emocional, orientação para os objetivos, preocupação com o desempenho e sensação de perda de controlo (Petisco-Rodríguez et al., 2020).

Uma elevada percentagem da população feminina jovem (38.9%), salientou exibir sintomas subclínicos, nomeadamente preocupação com a alimentação, forma e peso corporal, restrição alimentar e exercício físico excessivo (Mohorić et al., 2022).

Um estudo longitudinal, conduzido por Silén e colaboradores (2020), realizado na Finlândia com gémeos, acompanhados desde os 10 até aos 22 anos, revelou que o sexo feminino apresentou maior prevalência de PAI (17.9%), comparativamente com o sexo masculino (2.4%). Estes autores verificaram que mais de uma em cada seis mulheres

receberam um diagnóstico de PAI ao longo da vida, sendo os mais frequentes a anorexia nervosa e os distúrbios alimentares do tipo restritivo, além disso, uma em cada dez mulheres já sofria desta condição antes de alcançar a idade adulta. No caso dos homens, o diagnóstico mais comum foi a perturbação alimentar não especificada.

As PAI podem desenvolver-se em indivíduos com corpos diversificados, sendo que é mais habitual em corpos de dimensões maiores. O estigma corporal desempenha um papel fulcral nesta perturbação, visto existir um número mais elevado de estereótipos e comentários negativos para com as pessoas que possuem um índice de massa corporal (IMC) mais elevado (Hornberger & Lane, 2021; Kelly et al., 2014). Este estigma é proliferado pelos média, familiares, amigos, professores e até profissionais de saúde, o que pode resultar em depressão, ansiedade, imagem corporal distorcida, isolamento social, atitudes alimentares disfuncionais e agravamento da obesidade. Por vezes, quando os indivíduos apresentam uma perda de peso significativa mas o seu IMC situa-se na faixa do saudável, os profissionais de saúde podem deixar esta situação passar em branco, por não notarem o sucedido, contudo os pacientes podem apresentar as mesmas complicações médicas severas que aqueles que se encontram muito abaixo do peso indicado (Hornberger & Lane, 2021).

Segundo o DSM-5 TR (American Psychological Association [APA], 2022) as PAI caracterizam-se por serem persistentes, conduzindo a uma modificação no consumo ou absorção dos alimentos, originando défices na saúde física e no funcionamento psicossocial. Este manual de diagnóstico inclui dentro desta seção a pica, mericismo, perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

A anorexia nervosa define-se pela ingestão restritiva de alimentos e pelas tentativas persistentes de manter um peso corporal inferior ao peso mínimo normal, no

qual o IMC é abaixo de 17.5 kg/m². A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de purgação recorrente, exercício físico intenso e/ou jejum prolongado pelo menos duas vezes por semana durante um período de 3 meses. A compulsão alimentar periódica refere-se a uma compulsão alimentar recorrente, sem episódios de jejum, purgação ou atividade física excessiva (Mushtaq et al., 2023). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), considera baixo peso, um IMC inferior a 18.5 kg/m² e peso normal um IMC entre 18.5 kg/m² e 24.99 kg/m².

A prática de alimentação irregular conduz a padrões alimentares disfuncionais, como jejum (Wilson & O'Connor, 2017), dieta (Wilson & O'Connor, 2017), compulsão alimentar (Wilson & O'Connor, 2017), vomitar (Hornberger & Lane, 2021; Wilson & O'Connor, 2017), uso de laxantes (Hornberger & Lane, 2021; Wilson & O'Connor, 2017) e comprimidos dietéticos (Hornberger & Lane, 2021; Wilson & O'Connor, 2017). O que pode culminar em isolamento social (Hornberger & Lane, 2021); deficiências físicas e complicações médicas (atraso no crescimento (Wilson & O'Connor, 2017), oscilação de peso (Wilson & O'Connor, 2017), consequências a nível da saúde óssea (Wilson & O'Connor, 2017), implicações a nível da dentição e oral (Hornberger & Lane, 2021), consequências no trato gastrointestinal (Hornberger & Lane, 2021), impactos renais e eletrolíticos (Hornberger & Lane, 2021), efeitos dermatológicos (Hornberger & Lane, 2021), disfunção endócrina (Hornberger & Lane, 2021; Mushtaq et al., 2023), doenças cardiovasculares (Hornberger & Lane, 2021; Mushtaq et al., 2023), anemia (Mushtaq et al., 2023) e até mortalidade (Mushtaq et al., 2023)); carências nutricionais (Wilson & O'Connor, 2017) e problemas a nível da saúde psicológica, tais como, depressão (Hornberger & Lane, 2021; Mushtaq et al., 2023; Wilson & O'Connor, 2017), ansiedade (Hornberger & Lane, 2021; Mushtaq et al., 2023; Wilson & O'Connor, 2017), abuso de substâncias (Mushtaq et al., 2023; Wilson & O'Connor, 2017), perturbações de

personalidade (Mushtaq et al., 2023), suicídio (Mushtaq et al., 2023; Wilson & O'Connor, 2017).

Dependendo do diagnóstico, cerca de 35% a 63% das pessoas com PAI procuram ajuda, sendo o tempo médio entre o início dos sintomas e o acesso ao tratamento de aproximadamente cinco anos. A procura de ajuda nesta perturbação é menor em comparação com outras condições de saúde mental, como a depressão, o que se pode dever ao facto de os sujeitos apresentarem níveis mais elevados de negação da severidade da doença. Os indivíduos em risco de desenvolver PAI podem responder melhor a uma abordagem transdiagnóstica mais genérica, que não exige o reconhecimento explícito da perturbação, possibilitando uma intervenção mais precoce (Robinson et al., 2024).

Existe um défice de tratamentos eficazes nesta perturbação, sendo que cerca de 50% dos sujeitos apresentam recaídas após a intervenção, algumas vezes, no prazo de dois meses (Ralph-Nearman et al., 2024).

1.1.1. Modelo Transdiagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

De acordo com o Modelo Transdiagnóstico das PAI de Fairburn e colaboradores (2003) (Figura 1), existe uma rede de mecanismos de manutenção interrelacionados que contribuem para a perseverança da anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbações alimentares atípicas. Na maioria dos casos ocorre uma distorção cognitiva central caracterizada pela avaliação excessiva da alimentação, forma e peso e pelo seu controlo. Nos subgrupos destes doentes um ou mais de quatro mecanismos adicionais também auxiliam a perpetuar a perturbação, sendo eles o perfeccionismo, a baixa autoestima, as mudanças de humor e as dificuldades interpessoais.

Enquanto que a maioria dos indivíduos se autoavalia com base na percepção que possui acerca do seu desempenho em diversos domínios da sua vida, como por exemplo,

a qualidade dos relacionamentos, o emprego, as aptidões desportivas, as capacidades parentais, entre outros, indivíduos com PAI julgam-se a si mesmos, principalmente em função dos seus hábitos alimentares, forma física e peso corporal e na capacidade de controlá-los. A sobrevalorização destes aspetos contribui para a manutenção desta perturbação.

A maior parte das demais características clínicas pode ser entendida como diretamente relacionada a essa psicopatologia central, incluindo comportamentos extremos de controlo de peso (e.g., tentativas persistentes de restringir a ingestão alimentar, vômito autoinduzido, uso indevido de laxantes e diuréticos e prática excessiva de exercício físico), formas de verificação e evitamento corporal, preocupação constante com pensamentos sobre a alimentação, forma e peso corporal. No entanto, segundo os autores, a compulsão alimentar não é caracterizada por um resultado direto desta psicopatologia central, sendo definida por episódios de ingestão excessiva e descontrolada de alimentos. A Teoria Cognitivo-Comportamental sustenta que a compulsão alimentar decorre da restrição alimentar, podendo dever-se a alterações de humor, pois o ato de comer compulsivamente pode temporariamente aliviar o estado emocional e distrair os pacientes das suas dificuldades, reforçando este comportamento. O uso de laxantes e a indução do vômito como forma de compensar o ganho de peso resultante da compulsão alimentar também podem contribuir para a manutenção deste padrão alimentar.

Um importante mecanismo transdiagnóstico das PAI é o perfeccionismo que se manifesta quando o indivíduo tenta controlar rigidamente a alimentação, forma e peso, existindo um medo de falhar. Neste contexto o medo de comer em excesso, de ganhar gordura corporal e de aumentar o peso, resulta numa atenção constante e seletiva ao desempenho (e.g., contagem de calorias, verificação da forma física e peso) e a uma

autocrítica gerada pelas avaliações negativas enviesadas do seu desempenho. A autoavaliação negativa, por sua vez, leva a que os pacientes se esforcem ainda mais para atingirem os objetivos idealizados, o que perpetua a perturbação, assim, na intervenção clínica das PAI seria benéfico abordar o perfeccionismo, facilitando a promoção da mudança.

Outro fator que contribui para a manutenção desta perturbação é a baixa autoestima, no qual os pacientes tendem a ser extremamente autocríticos acerca dos seus comportamentos com a alimentação, forma, peso e o seu controlo, bem como sobre si próprios de modo geral, fazendo parte da sua identidade. Ao não atingirem os padrões rígidos que estabelecem, sentem-se culpados, o que reforça as PAI. Este ciclo ocorre porque os pacientes se esforçam ainda mais para alcançar o sucesso nestas áreas, que consideram as mais importantes nas suas vidas. O que resulta num obstáculo à mudança, primeiro porque o doente não acredita na sua capacidade de mudança e segundo porque procura o controlo na alimentação, forma e peso, como forma de compensação. Portanto, se a intervenção se focasse também na baixa autoestima estes pacientes apresentariam melhores resultados no processo de mudança.

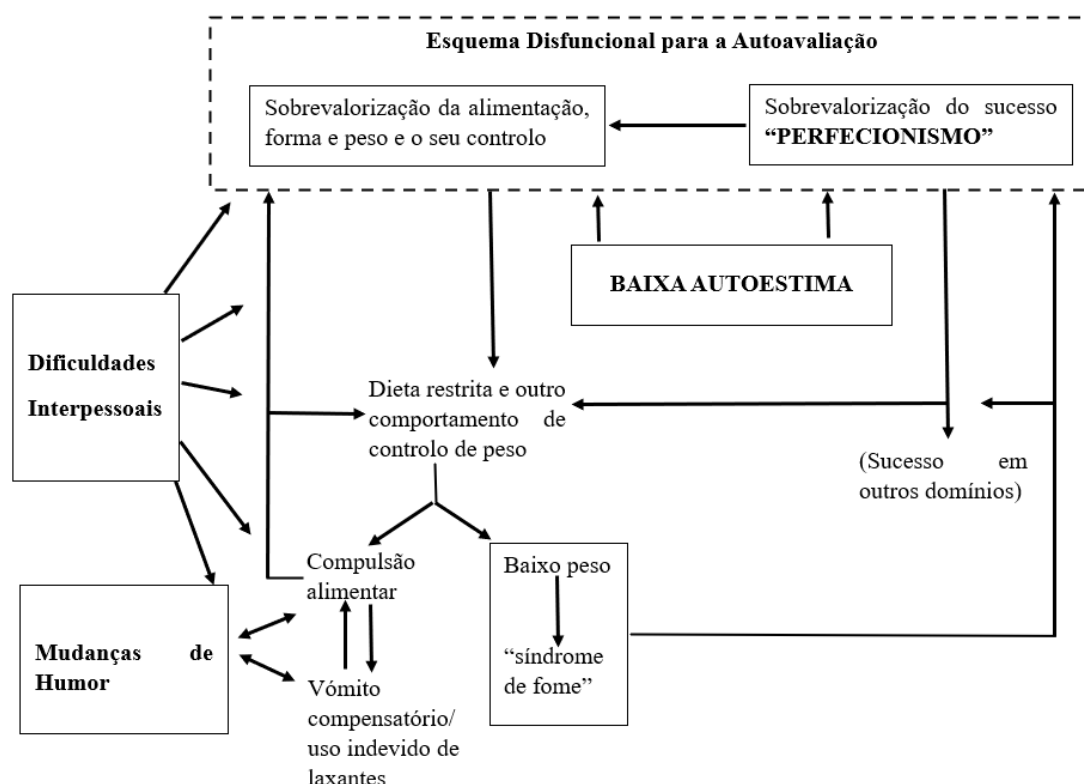
No que concerne à intolerância ao humor, esta refere-se a uma incapacidade de lidar adequadamente com certos estados emocionais, geralmente relacionados a estados adversos de humor, como raiva, ansiedade ou depressão. Em alguns casos, essa intolerância pode surgir perante estados intensos mas positivos, como a excitação. Em vez de aceitarem estas alterações de humor, os indivíduos recorrem ao comportamento modulador disfuncional do humor, que pretende reduzir a consciência do estado emocional desencadeante e neutralizá-lo. Esses comportamentos podem incluir a automutilação e o uso de substâncias psicoativas. No caso de pacientes com PAI,

comportamentos como a compulsão alimentar, os vômitos autoinduzidos e o exercício físico excessivo também podem ser formas disfuncionais de modulação do humor.

Relativamente às dificuldades interpessoais é possível salientar que estas desempenham um papel importante na perpetuação das PAI. Em pacientes mais jovens, por exemplo, os conflitos familiares podem intensificar a resistência à alimentação, visto que estes indivíduos procuram uma sensação imediata de controlo, que é deslocada para a dieta. Alguns ambientes interpessoais também amplificam as preocupações com o controlo alimentar, forma e peso, como por exemplo, famílias em que existam membros diagnosticados com PAI e ocupações em que persiste uma pressão para ser magra. Os eventos interpessoais adversos podem desencadear episódios de compulsão alimentar. A longo prazo, as dificuldades a nível interpessoal podem afetar negativamente a autoestima, levando os pacientes a que se esforcem ainda mais para atingir os seus objetivos idealizados. Sendo que as dificuldades interpessoais demonstraram ser uma barreira significativa na intervenção clínica. Assim, seria benéfico uma abordagem que se foque na problemática interpessoal como forma de potenciar a mudança.

Estes autores, englobam a purga compensatória e a compulsão alimentar no conceito “síndrome de fome” (Fairburn et al., 2003).

Figura 1. Modelo Transdiagnóstico das PAI de Fairburn e colaboradores (2003)

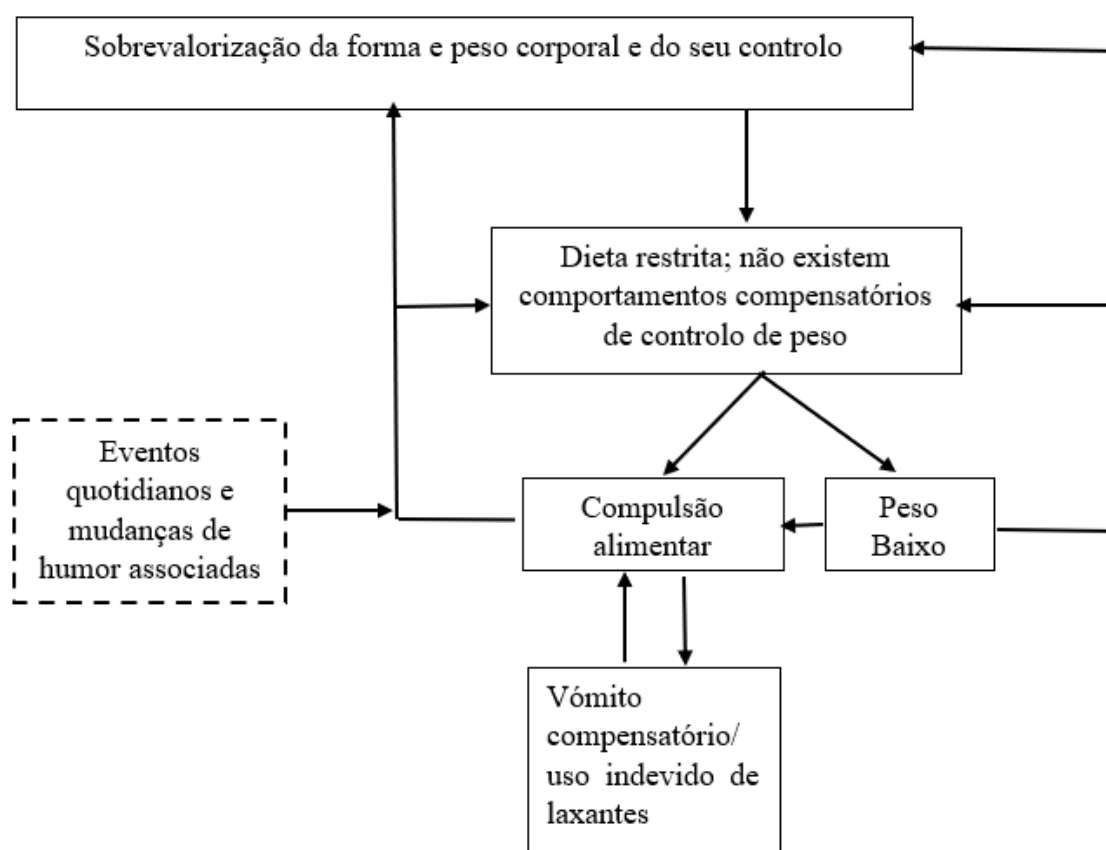


As PAI apresentam características semelhantes, podendo ser conceptualizadas como uma única categoria de diagnóstico, em vez de perturbações separadas (Fairburn, 2008). Para tal, é útil recorrer ao Modelo Transdiagnóstico das PAI de Fairburn e colaboradores de 2008.

Fairburn e colaboradores (2008) modificaram o Modelo Transdiagnóstico das PAI de 2003 (Figura 2), conjugando o modelo da bulimia nervosa com o modelo da anorexia nervosa, no qual a sobrevalorização do peso e da forma corporal, leva a que os sujeitos apresentem uma dieta restrita, sem recorrerem a estratégias compensatórias de controlo de peso, como o uso de laxantes. Como resultado desta restrição, surge uma vontade de comer, originando uma ingestão compulsiva e descontrolada, que mantém a cognição da sobrevalorização do peso e da forma corporal, encorajando a restrição alimentar e os comportamentos de ingestão compulsiva. Esta ingestão descontrolada também pode ocorrer devido a acontecimentos adversos quotidianos e estados de humor negativos,

como forma de distrair os indivíduos de pensarem acerca das suas dificuldades, funcionando como uma estratégia de autorregulação desadaptativa. De modo a minimizar o peso ganho durante os comportamentos de ingestão alimentar, os sujeitos utilizam estratégias compensatórias, como o uso indevido de laxantes e a indução de vômito. Por outro lado, a dieta restritiva, para além de conduzir a ingestão alimentar pode direcionar a um baixo peso.

Figura 2. Modelo Transdiagnóstico das PAI modificado de Fairburn e colaboradores (2008)



1.1.2. Perturbações da Alimentação e da Ingestão em estudantes universitários

Devido às mudanças sociais e demográficas verificadas nos últimos 50 anos, os sujeitos decidem dedicar mais tempo à sua educação e assumem o papel da paternidade mais tarde. Estas alterações deram início a uma nova fase de desenvolvimento,

denominada de idade adulta emergente, que tem origem no final da adolescência e se expande até por volta dos 20 anos (Koutra et al., 2023).

Assim a idade adulta emergente é considerada como um período crítico, na qual existe alterações a nível dos papéis sociais, responsabilidade, liberdade, oportunidades e existe uma necessidade de exploração da identidade, educação, carreira, relacionamentos e tentativa de lidar com as emoções derivadas desta mudança. Nesta altura, existem diversas modificações experienciadas pelos sujeitos, como é o caso da transição para a universidade em que alguns estudantes encaram esta mudança com facilidade enquanto outros deparam-se com alguma dificuldade, levando ao desenvolvimento de um mal-estar psicológico. Estas transições, a instabilidade e incerteza vivenciadas por estes indivíduos constituem fatores stressores e, como tal, podem desencadear perturbações psicológicas, sendo que aqueles que sofrem de perturbação mental nestas idades são mais propícios a desenvolverem problemas a nível mental passados dez anos (Koutra et al., 2023; Lamarre & Marcotte, 2021; Manova & Khoury, 2023; Rand-Giovannetti et al., 2022).

O período universitário envolve um aumento dos níveis de stresse derivado de alguns fatores, como é o caso dos exames, da carga horária sobrecarregada, falta de atividades de lazer, competição existente entre os alunos, e para alguns a saída da casa dos pais onde irá existir um aumento de responsabilidade e uma maior necessidade de integração social (Macêdo et al., 2024). Os elevados níveis de ansiedade e as dificuldades de adaptação também conduzem ao desenvolvimento do perfeccionismo, visto que os estudantes procuram de forma exausta e exuberante a perfeição (Lamarre & Marcotte, 2021; Manova & Khoury, 2023). Nas últimas três décadas houve um aumento dos níveis de perfeccionismo entre os estudantes universitários canadenses, britânicos e americanos. Demonstrando que os adultos emergentes estabelecem cada vez mais padrões e

expetativas mais elevadas para si mesmos e que percebem os seus ambientes sociais como mais duros e exigentes ao nível de perfeição (Manova & Khoury, 2023).

Em média um em cada quatro adultos emergentes adquire práticas pouco saudáveis, no que diz respeito ao controlo do peso e forma corporal, no caso de estudantes universitários, o contexto académico pode aumentar ou suscitar o desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais (Rand-Giovannetti et al., 2022).

Posto isto, os estudantes universitários apresentam uma saúde mental muito precária, levando ao desenvolvimento de diversas psicopatologias (Macêdo et al., 2024).

1.2. Perfeccionismo

O perfeccionismo caracteriza-se por uma procura exaustiva e constante de padrões elevados e de aprimoramento, no qual existe muita ruminação e preocupação, consistindo no perfeccionismo auto-orientado (PAO) que inclui comportamentos perfeccionistas que são autodirigidos e pretende o estabelecimento e procura de padrões elevados de desempenho para si mesmo; perfeccionismo orientado para o outro (POO) que é a tendência dos sujeitos de esperar elevados padrões de desempenho dos outros; e, perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) no qual existem crenças e perceções que o individuo deve de atingir segundo os elevados padrões e expetativas prescritos pelos outros (Short & Mazmanian, 2013). Indivíduos perfeccionistas, por vezes, adotam uma postura avaliativa negativa e podem categorizar os outros e a si mesmos como “perfeitos” ou “imperfeitos” e as situações segundo “boas” ou “más”, não existindo, desta forma, um meio termo (Manova & Khoury, 2023).

O perfeccionismo pode ser adaptativo, se os resultados psicológicos forem benéficos, existindo um esforço perfeccionista que diz respeito à procura pela excelência, aos padrões pessoais e ao PAO, existindo uma regulação eficaz da autocritica típica do

perfeccionismo (Kawamoto et al., 2023; Short & Mazmanian, 2013; Stackpole et al., 2023), isto é, os sujeitos aceitam que nem sempre vão conseguir atingir os objetivos estabelecidos (You & Yoo, 2021). Consequentemente, existe uma menor tendência a experienciar vergonha, maior satisfação com a vida, felicidade subjetiva, autoestima, emoções positivas, melhor percepção de autoeficácia e melhores resultados a nível académico (Kawamoto et al., 2023; Stackpole et al., 2023).

Contudo, o perfeccionismo também pode ser desadaptativo, quando os indivíduos apresentam baixos níveis de autoaceitação, como é o caso das preocupações perfeccionistas, em que existem problemas psicológicos e os indivíduos apresentam maior autocritica, ansiedade, stresse e níveis mais baixos de satisfação com a vida (Kawamoto et al., 2023; Short & Mazmanian, 2013; Stackpole et al., 2023). Refere-se ainda a preocupações com os erros, dúvidas acerca das ações e ao PSP, que se define como a crença de que os outros exigem muito de si, estando associado à autonomia e aos objetivos de vida dos estudantes universitários, que inserem os programas educacionais dentro deste parâmetro (Lamarre & Marcotte, 2021). Ademais, estes indivíduos não demonstram sentimentos de realização quando atingem os padrões definidos (You & Yoo, 2021).

Deste modo, o perfeccionismo pode ser tanto benéfico como prejudicial para a saúde mental e funcionamento psicológico consoante a conotação que adquirir (Kawamoto et al., 2023; Lamarre & Marcotte, 2021; Stackpole et al., 2023; You & Yoo, 2021).

1.2.1. Impacto do perfeccionismo nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão

O perfeccionismo é definido atualmente como um construto transdiagnóstico e multidimensional importante que opera como um fator de risco e de manutenção em diversas perturbações psicológicas, nomeadamente nas PAI, sendo relevante na

intervenção desta perturbação (Cresswell et al., 2022; Egan et al., 2011; Ralph-Nearman et al., 2024; Rand-Giovannetti et al., 2022).

Estudos realizados em amostras universitárias salientaram que o perfeccionismo e as PAI se relacionam através da ruminação, estratégias de regulação emocional e cognições perfeccionistas (Patarinski et al., 2023).

Os elevados níveis de perfeccionismo associam-se a insatisfação corporal e a sintomatologia relacionada com as PAI, demonstrando que podem ser problemáticos para o indivíduo (Mohorić et al., 2022; Stackpole et al., 2023).

Em sujeitos com PAI, as preocupações perfeccionistas, como o medo do fracasso, costumam exibir-se através do medo de ganhar peso ou de comer em excesso. Quando os indivíduos não atingem os elevados padrões pessoais estabelecidos por si, geram uma avaliação negativa e autocrítica, o que pode levar a que definam novos objetivos relacionados com o peso e com o controlo alimentar, mantendo desta forma o ciclo da perturbação (Ralph-Nearman et al., 2024; Stackpole et al., 2023). Os indivíduos com PAI possuem então uma elevada suscetibilidade às pressões de ordem social e ao stresse, o que vai amplificar o impacto do perfeccionismo nesta perturbação (Patarinski et al., 2023).

A intervenção direcionada para o perfeccionismo pode reduzir o risco de desenvolver sintomas das PAI, demonstrando que auxilia na prevenção dos sintomas desta perturbação. Alguns autores defendem que a intervenção nas PAI deve ser considerada diferente consoante a faixa etária (Stackpole et al., 2023). Ademais, foi sugerido que as intervenções não são direcionadas diretamente para as PAI, mas sim para a redução do perfeccionismo associado, uma vez que proporcionam uma abordagem sem confronto, o que pode ser mais envolvente e eficaz (Robinson et al., 2024).

Durante várias décadas os modelos etiológicos apontam que o perfeccionismo pode aumentar os sintomas de PAI (Shafran & Mansell, 2001).

1.3. *Mindfulness*

O conceito de *mindfulness* foi inicialmente definido por Kabat-Zinn (1994) como “a consciência que surge ao prestar atenção, propositadamente, no momento presente e sem julgamento” (p. 4). Sala e colaboradores (2022) salientam que *mindfulness* diz respeito à capacidade de direcionar a consciência para o momento presente através de uma atitude de aceitação e de não julgamento. Além disso, Miley et al. (2022) caracterizaram o construto *mindfulness* como a conscientização e aceitação do presente, juntamente com a prática de não julgar os pensamentos e sentimentos que emergem.

O *mindfulness* pode ser descrito tanto como uma característica inata como uma capacidade que pode ser aprendida e, desta forma, desenvolvida, podendo resultar numa redução do sofrimento em populações clínicas e não clínicas (Short & Mazmanian, 2013). A atenção e a consciência características do *mindfulness* são descritas como atitudes abertas, curiosas, sem julgamento e fundamentadas na aceitação e compaixão. A literatura salienta que as mulheres apresentam níveis mais elevados de observação consciente, enquanto que os homens demonstram melhores níveis de consciência plena (Lamarre & Marcotte, 2021).

O domínio *mindfulness* expressa-se através das vivências internas (sensações corporais, emoções, cognições, memórias e impulsos) (Braehler et al., 2020; Lamarre & Marcotte, 2021) e externas (acontecimentos, sons, cheiros, observação visual e toque) (Braehler et al., 2020).

O *mindfulness* tem vindo a ganhar terreno nos últimos anos. Esta tradição apresenta origens budista que defendiam uma doutrina filosófica, no qual consistia em conhecer, moldar e libertar a mente, recentemente tem-se expandindo pelas sociedades ocidentais (Awad et al., 2022).

A prática de *mindfulness* expandiu-se para a ciência, nomeadamente na área da psicologia, integrando as intervenções baseadas no *mindfulness* (MBIs) que foram benéficas para a ansiedade, insónia e stresse, tornando-se eximia como forma de aumentar o bem-estar, a autonomia e a disciplina (Awad et al., 2022). Assim, a psicologia contemporânea concetualiza este termo como uma forma ou estado de atenção no momento presente, remetendo para um estado de consciência (You & Yoo, 2021).

A prática de *mindfulness* pode ser realizada através de exercícios de meditação e/ou recorrer ao estado de observação que consiste na aplicação dos princípios de *mindfulness* no quotidiano (Braehler et al., 2020; Lamarre & Marcotte, 2021). O indivíduo ao praticar *mindfulness*, envolve-se no momento presente e é capaz de refletir uma situação a partir de diversas perspetivas (Manova & Khoury, 2023).

As intervenções baseadas no *mindfulness* têm demonstrado sucesso em condições psiquiátricas como a depressão, ansiedade, dor crónica, perturbações pelo uso de substâncias, perturbações de défice de atenção e hiperatividade e esquizofrenia (Sala et al., 2022). Ultimamente a literatura salienta que estes tipos de intervenções também podem ser eficazes para os sintomas de PAI (Barlow et al., 2024; Sala et al., 2022).

1.3.1. Impacto do mindfulness nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão

A literatura salienta que o *mindfulness* está negativamente correlacionado com todas as facetas das PAI, nomeadamente a restrição alimentar e as preocupações obsessivas com os alimentos (Miley et al., 2022).

O *Mindfulness* é constituído por cinco facetas que estão relacionadas de forma diferente com as PAI: (1) Observar, as sensações internas e externas; (2) Descrever, os pensamentos, emoções e sensações corporais; (3) Agir com Consciência, prestar atenção e realizar atividades no momento presente de forma consciente, em vez de ser em modo de “piloto automático”; (4) Não Julgar, aceitar os pensamentos e sentimentos tal como

são, sem realizar uma avaliação; (5) Não Reagir, deixar os pensamentos e sentimentos fluírem sem dar muita importância (Braehler et al., 2020; Sala et al., 2022).

Os estudos demonstraram que a faceta Observar está associada positivamente às PAI e que as outras quatro facetas estão relacionadas a menor sintomatologia das PAI, sendo que as facetas Agir com Consciência e Não Julgar seriam as que estão mais fortemente relacionadas de forma negativa à psicopatologia (Sala et al., 2022).

A investigação de Sala e colaboradores (2022) sugere que os domínios de descrição e expressão de emoções do *mindfulness* podem ser os mais relevantes para o entendimento das PAI. Demonstrou ainda que o facto de o sujeito se sentir culpado por comer devido ao seu peso/forma corporal corrobora que a sobrevalorização do peso e da forma corporal são cruciais para a compreensão das PAI.

As intervenções baseadas em *mindfulness* têm demonstrado suporte científico quanto à sua eficácia na abordagem das PAI (Wilson & O'Connor, 2017). Exemplos destas intervenções são *Mindfulness-Based Relapsed Prevention* (MBRP), *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e *Mindfulness-Based Cognitive-Therapy* (MBCT). Estas abordagens incentivam os participantes a descreverem os seus pensamentos, emoções e sensações durante a prática de meditação, promovendo maior autoconsciência e regulação emocional (Sala et al., 2022).

A intervenção *mindfulness* mais prevalente direccionada para os comportamentos alimentares é designada como *mindful eating*, e pretende promover a consciência dos domínios do *mindfulness* aos comportamentos alimentares disfuncionais (Miley et al., 2022).

Mantzios (2020) propôs que “o comportamento do *mindful eating* é definido como a atenção sustentada em um elemento sensorial da experiência alimentar (por exemplo, o

sabor) e uma consciência não julgadora (ou não avaliativa) de pensamentos e sentimentos que são incongruentes com os elementos sensoriais da atual experiência alimentar” (p. 3).

Esta prática possibilita uma transição de forma gradual, das motivações extrínsecas da alimentação para motivações intrínsecas, tais como a fome. A ingressão nesta abordagem promove a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, através da ingestão de frutas e vegetais e a diminuição do consumo de alimentos com elevado teor de açúcar e energia (Miley et al., 2022).

Os procedimentos associados à consciência corporal e à influência da alimentação nas vivências internas parecem preservar uma relação positiva entre os processos de *mindfulness* e os sintomas PAI. Por outro lado, a aceitação emocional e a ansiedade social referente à alimentação são dois fatores que sustentam relações negativas entre o *mindfulness* e os sintomas de PAI (Sala et al., 2022).

Assim, níveis mais elevados de *mindful eating* estão associados à redução de sintomatologia das PAI, principalmente com as preocupações relativas à comida, visto que esta abordagem estimula escolhas mais saudáveis no que concerne à seleção e ao comportamento alimentar (Miley et al., 2022).

1.4. Relação entre perfeccionismo e *mindfulness*

As rumações e os pensamentos automáticos provenientes do perfeccionismo parecem estar associados negativamente ao traço *mindful*, isto é, às capacidades de estar consciente e de não julgar. Se por um lado, quanto mais elevados forem os níveis de perfeccionismo mais baixo será o nível de *mindfulness* (Lamarre & Marcotte, 2021; Manova & Khoury, 2023; You & Yoo, 2021). Por outro lado, indivíduos que possuam o traço *mindful* de forma inata apresentam uma proteção contra as rumações provenientes do perfeccionismo (Short & Mazmanian, 2013).

Os resultados do estudo de Lamarre e Marcotte (2021) realçaram uma associação negativa entre o perfeccionismo e o *mindfulness* nos estudantes universitários, que segundo Perolini (2011), pode ser corroborada devido ao facto de os alunos perfeccionistas conduzirem as suas ações e preocupações para o futuro, procurando alcançar os resultados segundo os seus elevados padrões, enquanto os estudantes com maiores níveis de *mindfulness* experienciam os momentos no presente sem direcionarem os seus resultados para o futuro.

As intervenções baseadas em *mindfulness* são benéficas para diminuir os níveis de perfeccionismo desadaptativo destes estudantes (Lamarre & Marcotte, 2021; Manova & Khoury, 2023).

A prática de *mindfulness* possibilita também focalizar especificamente os efeitos mediadores da preocupação e da ruminação, interrompendo a cadeia subjacente ao perfeccionismo e ao sofrimento. As capacidades de *mindfulness* promovem a aceitação dos pensamentos negativos repetitivos, ao invés de modificar o conteúdo das cognições (Short & Mazmanian, 2013).

Os estudos da relação entre o perfeccionismo e o *mindfulness* são ainda escassos, a literatura existente sobre esta associação é mais recente, visto que cada vez mais está a ser estudada (Manova & Khoury, 2023).

A terapia baseada no *mindfulness* em conjunto com a terapia cognitiva tem sido utilizada para auxiliar a lidar com o sofrimento associado ao perfeccionismo. Demonstrando-se útil em estudantes universitários de forma a conseguirem lidar com as consequências derivadas do perfeccionismo, nomeadamente com a pressão para serem perfeitos (Awad et al., 2022).

1.5. Influência do perfeccionismo e do *mindfulness* nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão

No estudo de Lamarre e Marcotte (2021) foi demonstrado que o *mindfulness* medeia a relação entre o perfeccionismo desadaptativo e a ansiedade em estudantes universitários. Salientando que os estudantes, particularmente as mulheres, que demonstram níveis elevados de perfeccionismo desadaptativo e menor grau de traços *mindful* possuem maior probabilidade de manifestar sintomas de ansiedade.

Segundo o estudo longitudinal de Tobin e Dunkley (2021), os sujeitos que apresentassem maiores níveis de perfeccionismo autocrítico e menores traços de *mindful* ou autocompaixão detinham níveis mais elevados de distresse passados dois anos. Estes autores referem a importância da promoção do *mindfulness* para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com níveis elevados de perfeccionismo autocrítico.

Foi evidenciado, na investigação de Khadem e colaboradores (2023), que o *mindfulness* é eficiente na redução da ruminação, do perfeccionismo e da fusão pensamento-ação em mulheres que possuam POC, indicando que esta abordagem pode ser utilizada em diversos problemas psicológicos enfrentados pelas mesmas.

Através do estudo de Barlow e colaboradores (2024), é possível corroborar que o *mindfulness* funciona como um fator de prevenção fundamental na ortorexia nervosa pelo seu papel mediador na redução do sofrimento, inculcando caminhos promissores para a intervenção.

O *mindfulness* tem sido recomendando recentemente na intervenção da anorexia nervosa. Segundo o estudo de Dikmeer e colaboradores (2024), o *mindfulness* pode ser eficaz nos sintomas de anorexia nervosa e nos seus aspetos psicológicos como a desregulação emocional e o perfeccionismo, que são fulcrais para a prevenção e recorrência.

O *mindfulness* têm vindo a suscitar interesse na literatura, nomeadamente em termos de intervenção no perfeccionismo e nas PAI, assim como na relação entre este construto e esta perturbação (Miley et al., 2022). Este construto pode prevenir os sintomas das PAI, através da redução da ruminação no que concerne à alimentação, peso e forma corporal, visto que indivíduos *mindful* apresentam níveis mais baixos de perfeccionismo desadaptativo, ruminação e sofrimento mental (Dikmeer et al., 2024). Assim, a associação negativa entre o *mindful eating* e o perfeccionismo incita que a prática desta intervenção nestes indivíduos pode ser benéfica para a diminuição de comportamentos alimentares disfuncionais (Miley et al., 2022).

Os elevados níveis de perfeccionismo desadaptativo e o menor grau de traços *mindfulness* parecem, assim, estar associados a diversas perturbações psicológicas. Os estudos no domínio das PAI são ainda escassos, utilizando protocolos de avaliação heterogéneos e amostras diversificadas, não permitindo uma generalização dos resultados.

Face à literatura disponível, é importante estudar a influência destes fatores nas PAI em estudantes universitários, permitindo uma melhor compreensão da etiologia e da manutenção destes sintomas de forma a melhorar as estratégias de prevenção.

2. Objetivos de Investigação

A presente investigação tem como principal objetivo analisar a influência do perfeccionismo e das facetas *mindfulness*, nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais numa amostra de estudantes universitários da Universidade do Algarve.

Como forma de concretizar este objetivo geral, definem-se os seguintes objetivos específicos:

i) Analisar se existem diferenças entre os sexos nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, perfeccionismo e *mindfulness*;

ii) Avaliar se existem diferenças no que concerne ao IMC, nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, no perfeccionismo e nas facetas *mindfulness*;

iii) Investigar a relação entre o perfeccionismo, as facetas *mindfulness* e as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais;

iv) Verificar se existem diferenças nos níveis de perfeccionismo e no traço *mindfulness* em indivíduos com e sem sintomas de PAI;

v) Avaliar o papel mediador do traço *mindfulness* entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais.

3. Metodologia

3.1. Desenho da investigação

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal.

3.2. Amostra

Neste estudo foi utilizada a técnica de amostragem simples por conveniência.

Os critérios de inclusão considerados neste estudo foram os seguintes: (a) idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos; b) nacionalidade portuguesa ou dupla; c) capacidade para ler e compreender português; d) frequentar atualmente a Universidade do Algarve; e) ausência de diagnóstico prévio/atual de PAI.

No total, foram excluídos 175 participantes da amostra inicial ($N = 461$), dos quais 51 não completaram o questionário, 16 não se enquadraram na faixa etária, 15 não apresentavam nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade, 76 não frequentavam a Universidade do Algarve e 16 possuíam diagnóstico prévio/atual de PAI.

Posto isto, a amostra final utilizada no presente estudo (Tabela 1) consistiu em 285 estudantes da Universidade do Algarve, sendo 176 do sexo feminino (61.8%) e 109 do sexo masculino (38.2%), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 20.52$; $DP = 1.78$). Relativamente ao estado civil, 96.8% dos indivíduos encontravam-se solteiros, .4% referiu estar casado ou em união de facto e 2.8% encontravam-se noutra condição. Todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa, sendo a maioria das regiões do Algarve (45.3%) e do Alentejo (10.5%).

Da amostra total, 86.7% dos participantes estavam matriculados em cursos de licenciatura, enquanto 13.3% frequentavam o mestrado. Relativamente às áreas de estudos, a maioria dos inquiridos estavam inscritos em cursos de ciências sociais e da educação (37.5%).

Tabela 1. *Características sociodemográficas dos participantes*

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	176	61.8
Masculino	109	38.2
Estado Civil		
Solteiro(a)	276	96.8
Casado(a)/União de Facto	1	0.4
Outra	8	2.8
Naturalidade		
Algarve	129	45.3
Alentejo	30	10.5
Centro	21	7.4
Área Metropolitana de Lisboa	16	5.6
Norte	14	4.9
Região Autónoma da Madeira	7	2.5
Região Autónoma dos Açores	1	0.6
Não Sabe/Não Responde	66	23.2
Grau Académico		
Licenciatura	247	86.7
Mestrado	38	13.3
Área de Estudo		
Ciências Sociais e da Educação	107	37.5
Economia, Gestão e Turismo	75	26.3
Engenharias e Tecnologias	28	9.8
Artes, Comunicação e Património	27	9.5
Ciências e Tecnologias da Saúde	25	8.8
Ciências Exatas e Naturais	23	8.1

Nota. N=285; %=percentagem

Posteriormente à análise descritiva do perfil sociodemográfico, procedeu-se à análise descritiva do questionário axiológico, onde foram examinadas as variáveis quantitativas altura e peso para o cálculo do IMC.

Para obter uma melhor análise da distribuição do IMC total, os indivíduos foram agrupados por categorias consoante a classificação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010). Assim, os valores de frequência das categorias do IMC, indicaram que a maioria da amostra se concentrava na categoria do peso normal (71.6%), seguindo-

se a pré-obesidade (17.2%), magreza (8.4%), obesidade classe I (1.8%) e, por fim, obesidade classe II (1.1%). A distribuição segue valores aproximados de distribuição normal, em que a maioria se concentra no centro e as minorias nas extremidades.

A média de IMC da amostra geral era de 22.54 kg/m², com um desvio-padrão de 3.59, categorizando a maioria dos indivíduos como possuindo peso normal. O valor de IMC mínimo foi de 15.85 kg/m² e o máximo 37.50 kg/m². Os estudantes do sexo masculino ($M = 23.11$; $DP = 3.55$) apresentaram uma média superior ao do sexo feminino ($M = 22.20$; $DP = 3.59$), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

3.3. Instrumentos

Este protocolo consistiu num conjunto de questionários de autopreenchimento que incluiu questões sociodemográficas, axiológicas e três instrumentos de avaliação.

3.3.1. *Questionário sociodemográfico e axiológico*

As informações sociodemográficas dos participantes, como por exemplo sexo, idade, nacionalidade, naturalidade, estado civil, habilitações literárias, universidade e curso frequentado; as variáveis axiológicas, como o peso e a altura que permitiram calcular o IMC, que é obtido através da divisão do peso pela altura ao quadrado; e os dados sobre o histórico clínico e psicológico, foram recolhidos por meio de um breve questionário, como forma de obter uma caracterização mais detalhada dos participantes.

3.3.2. *Teste de Atitudes Alimentares-40 (Eating Attitudes Test- 40 [EAT-40]; Garner & Garfinkel, 1979; versão portuguesa validada por Soares et al., 2004)*

Este instrumento consiste numa medida de autorrelato composto por 40 itens, projetado para identificar atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. Os participantes respondem consoante uma escala do tipo *Likert* de seis pontos, que varia entre 0 (Nunca) a 5 (Sempre), no qual seis itens são invertidos (1, 18, 19, 23, 27 e 39).

Os itens distribuem-se por três subescalas, sendo elas Preocupação com a Dieta, Comportamento Bulímico e Controlo Oral/Pressão Social para Comer. Posto isto, a subescala Preocupação com a Dieta é constituída por 17 itens e refere-se à recusa patológica de alimentos de elevado teor calórico, o desejo de emagrecer e a preocupação excessiva com a dieta e com o peso corporal (e.g., Item 4. *Ter peso a mais aterroriza-me*). A subescala Comportamento Bulímico possui 10 itens e baseia-se na incapacidade de controlar os comportamentos bulímicos e o recurso a estratégias compensatórias para controlar o peso após ingestão excessiva de comida (e.g., Item 13. *Vomito depois de comer*). A subescala Controlo Oral/Pressão Social para Comer detém 6 itens e assenta em possíveis pressões sociais para aumentar o peso (e.g., Item 24. *Os outros acham que estou demasiado magra*).

A pontuação total é calculada pela soma da pontuação de cada item, variando de 0 a 120, no qual o ponto de corte corresponde a 30. Sendo que quanto maior a pontuação global, mais disfuncionais são as atitudes e os comportamentos alimentares.

Os resultados relativos à fidelidade do EAT-40 (Soares et al., 2004) na amostra portuguesa são consistentes com os da versão original (Garner et al., 1982). Este instrumento apresenta boa consistência interna ($\alpha = .86$), assim como as subescalas Preocupação com a Dieta ($\alpha = .91$) e Comportamento Bulímico ($\alpha = .72$). No entanto, a subescala Controlo Oral/Pressão Social para Comer ($\alpha = .57$) apresenta um valor de alfa inferior ao considerado como mínimo aceitável ($\alpha = .70$). Neste estudo, a análise das qualidades psicométricas, demonstrou uma consistência interna aceitável, tanto na escala total ($\alpha = .77$) como na subescala Preocupação com a Dieta ($\alpha = .83$). Recomenda-se que as subescalas Comportamento Bulímico ($\alpha = .57$) e Pressão Social para Comer ($\alpha = .56$) sejam interpretadas com cautela, devido ao seu coeficiente inferior a .70.

3.3.3. Escala Multidimensional do Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale* [MPS-H]; Hewitt & Flett, 1991; versão portuguesa validada por Soares et al., 2003)

Este questionário de autorrelato foi desenvolvido para avaliar o perfeccionismo. É constituído por 45 itens, enquadrados numa escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Discordo Completamente) a 7 (Concordo Completamente), sendo que existem 19 itens invertidos (2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 21, 22, 24, 30, 34, 36, 37, 38, 43, 44 e 45). A pontuação total resulta da soma da pontuação de cada item, variando entre 45 e 315, em que pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de perfeccionismo e vice-versa.

Os itens dividem-se por três subescalas que medem três dimensões do perfeccionismo, sendo elas o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), composto por 18 itens e aborda a tendência para exibir um elevado grau de organização e o estabelecimento de padrões excessivamente elevados (e.g., Item 15, *Preocupo-me em ter um resultado perfeito em tudo*); o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) que apresenta 14 itens e se refere à percepção de que os outros estabelecem expectativas excessivamente elevadas acerca do seu comportamento, gerando uma preocupação constante com a opinião e avaliação dos outros acerca de si próprio (e.g., Item 31, *Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim*); e, por fim, o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO), constituído por 8 itens, sugere a tendência do sujeito para impor expectativas e exigências perfeccionistas aos outros (e.g., Item 16. *Espero muito das pessoas que são importantes para mim*).

Tanto a versão original quanto a versão portuguesa do questionário demonstram boas qualidades psicométricas, particularmente a versão portuguesa que apresenta uma adequada consistência interna ($\alpha = .89$), bem como as subescalas PAO ($\alpha = .89$), PSP ($\alpha = .83$), e POO ($\alpha = .69$) (Soares et al., 2003). Neste estudo, a análise das qualidades psicométricas, corroborou que o MPS-H exibe uma boa consistência interna, tanto na

escala total ($\alpha = .89$), como nas subescalas PAO ($\alpha = .88$) e PSP ($\alpha = .86$). Sugere-se que a subescala POO ($\alpha = .68$) seja interpretada com cautela, devido ao seu coeficiente inferior a .70.

3.3.4. Questionário das Cinco Facetas Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire [FFMQ]; Baer et al., 2006; versão portuguesa validada por Gregório & Pinto Gouveia, 2011)

Esta medida de autorrelato apresenta 39 itens que avaliam a tendência do indivíduo para adotar uma postura *mindfulness* no seu quotidiano, com base nas cinco facetas do *mindfulness*: Observar (e.g., estar atento às experiências internas e externas, como sensações, cognições, visões, sons e cheiros); Descrever (e.g., expressar as experiências internas através de palavras); Agir com Consciência (e.g., estar atento às atividades do momento, por oposição ao estado de “piloto automático”); Não julgar (e.g., não avaliar e julgar pensamentos e sentimentos); Não Reagir (e.g., permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar por eles).

Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = “nunca ou muito raramente verdadeiro” a 5 = “muito frequentemente ou sempre verdadeiro”), existindo 19 itens cotados de forma inversa (3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 30, 34, 35, 38, 39).

A versão portuguesa do FFMQ apresenta valores indicativos de uma boa consistência interna: Observar ($\alpha = .78$); Descrever ($\alpha = .88$); Agir com Consciência ($\alpha = .89$); Não-Julgar ($\alpha = .86$) e Não-Reagir ($\alpha = .66$). Neste estudo, a análise das qualidades psicométricas, revelou uma boa consistência interna para a escala total ($\alpha = .85$), assim como para as suas subescalas Não Julgar ($\alpha = .84$) e Descrever ($\alpha = .88$). A subescala Agir com Consciência demonstrou uma excelente consistência interna ($\alpha = .90$), por outro lado,

as subescalas Observar ($\alpha = .74$) e Não Reagir ($\alpha = .70$) apresentaram uma consistência interna aceitável.

3.4. Procedimento

3.4.1. Recolha de dados

A primeira etapa do processo de recolha de dados consistiu na disponibilização de um protocolo *online*, acessível através da plataforma *Google Forms*, divulgado nas redes sociais. Recorreu-se à técnica de amostragem *snowball*, onde se selecionou, por conveniência, um grupo de indivíduos através das redes sociais *Facebook* e *Instagram*. Os participantes foram informados de que se tratava de um estudo sobre comportamentos alimentares, com duração estimada de 15 minutos, e destinado a sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Ademais, foi solicitado aos inquiridos que partilhassem o *link* de acesso ao protocolo com outros contactos que se enquadrassem nos critérios da população alvo.

O protocolo era precedido de uma breve nota introdutória acerca dos objetivos gerais do estudo, assegurando a confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária dos envolvidos. Os participantes foram informados de que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para os fins da presente investigação. Após o consentimento informado, era preenchido o protocolo de recolha de dados, sendo as instruções necessárias fornecidas antes das medidas de avaliação.

A recolha dos dados ocorreu entre os anos 2021 e 2023. Posteriormente, a informação recolhida foi organizada e analisada, em conformidade com os objetivos do estudo.

3.4.2. Tratamento de dados

O procedimento de análise de dados foi executado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.29 para o sistema operativo *Windows*. A primeira etapa consistiu na análise descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra total ($N = 285$) para a caracterização da amostra. Foram utilizados os valores de frequência absoluta e percentagem, bem como medidas de tendência central (i.e., média) e de dispersão (i.e., desvio-padrão). Posteriormente, foi realizada a análise de fidelidade de todos os instrumentos utilizados no estudo. O cálculo do alfa de *Cronbach* (α) possibilitou a análise da consistência interna de cada escala e subescala, cujos valores podem variar entre zero e um. Valores substancialmente inferiores a .70 indicam que a escala/subescala não é fiável (Field, 2009).

De seguida, foi conduzida uma análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo. Primeiramente, foram calculadas as respetivas médias e desvios-padrão. Posteriormente, com a finalidade de investigar diferenças significativas entre sexos nas variáveis em estudo, procedeu-se à realização do teste t de *Student* para amostras independentes (*Independent Samples T-Test*). Para aplicar este teste paramétrico, os requisitos para o mesmo foram assegurados, considerando a dimensão da amostra ($N \geq 30$) e a homogeneidade de variância, verificada com o teste de *Levene*. Foram avaliados os valores de t , os valores de significância (p) e a magnitude do efeito, através do cálculo do d de *Cohen* (d). De acordo com Cohen (1988), magnitudes de efeito reduzido equivalem a valores de $d = .20$, magnitudes de efeito médio correspondem a valores $d = .50$, e magnitudes de efeito elevado constituem valores de $d = .80$.

De igual modo, para analisar possíveis diferenças significativas no IMC em relação às variáveis em estudo, repetiu-se o teste t de *Student* para amostras independentes

(*Independent Samples T-Test*), visto que os critérios para aplicar um teste paramétrico foram atendidos ($N \geq 30$).

Para compreender a relação entre as variáveis em estudo, calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* (r), que reflete a intensidade e o sentido da relação linear entre as variáveis. Os valores de r variam entre -1 e 1 (Field, 2009), no qual o valor 1 indica uma correlação linear perfeita e o valor 0 aponta a ausência de correlação entre as variáveis. A interpretação da magnitude do coeficiente de correlação de *Pearson* considera-se negligenciável caso este assuma um valor inferior a .2; fraca para valores entre .2 e .4; moderada para valores entre .4 e .6; forte para valores entre .6 e .8; e muito forte para valores superiores a .8 (Field, 2009).

Como forma de investigar as diferenças significativas entre as atitudes e os comportamentos alimentares disfuncionais nas variáveis em estudo, a amostra foi dividida em dois grupos, com recurso ao ponto de corte. No qual, o grupo I correspondia aos indivíduos com uma pontuação total no EAT inferior a 30 e o grupo II era constituído por indivíduos com uma pontuação total igual ou superior a 30, sugerindo atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. De seguida, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (U), visto não estarem reunidas as condições para aplicar um teste paramétrico ($N < 30$).

Por fim, foram efetuadas as análises de mediação com recurso ao programa PROCESS para SPSS, versão 4.2, desenvolvido por Andrew F. Hayes.

4. Resultados

4.1. Análises descritivas

4.1.1. Diferenças entre sexos

No que diz respeito às atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (Tabela 2), na amostra total, a subescala Preocupação com a Dieta apresentou a média mais elevada ($M = 6.79$; $DP = 6.56$), enquanto a Pressão Social para Comer revelou o valor médio mais reduzido ($M = 1.73$; $DP = 2.39$).

Quanto às diferenças entre os sexos na pontuação total do EAT-40, não foram encontradas diferenças significativas ($p > .05$) embora o sexo masculino ($M = 16.59$; $DP = 8.92$) tenha apresentado uma média superior à do sexo feminino ($M = 13.89$; $DP = 9.11$). Ao analisar cada uma das subescalas individualmente, detetou-se diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$), na subescala Pressão Social para Comer, em que o sexo feminino ($M = 1.93$; $DP = 2.62$) apresentou uma média ligeiramente superior ao sexo masculino ($M = 1.41$; $DP = 1.94$), exibindo uma magnitude de efeito reduzida ($d = .22$).

Tabela 2. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI

	Amostra Total ($N = 285$)		Sexo Feminino ($N = 176$)		Sexo Masculino ($N = 109$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
PreDieta	6.79	6.56	6.63	6.52	7.06	6.64	-.54	.86	-.07
CoBulímico	1.78	2.28	1.79	2.36	1.76	2.15	.10	.60	.01
PSComer	1.73	2.39	1.93	2.62	1.41	1.94	1.92	.02*	.22
EAT Total	14.92	9.12	13.89	9.11	16.59	8.92	-2.46	.96	-.30

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; d = d de Cohen. PreDieta = Preocupação com a Dieta; CoBulími = Comportamento Bulímico; PSComer = Pressão Social para Comer; EAT_Total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares-40.

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

Em relação ao perfeccionismo, na amostra total, a subescala PAO revelou o valor médio mais elevado ($M = 77.90$; $DP = 17.91$), enquanto a subescala POO o mais reduzido ($M = 42.98$; $DP = 7.60$), conforme ilustrado na Tabela 3. Quanto às diferenças entre os sexos na pontuação total do MPS-H, o sexo masculino ($M = 180.72$; $DP = 30.09$) exibiu valores que traduziam uma maior intensidade desta variável comparativamente ao sexo feminino ($M = 178.13$; $DP = 29.60$), apesar de as diferenças não terem sido significativas ($p > .05$).

Nas subescalas da MPS-H, o sexo masculino permaneceu com os valores médios mais elevados em todos os domínios, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas ($p > .05$) (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos no perfeccionismo

	Amostra Total ($N = 285$)		Sexo Feminino ($N = 176$)		Sexo Masculino ($N = 109$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
PAO	77.90	17.91	77.60	17.13	78.39	18.73	-.37	.38	-.04
PSP	43.77	13.08	43.19	13.14	44.71	12.98	-.95	.86	-.12
POO	42.98	7.60	42.89	7.46	43.11	7.86	-.24	.59	-.03
MPS Total	179.12	29.76	178.13	29.60	180.72	30.09	-.71	.83	-.09

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; d = d de Cohen. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. MPS_Total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo.

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

Relativamente ao *mindfulness*, na amostra total, a subescala Descrever revelou o valor médio mais elevado ($M = 25.52$; $DP = 6.82$), enquanto a subescala Não Reagir o mais baixo ($M = 21.95$; $DP = 4.41$) (Tabela 4). Quanto às diferenças entre os sexos na pontuação total da FFMQ, o sexo feminino ($M = 124.31$; $DP = 17.77$) apresentou valores

que indicaram uma maior intensidade desta variável comparativamente ao sexo masculino ($M = 120.89$; $DP = 15.58$), embora as diferenças não tenham sido significativas ($p > .05$).

No entanto, ao comparar as pontuações das subescalas, evidenciou-se uma diferença significativa entre sexos relativamente à subescala Agir com Consciência ($p < .05$), onde as mulheres ($M = 23.74$; $DP = 7.36$) pontuaram significativamente mais do que os homens ($M = 21.50$; $DP = 5.96$), apresentando uma magnitude de efeito reduzida ($d = .33$). Contrariamente aos resultados das escalas analisadas anteriormente, que indicam resultados médios mais elevados no sexo feminino, na escala de *mindfulness* os homens obtiveram maiores resultados médios em duas subescalas: Descrever ($M = 25.69$; $DP = 6.67$) e Não Reagir ($M = 22.61$; $DP = 4.30$), em comparação com as mulheres, que obtiveram: Descrever ($M = 25.41$; $DP = 6.93$) e Não Reagir ($M = 21.55$; $DP = 4.44$).

Tabela 4. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas cinco facetas do *mindfulness*

	Amostra Total ($N = 285$)		Sexo Feminino ($N = 176$)		Sexo Masculino ($N = 109$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
NJulgar	24.84	6.58	25.35	6.61	24.00	6.47	1.69	.83	.21
Observar	24.05	5.23	24.40	4.95	23.50	5.63	1.42	.14	.17
AConsc	22.89	6.94	23.74	7.36	21.50	5.96	2.81	.02*	.33
Descrever	25.52	6.82	25.41	6.93	25.69	6.67	-.34	.45	-.41
NReagir	21.95	4.41	21.55	4.44	22.61	4.30	-1.97	.30	-.24
FFMQ Total	123.00	17.02	124.31	17.77	120.89	15.58	1.66	.07	.20

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; d = d de Cohen. NJulgar = Não Julgar; AConsc = Agir com Consciência;

NReagir = Não Reagir; FFMQ_Total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness.

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

4.1.2. Diferenças consoante o IMC

Para facilitar a análise de diferenças entre as variáveis em estudo face ao IMC, dividiu-se a amostra em dois grupos.

No grupo I os sujeitos apresentavam um IMC inferior ou igual a 18.5 kg/m² ($N = 24$), e no grupo II encontravam-se os sujeitos com IMC superior a 18.5 kg/m² ($N = 261$).

Relativamente à existência de diferenças significativas, consoante as atitudes e comportamentos alimentares no que concerne ao IMC, nomeadamente na Preocupação com a Dieta e na Pressão Social para Comer. Relativamente à Preocupação com a Dieta, observou-se que a mediana era estatisticamente superior ($U = 1904.00, p = .001$) no grupo acima dos 18.5 kg/m² ($Mdn = 5.00$) comparativamente ao grupo com o IMC inferior a 18.5 kg/m² ($Mdn = 3.00$). Relativamente à subescala Pressão Social para Comer, foi o grupo abaixo dos 18.5 kg/m² de IMC que pontou significativamente mais elevado ($Mdn = 3.00$) ($U = 1472.50, p < .001$). Apesar de não se verificar diferença significativa na pontuação total do EAT ($U = 2575.00, p = .149$), a mediana foi mais elevada no grupo de IMC superior a 18.5 kg/m² ($Mdn = 13.00$), comparativamente ao outro grupo ($Mdn = 10.00$).

No que diz respeito ao perfeccionismo, ainda que o grupo com o IMC acima dos 18.5 kg/m² tenha apresentado valores mais elevados de perfeccionismo ($Mdn = 179.00$), a diferença não foi significativa entre grupos ($U = 2660.50, p = .222$). Apenas a subescala POO apresentou diferenças significativas ($U = 2285.50, p = .028$), sendo que a mediana mais elevada revelou ser no grupo IMC superior a 18.5 kg/m² ($Mdn = 43.00$), comparativamente ao grupo com IMC inferior a 18.5 kg/m² ($Mdn = 38.50$).

Por fim, em relação ao *mindfulness*, não se detetaram diferenças significativas entre grupos na escala total e nas subescalas das cinco facetas *mindfulness*. Pode, no entanto, concluir-se que o grupo abaixo dos 18.5 kg/m² revelou valores de mediana mais elevados de escala total de *mindfulness* ($Mdn = 124.50$).

4.2. Análise correlacional das variáveis

4.2.1. Relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Procedeu-se ao estudo correlacional do perfeccionismo e das atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (Tabela 5).

A pontuação total da escala MPS-H correlacionou-se significativamente com uma magnitude fraca com as subescalas Pressão Social para Comer ($r = 0.21$; $p < .01$), Comportamento Bulímico ($r = .29$; $p < .01$), Preocupação com a Dieta ($r = .34$; $p < .01$), bem como com a escala EAT total ($r = .38$; $p < .01$).

Relativamente ao EAT total, este demonstrou correlação significativa de magnitude fraca com as subescalas PAO ($r = .37$; $p < .05$) e PSP ($r = .35$; $p < .01$). Não evidenciando uma correlação significativa com a subescala POO.

No que respeita à dimensão PAO, destacaram-se as correlações significativas com magnitude negligenciável com a Pressão Social para Comer ($r = .15$; $p < .05$) e com magnitude fraca com o Comportamento Bulímico ($r = .22$; $p < .01$) e Preocupação com a Dieta ($r = .34$; $p < .01$).

Quanto ao PSP, evidenciou-se que apresenta correlações significativas de magnitude fraca com as subescalas Preocupação com a Dieta ($r = .25$; $p < .01$), Pressão Social para Comer ($r = .28$; $p < .01$) e Comportamento Bulímico ($r = .38$; $p < .01$). Esta última foi a relação que apresentou o coeficiente de correlação mais elevado.

Relativamente ao POO não se verificou correlações significativas.

Tabela 5. *Correlação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (N = 285)*

Variáveis	PreDieta	CoBulímico	PSComer	EAT_Total
PAO	.34**	.22**	.15*	.37**
PSP	.25**	.38**	.28**	.35**
POO	.07	-.09	-.07	-.02
MPS_H_Total	.34**	.29**	.21**	.38**

Nota. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros; MPS_H_Total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo. PreDieta = Preocupação com a Dieta; CoBulímico = Comportamento Bulímico; PSComer = Pressão Social para Comer; EAT_Total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares-40.

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

4.2.2. Relação entre o mindfulness e as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as PAI

Procedeu-se ao estudo correlacional das facetas de *mindfulness* e das atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (Tabela 6).

A pontuação total da escala FFMQ correlacionou-se significativamente com uma magnitude negligenciável e de sentido oposto com as subescalas Comportamento Bulímico ($r = -.18$; $p < .01$) e Pressão Social para Comer ($r = -.16$; $p < .01$). Não apresentando correlação significativa com a escala EAT total. Verificou-se a inexistência de correlação com a variável Preocupação com a Dieta ($r = .00$).

No que concerne ao EAT total, este revelou correlações significativas de magnitude fraca com as variáveis Observar ($r = .27$; $p < .01$) e de sentido oposto com a subescala Não julgar ($r = -.30$; $p < .01$).

Relativamente às correlações entre as facetas do *mindfulness* e os domínios das PAI é possível salientar que a faceta Não Julgar apresentou correlações significativas e inversas com todas as dimensões da escala EAT, nomeadamente uma magnitude negligenciável para a Subescala Pressão Social para Comer ($r = -.14; p < .05$) e magnitude fraca para as subescalas Preocupação com a Dieta ($r = -.26; p < .05$) e Comportamento Bulímico ($r = -.32; p < .01$).

A faceta Observar demonstrou correlações significativas de magnitude fraca com os domínios Preocupação com a Dieta ($r = .25; p < .01$) e Comportamento Bulímico ($r = .23; p < .01$). Não revelando associação estatisticamente significativa com a Pressão Social para Comer.

No que se refere à faceta Agir com Consciência, observou-se apenas correlação significativa, de magnitude negligenciável e sentido negativo com a variável Comportamento Bulímico ($r = -.19; p < .01$).

A faceta Descrever somente revelou associação significativa, de magnitude negligenciável e de sentido oposto com a variável Pressão Social para Comer ($r = -.15; p < .01$).

Por fim, a faceta Não Reagir não apresentou correlações estatisticamente significativas com os domínios da escala EAT.

Tabela 6. *Correlação entre as facetas de mindfulness e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (N = 285)*

Variáveis	PreDieta	CoBulímico	PSComer	EAT_Total
NJulgar	-.26**	-.32**	-.14*	-.30**
Observar	.25**	.23**	.10	.27**
AConsc	-.04	-.19**	-.11	-.11
Descrever	.06	-.10	-.15*	-.03
NReagir	.02	-.04	-.11	-.02
FFMQ_Total	.00	-.18**	-.16**	-.09

Nota. NJulgar = Não Julgar; AConsc = Agir com Consciência; NReagir = Não Reagir; FFMQ_Total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. PreDieta = Preocupação com a Dieta; CoBulímico = Comportamento Bulímico; PSComer = Pressão Social para Comer; EAT_Total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares -40.

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

4.2.3. Relação entre o perfeccionismo e o traço mindfulness nas atitudes alimentares relacionadas com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Procedeu-se ao estudo correlacional das facetas de *mindfulness* e dos domínios do perfeccionismo (Tabela 7).

A pontuação total da escala MPS-H, apresentou correlações significativas de magnitude negligenciável e sentido positivo com a subescala Observar ($r = .16$; $p < .01$) e de magnitude negligenciável e sentido negativo com as subescalas Agir com Consciência ($r = -.18$; $p < .01$) e com a escala FFMQ total ($r = .13$; $p < .05$). Observou-se ainda correlação significativa de magnitude fraca e sentido oposto com a subescala Não Julgar ($r = -.30$; $p < .01$). Não apresentando correlações estatisticamente significativas com as facetas Descrever e Não Reagir.

Relativamente à escala FFMQ total, salienta-se que apresentou correlações significativas de magnitude negligenciável com a subescala POO ($r = .19$; $p < .01$) e de

magnitude fraca, com sentido oposto, com a variável PSP ($r = -.38; p < .01$). Não apresentando correlação estatisticamente significativa com a subescala PAO.

Quanto às dimensões do MPS-H, nomeadamente o PAO, apenas foram observadas correlações significativas com a variável Não Julgar ($r = -.21; p < .01$) de magnitude fraca e com a variável Observar ($r = .15; p < .05$) de magnitude negligenciável.

Relativamente ao PSP, verificou-se correlações significativas de magnitude fraca e sentido oposto com as subescalas Agir com Consciência ($r = -.38; p < .01$) e Descrever ($r = -.21; p < .01$). Observou-se ainda uma correlação significativa de magnitude moderada e sentido negativo com a subescala Não Julgar ($r = -.41; p < .01$). No que concerne à faceta Não Reagir verificou-se uma correlação inexistente entre estas variáveis ($r = .00$).

No que diz respeito ao domínio POO, revelou correlações significativas de magnitude negligenciável com a variável Agir com Consciência ($r = .15; p < .05$) e de magnitude fraca com a subescala Descrever ($r = .25; p < .01$).

Tabela 7. *Correlação entre o perfeccionismo e as facetas de mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (N = 285)*

Variáveis	PAO	PSP	POO	MPS_H_Total
NJulgar	-.21**	-.41**	.05	-.30**
Observar	.15*	.08	.10	.16**
AConsc	-.08	-.38**	0.15*	-.18**
Descrever	.08	-.21**	.25**	.02
NReagir	.05	.00	-.10	-.01
FFMQ_Total	-.02	-.38**	.19**	-.13*

Nota. NJulgar = Não Julgar; AConsc = Agir com Consciência; NReagir = Não Reagir; FFMQ_Total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO =

Perfeccionismo Orientado aos Outros; MPS_H_Total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo.

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

4.2.4. Análise das diferenças no perfeccionismo e no traço *mindfulness* em indivíduos com e sem PAI

Procedeu-se à realização do teste de Mann Whitney (U) com a finalidade de averiguar diferenças significativas entre indivíduos com e sem sintomatologia de PAI relativamente ao perfeccionismo e ao traço *mindfulness*.

No que concerne à variável do perfeccionismo, como é possível constatar na Tabela 8, é possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos em todas as componentes do perfeccionismo, à exceção do POO ($U = 2418.50$, $p = .33$). Ao nível da escala total MPS-H, esta também apresentou diferenças significativas ao comparar o grupo com e sem PAI. A amostra com PAI revelou uma média mais elevada na escala total MPS-H ($M = 214.19$, $DP = 30.34$), em relação à pontuação média do grupo sem PAI ($M = 176.33$, $DP = 27.34$). O mesmo se observou em todas as outras subescalas, no qual o grupo com PAI, apresentou a média mais elevada.

Tabela 8. *Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no perfeccionismo*

	Sem PAI ($N = 264$)		Com PAI ($N = 21$)		U	p
	M	DP	M	DP		
PAO	76.47	17.15	95.95	17.79	1223.00	< .001***
PSP	42.36	12.04	61.52	12.80	778.00	< .001***
POO	43.11	7.45	41.29	9.35	2418.50	.33
MPS Total	176.33	27.94	214.19	30.34	1023.50	< .001***

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; U = Teste de Mann-Whitney. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. MPS_Total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Relativamente ao traço mindfulness, que se encontra expresso na Tabela 9, verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos em análise, excetuando as subescalas Descrever ($U = 2354.00$; $p = .250$) e Não Reagir ($U = 2384.50$; $p = .285$). A amostra sem PAI revelou a média mais alta na escala total FFMQ ($M = 123.68$; $DP = 16.85$), em relação à pontuação média do grupo com PAI ($M = 114.52$; $DP = 17.30$).

As facetas Não Julgar ($U = 1120.00$; $p = < .001$) e Agir com Consciência ($U = 2052.00$; $p = .047$) revelaram estar mais presentes no grupo Sem sintomatologia de PAI [Não Julgar ($M = 25.33$; $DP = 6.41$)] e [Agir com Consciência ($M = 23.12$; $DP = 6.91$)], comparativamente com o grupo com PAI [Não Julgar ($M = 18.62$; $DP = 5.45$)] e [Agir com Consciência ($M = 19.95$; $DP = 6.76$)].

Por outro lado, a faceta Observar ($U = 1758.00$; $p = .01$), exibiu um maior valor médio no grupo com PAI ($M = 27.38$; $DP = 4.78$), comparativamente ao grupo sem PAI ($M = 23.79$; $DP = 5.18$).

Tabela 9. *Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no traço mindfulness*

	Sem PAI ($N = 264$)		Com PAI ($N = 21$)		U	p
	M	DP	M	DP		
NJulgar	25.33	6.41	18.62	5.45	1120.00	< .001***
Observar	23.79	5.18	27.38	4.78	1758.00	.01**
AConsc	23.12	6.91	19.95	6.76	2052.00	.047*
Descrever	25.65	6.80	23.81	7.05	2354.00	.250
NReagir	22.03	4.40	20.95	4.48	2384.50	.285
FFMQ Total	123.68	16.85	114.52	17.30	1911.50	.02*

Nota. $M =$ Média; $DP =$ Desvio-padrão; $U =$ Teste de Mann-Whitney. NJulgar = Não Julgar; AConsc = Agir com Consciência; NReagir = Não Reagir; FFMQ_Total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness.

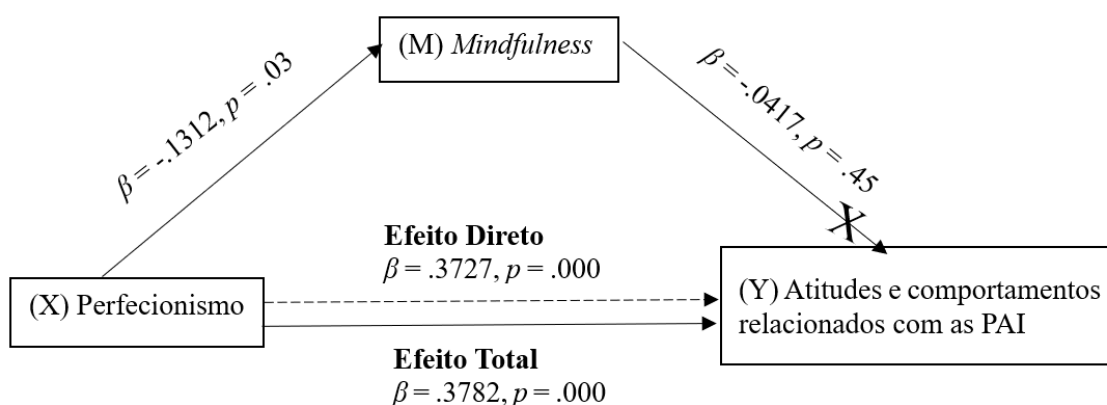
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.2.5. Análise do papel das facetas de *mindfulness* na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais

Com a finalidade de estudar o papel do *mindfulness* na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, realizou-se a análise do potencial efeito mediador do *mindfulness*, através do modelo de mediação. Assumiu-se o perfeccionismo como preditor, ou seja, variável independente, e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI como variável dependente.

Na Figura 3 encontra-se o modelo de mediação da relação entre as variáveis em estudo.

Figura 3. Modelo de Mediação da Escala Total de *Mindfulness* entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI



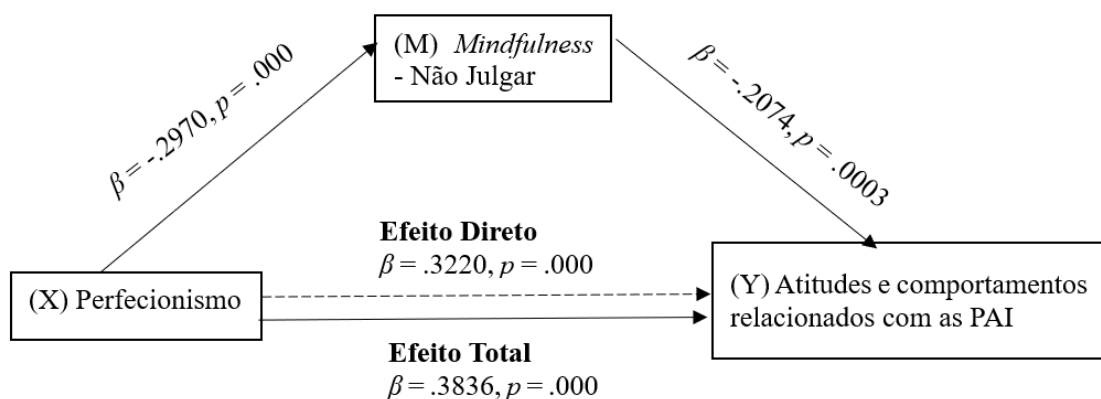
Nota. β = beta padronizado; p = nível de significância; X = variável preditora; Y = variável outcome; M = variável mediadora

Através do esquema, observa-se que o perfeccionismo apresentou um efeito significativo, de sentido oposto sobre a escala total do *mindfulness* ($\beta = -.1312, p = .03$). Verificou-se ainda que o *mindfulness* não afetou significativamente as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($\beta = -.0417, p = .45$). O efeito direto do perfeccionismo com as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($\beta = .3727, p = .000$), assim como o efeito total ($\beta = .3782, p = .000$) demonstraram-se significativos.

Posto isto, conclui-se que não existe mediação significativa através do *mindfulness*, sendo que o efeito do perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ocorre principalmente de forma direta.

Apesar da escala total do *mindfulness* não se revelar mediadora da relação do perfeccionismo com as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, decidiu-se averiguar o papel mediador das facetas Não Julgar (Figura 4) e Observar (Figura 5), visto terem apresentado correlação significativa com o perfeccionismo e com as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.

Figura 4. Modelo de Mediação da Faceta Não Julgar da Variável Mindfulness entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI



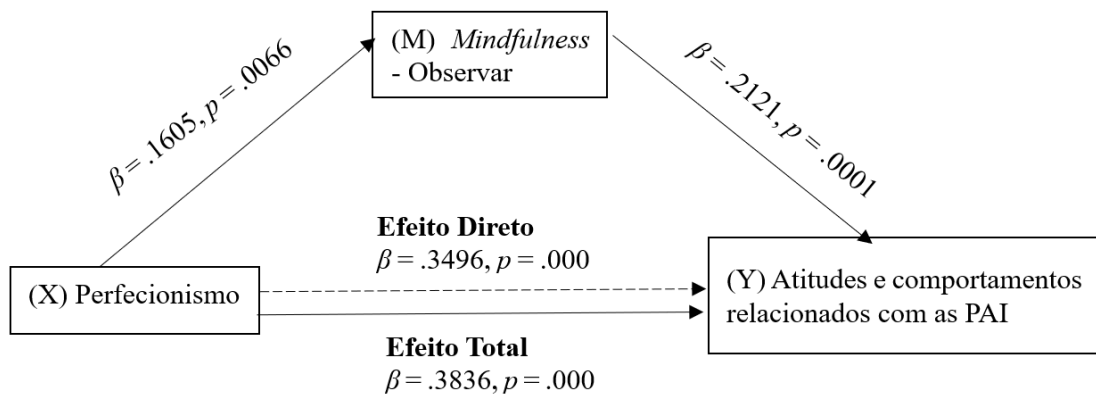
Nota. β = beta padronizado; p = nível de significância; X = variável preditora; Y = variável outcome; M = variável mediadora

Esta figura mostra que o efeito do perfeccionismo sobre a faceta Não Julgar é significativo, de sentido oposto ($\beta = -.2970, p = .000$), bem como o efeito da faceta Não Julgar com as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, de sentido oposto e significativo ($\beta = -.2074, p = .0003$). O efeito direto do perfeccionismo com os comportamentos relacionados com as PAI ($\beta = .3220, p = .000$), assim como o efeito total ($\beta = .3836, p = .000$) demonstraram-se significativos.

Como o efeito direto e o efeito indireto ($\beta = .0616$) são significativos, conclui-se que a mediação é parcial. Assim, afirma-se que o perfeccionismo afeta, parcialmente, as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, de forma direta e indireta através do papel mediador da faceta Não Julgar.

Posto isto, a faceta Não Julgar explica 16% da relação entre o perfeccionismo e os comportamentos relacionados com as PAI.

Figura 5. Modelo de Mediação da Faceta Observar da Variável Mindfulness entre o Perfeccionismo e as Atitudes e Comportamentos Relacionados com as PAI



Nota. β = beta padronizado; p = nível de significância; X = variável preditora; Y = variável outcome; M = variável mediadora

Este esquema revela que o efeito do perfeccionismo na faceta Observar é significativo ($\beta = .1605, p = .0066$), assim como o efeito da faceta Observar nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI ($\beta = .2121, p = .0001$). O efeito direto do perfeccionismo com os comportamentos relacionados com as PAI ($\beta = .3496, p = .000$), assim como o efeito total ($\beta = .3836, p = .000$) demonstraram-se significativos.

Como o efeito direto e o efeito indireto ($\beta = .0340$) são significativos, conclui-se que a mediação é parcial. Assim, afirma-se que o perfeccionismo afeta parcialmente as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as PAI, de forma direta e indireta através do papel mediador da faceta Observar.

Posto isto, a faceta Observar explica 8.86% da relação entre o perfeccionismo e os comportamentos relacionados com as PAI.

Constata-se que a faceta Não Julgar explica mais a relação entre o perfeccionismo e os comportamentos relacionados com as PAI, comparativamente com a faceta Observar.

5. Discussão

O presente estudo teve como principal finalidade investigar o contributo do perfeccionismo e das facetas *mindfulness*, nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, numa amostra de estudantes da Universidade do Algarve.

Relativamente à análise da fiabilidade dos instrumentos utilizados, os valores de consistência interna obtidos são próximos dos descritos nos estudos originais e nas adaptações à população portuguesa, confirmando a sua fiabilidade. Somente as subescalas Comportamento Bulímico, Pressão Social para Comer (Soares et al., 2004) e POO (Soares et al., 2003) revelaram valores de alfa de *Cronbach* inferiores a .7, à semelhança das versões adaptadas à população portuguesa, excetuando a subescala Comportamento Bulímico, que na versão portuguesa exibiu um alfa superior a .7. Ainda assim, como os valores obtidos foram substancialmente inferiores a .7 (Field, 2009), considerou-se a medida aceitável para o presente estudo, recomendando-se uma interpretação mais cautelosa para estas subescalas.

No que concerne às diferenças entre sexos, embora o sexo masculino tenha revelado uma média superior na escala total do EAT-40, esta não foi estatisticamente significativa, contrariando a investigação de Mushtaq e colaboradores (2023), que sugere que as mulheres apresentam comportamentos alimentares mais disfuncionais, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa. Apenas na subescala Pressão Social para Comer observou-se diferença significativa, na qual as mulheres registaram uma

média ligeiramente superior aos homens, estando em consonância com o estudo de Mushtaq e colaboradores (2003). A subescala Preocupação com a Dieta foi a que apresentou maior valor médio, corroborando a literatura (Mushtaq et al., 2003; Petisco-Rodríguez et al., 2020; Rand-Giovannetti et al., 2022), este resultado pode refletir a tendência de as mulheres estarem menos satisfeitas com a sua imagem corporal e a manifestarem excessivamente preocupação com o seu peso e forma corporal, bem como a influência de fatores socioculturais impostos, tais como as pressões sociais e os padrões irrealistas de beleza, que afetam mais significativamente as mulheres (Mushtaq et al., 2003).

Ao nível do perfeccionismo, não se observou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, indicando que os níveis de perfeccionismo não variam consoante o sexo (Patarinski et al., 2023; Soares et al., 2003). Contudo, estudo prévios indicaram diferenças significativas, nomeadamente o estudo de Hewitt e Flett (1991), que revelou que na subescala POO, os homens pontuaram mais que as mulheres, bem como o estudo de Patarinski e colaboradores (2023) que demonstrou que na dimensão PAO as mulheres pontuaram acima dos homens.

Em relação à escala total FFMQ, constatou-se que as estudantes do sexo feminino apresentaram um valor médio superior ao do sexo masculino, porém a diferença não foi estatisticamente significativa, à semelhança do estudo de You e Yoo (2021). Apenas na dimensão Agir com Consciência, as mulheres apresentaram um valor médio, estatisticamente mais elevado. A faceta Descrever obteve a média mais elevada, corroborando o estudo de Tobin e Dunkley (2021), enquanto que o estudo de Manova e Khoury (2023), destacou a faceta Observar como a de valor médio mais elevado. Por outro lado, a dimensão Não Reagir exibiu uma média mais baixa, verificando-se o mesmo na literatura (Manova & Khoury, 2023; Tobin & Dunkley, 2021).

Analisou-se ainda as diferenças entre as variáveis em estudo relativamente ao IMC. Ao nível dos comportamentos relacionados com as PAI, verificou-se a existência de diferenças significativas, nomeadamente na Preocupação com a Dieta, em que indivíduos com IMC acima de 18.5 kg/m² apresentaram níveis mais elevados, e na Pressão Social para Comer que revelou estar mais presente em indivíduos com IMC inferior a 18.5 kg/m². Segundo o estudo de Kelly e colaboradores (2014), o IMC revelou associar-se positivamente com todos os domínios das PAI. Estes dados podem sugerir que os indivíduos com um baixo IMC enfrentem maior pressão social para comer mais, devido a uma perceção de que precisam de adquirir peso para atingir um padrão corporal mais saudável, enquanto que sujeitos com um elevado IMC apresentem maior preocupação com a dieta devido a pressões estéticas e de estigma corporal. A ausência de diferenças significativas na escala total do EAT, sugere que as PAI são multifatoriais, não estando estritamente vinculadas ao peso corporal, isto é, parece que existem outros fatores importantes a considerar nas PAI, como fatores psicológicos, sociais e culturais. O que vai de encontro com a literatura, que salienta que o IMC por si só não é suficiente para explicar as PAI, necessitando de outros fatores (Kelly et al., 2014).

No que diz respeito às diferenças significativas no perfeccionismo consoante o IMC, constatou-se apenas na subescala POO, sendo mais elevada em indivíduos com IMC superior a 18.5 kg/m², o que sugere que estes indivíduos estão mais suscetíveis à pressão social e expectativas externas sobre a imagem corporal. Ao projetar os padrões de perfeição nos outros, os sujeitos procuram validação da sua própria identidade e tentam aliviar as inseguranças relacionadas ao peso. Não existiram diferenças significativas na escala total de perfeccionismo.

Em relação à escala *mindfulness* e às suas facetas não se observou diferenças significativas, consoante o IMC, isto pode indicar que, independentemente da perceção

que os sujeitos possuem do seu corpo ou das pressões sociais relacionadas à imagem corporal, a prática de *mindfulness* manifesta-se de forma semelhante entre os grupos.

A presente investigação demonstrou que o perfeccionismo se associa positivamente a comportamentos alimentares disfuncionais, isto é, quanto mais perfeccionista é um estudante mais propício está para desenvolver sintomatologia de PAI, sustentando investigações anteriores (Patarinski et al., 2023; Stackpole et al., 2023). Esta variável também está positivamente relacionada com os sintomas de PAI como a Preocupação com a Dieta, o Comportamento Bulímico e a Pressão Social para Comer. A literatura salienta que todas as dimensões do perfeccionismo se coligam positivamente a diversos sintomas de PAI, tanto em homens como em mulheres. Embora, existam diferenças nos valores médios de algumas subescalas, os dados indicam que a relação entre o perfeccionismo e a sintomatologia de PAI não varia em função do sexo, independentemente da medida utilizada (Patarinski et al., 2023; Stackpole et al., 2023). Alguns autores defendem que os efeitos do perfeccionismo nas PAI podem ser indiretos, manifestando-se através da interação com outros fatores de risco psicológico (Mohorić et al., 2022; Petisco-Rodríguez et al., 2020), o que também pode ser observado em estudantes universitários com elevado risco de PAI (Mohorić et al., 2022).

A análise da relação entre as dimensões do perfeccionismo e dos comportamentos alimentares disfuncionais, indicou que a associação de maior magnitude incluía o PSP com o Comportamento Bulímico. O que sugere que indivíduos com perfeccionismo de natureza mais social apresentam mais frequentemente episódios de ingestão compulsiva, o que resulta por sua vez, no uso de estratégias compensatórias.

Verificou-se que as relações entre o PAO e o PSP com as subescalas das PAI foram significativas, estando em concordância com a literatura (Patarinski et al., 2023; Rand-Giovannetti et al., 2022). No entanto, no estudo de Rand-Giovannetti e colaboradores

(2022), a associação da subescala PAO com o Comportamento Bulímico, não se revelou significativa. Por outro lado, a relação entre o POO e os domínios das PAI não apresentou significância estatística, isto pode dever-se ao facto de que esta dimensão se focar nas expectativas perante o outro e não no próprio, ou seja, reside na forma como os indivíduos percebem e exigem a perfeição nos outros, em vez de se concentrarem na regulação dos seus próprios comportamentos alimentares e imagem corporal. Assim, não seria lógico que o próprio indivíduo adotasse padrões comportamentais voltados para alcançar um corpo perfeito. Contudo, é importante interpretar este resultado com cautela, considerando o baixo coeficiente obtido na subescala de POO. Assim, as PAI parecem estar mais ligadas a formas de perfeccionismo voltadas para o próprio indivíduo, como o PAO e o PSP.

No estudo da relação entre as facetas *mindfulness* e os comportamentos alimentares, constatou-se que a associação entre a escala EAT e a escala FFMQ não foi significativa. Este resultado é discordante da literatura existente (Sala et al., 2022; Wilson & O'Connor, 2017) que salienta uma associação significativa entre estas duas variáveis. Nos estudos de Miley e colaboradores (2022) e Wilson e O'Connor (2017), os dados demonstraram uma relação significativa e negativa entre o *mindfulness* e todas as medidas utilizadas para avaliar as PAI.

Constatou-se que a relação entre a faceta Não julgar com o Comportamento Bulímico, foi o que apresentou uma associação significativa, inversa e de magnitude mais elevada. Quanto mais uma pessoa se julga negativamente pelas suas emoções e comportamentos alimentares, maior é a probabilidade de apresentar episódios de ingestão compulsiva, seguidos de comportamentos compensatórios. Ainda nesta faceta, verificou-se que todas as associações com a sintomatologia de PAI, foram estatisticamente significativas, de sentido inverso, o que pode indicar que o julgamento e a autocrítica

desempenham um papel relevante no desenvolvimento e manutenção das PAI, sugerindo que seria benéfico trabalhar em terapia a redução da autocrítica e a promoção da aceitação como forma de auxiliar na intervenção das PAI.

A faceta Observar exibiu relações significativas e positivas com todos os domínios da sintomatologia de PAI, excetuando com a subescala Pressão Social para Comer, o que sugere que, embora a capacidade de observar as experiências internas possa exacerbar comportamentos alimentares disfuncionais relacionados com a dieta e com o comportamento bulímico, pode não possuir um papel relevante na pressão social associada à alimentação.

No que concerne à faceta Agir com Consciência, apenas apresentou relação significativa e inversa com o domínio Comportamento Bulímico, indicando que a dificuldade em agir de modo consciente pode aumentar a vulnerabilidade para comportamentos bulímicos, como a compulsão alimentar e a purga. Ao mesmo tempo, esta faceta parece ser menos relevante para preocupações cognitivas ou sociais em torno da alimentação, como a Preocupação com a Dieta e a Pressão Social para Comer.

Relativamente à faceta Descrever, salienta-se que apenas apresentou relação significativa e inversa com a Pressão Social para Comer, sugerindo que indivíduos com maior capacidade para nomear e expressar as suas emoções e experiências internas são menos suscetíveis à pressão social em relação à alimentação.

O domínio Não Reagir não apresentou associações estatisticamente significativas com a sintomatologia de PAI, sugerindo que esta capacidade de não reagir impulsivamente a emoções e pensamentos não desempenha um papel fulcral na formação ou manutenção desta perturbação.

No que diz respeito à análise do perfeccionismo com o *mindfulness*, considera-se que, de modo geral, associam-se inversamente e significativamente, indicando que

estudantes perfeccionistas, tendem a apresentar uma postura menos *mindful*, estando em concordância com a literatura (Awad et al., 2022; Lamarre & Marcotte, 2021; Perolini, 2011; You & Yoo, 2021). Verificou-se que a escala total FMMQ, apresentou relações significativas e inversas com a faceta PSP, semelhante à investigação de You e Yoo (2021), e de sentido positivo com a dimensão POO. Relativamente à escala total MPS-H, constatou-se relações significativas, negativas com as facetas Não Julgar e Agir com Consciência e de sentido positivo com a dimensão Observar.

Relativamente ao domínio PAO, salienta-se que apresenta apenas relação significativa com as facetas Não Julgar e Observar, discordando dos estudos de Short e Mazmanian (2013) que refere que esta dimensão não apresenta associações significativas com nenhuma das facetas do *mindfulness* e de Manova e Khoury (2023) e Tobin e Dunkley (2021) que salientam relações significativas inversas com todas as facetas *mindfulness*, excluindo a dimensão Observar. Com a variável Não Julgar apresenta uma associação negativa, sugerindo que a crítica extrema e a procura por padrões elevados contribuem para níveis mais altos de perfeccionismo. No que diz respeito à faceta Observar existe uma relação positiva, indicando que indivíduos perfeccionistas tendem a ser mais atentos e detalhistas nas suas experiências.

O domínio PSP não apresentou relação com a faceta Não Reagir, indicando que estas variáveis são independentes uma da outra. Apresentou associações significativas negativas com todas as facetas *mindfulness*, excetuando a faceta Observar que não exibiu associação significativa com este domínio, sugerindo que a capacidade de observar as experiências internas pode não ser suficiente para lidar com a pressão social. Este resultado é semelhante à literatura existente (Manova & Khoury, 2023; Short & Mazmanian, 2013), apenas difere na faceta Não Reagir, visto que estes autores salientaram uma relação significativa negativa. Pelo contrário, a investigação de Tobin e

Dunkley (2021) salientam apenas relações significativas com as facetas Observar e Não Julgar, sendo que a primeira é positiva e a segunda negativa. O perfeccionismo resultante da necessidade de satisfazer as expectativas de perfeição dos outros e de evitar críticas negativas, parece estar associado a uma menor consciência ao momento presente, a uma dificuldade de descrever as experiências internas e a uma atitude menos isenta de julgamento face a essas experiências (Manova & Khoury, 2023). Indivíduos mais *mindful* apresentam níveis de perfeccionismo mais baixos ao nível da pressão social (Short & Mazmanian, 2013).

A variável POO apenas exibiu associações significativas positivas com as facetas Agir com Consciência e Descrever, discordando da literatura (Manova & Khoury, 2023; Short & Mazmanian, 2013) que refere que esta dimensão não apresenta relações significativas com nenhuma das facetas do *mindfulness*. Relativamente à faceta Agir com Consciência, sugere-se que indivíduos com altos níveis de POO tendem a ser extremamente atentos e presentes nas suas ações, possivelmente como uma forma de reforçar as expectativas que têm dos outros. No que diz respeito à faceta Descrever, sugere que indivíduos que estabelecem altos padrões para os outros tendem a ter capacidades bem desenvolvidas para articular e comunicar essas expectativas.

No que diz respeito à análise realizada com o objetivo de perceber as diferenças no perfeccionismo entre indivíduos com PAI e indivíduos saudáveis, este estudo encontrou diferenças significativas na comparação dos dois grupos na generalidade das subescalas, bem como na escala total do perfeccionismo, excetuado a subescala POO. Os resultados sugerem que indivíduos com maior risco de desenvolver sintomatologia de PAI, apresentam níveis mais elevados de perfeccionismo. Estes dados corroboram a literatura existente que afirma que o perfeccionismo, atua como um fator de risco e de manutenção das PAI, sendo importante na intervenção desta perturbação (Cresswell et al., 2022; Egan

et al., 2011; Mohorić et al., 2022; Ralph-Nearman et al., 2024; Rand-Giovannetti et al., 2022; Stackpole et al., 2023). O facto de o POO não interferir significativamente no grupo com PAI e no grupo sem PAI, indica que não existe diferenças entre estes dois grupos, sugerindo que as expetativas dirigidas para os outos não são uma característica central para esta perturbação. De um modo geral, constatou-se que o grupo de estudantes com maior risco de desenvolver sintomatologia de PAI, apresentam maiores níveis de perfeccionismo.

Relativamente à comparação de indivíduos saudáveis e indivíduos mais propícios a desenvolver PAI, no que concerne as facetas de *mindfulness*, verificou-se que todas as subescalas assim como a escala total do *mindfulness* apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos, à exceção dos domínios Descrever e Não Reagir. Conclui-se que indivíduos saudáveis adotam uma postura mais *mindful*, apresentando capacidades como Não Julgar e Agir com Consciência. Porém, indivíduos com sintomatologia de PAI revelaram maiores níveis da faceta Observar, corroborando parcialmente o estudo de Sala e colaboradores (2022), que salienta uma associação positiva da faceta Observar às PAI, enquanto que as outras quatro facetas estão relacionadas a menor sintomatologia de PAI. O facto de a faceta Observar ser mais elevada em indivíduos com sintomatologia de PAI, sugere uma tendência de se focarem intensamente nas suas experiências internas, especialmente nas sensações corporais e emoções, o que pode contribuir para os sintomas de PAI.

Assim, seria benéfico intervenções de regulação emocional, bem como a implementação de MBIs nas universidades, que são úteis para desenvolver competências de *mindfulness*, promovendo uma postura de atenção plena, evitando comportamentos alimentares desadaptativos. Posto isto, constatou-se que os resultados vão de encontro à literatura existente, uma vez que quanto mais o indivíduo adotar uma postura *mindful*,

menor será a sua disposição para adquirir comportamentos alimentares disfuncionais, sendo que o *mindfulness* pode desempenhar um papel protetor das PAI (Miley et al., 2022; Sala et al., 2022; Wilson & O'Connor, 2017).

Como forma de averiguar o papel do *mindfulness* na relação entre o perfeccionismo e os comportamentos alimentares procedeu-se ao modelo da mediação. Ao utilizarmos a escala total como mediador, verificou-se que esta variável não desempenha um papel mediador significativo neste processo, sendo que o perfeccionismo afeta diretamente os comportamentos relacionados com as PAI, sugerindo que o *mindfulness*, enquanto construto global, pode não ser específico ou sensível o suficiente para captar os mecanismos pelos quais o perfeccionismo influencia estes comportamentos.

Ao se considerar as facetas Não Julgar e Observar como possíveis mediadores, observou-se uma mediação parcial no impacto do perfeccionismo sobre os comportamentos relacionados com as PAI, indicando que estas facetas explicam apenas uma parte do efeito do perfeccionismo, sendo que a maior parte do impacto ocorre diretamente do perfeccionismo para as PAI. Assim, intervenções focadas em melhorar estas faceta podem reduzir parcialmente o impacto negativo do perfeccionismo sobre estes comportamentos. A faceta Não Julgar apresentou um efeito mediador superior ao da faceta Observar, sugerindo que não julgar pensamentos ou experiências pode ser mais eficaz para reduzir os efeitos do perfeccionismo sobre as PAI, comparativamente com o ato de observar experiências internas (sem reagir ou interpretá-las).

6. Conclusão

O presente estudo pretendeu investigar a relação entre o perfeccionismo, o *mindfulness* e os comportamentos relacionados com as PAI, em estudantes da UAIG. Os resultados obtidos corroboraram parcialmente a literatura e forneceram contribuições para a compreensão dos fatores psicológicos e comportamentais associados ao risco de desenvolvimento das PAI.

Relativamente às diferenças entre os sexos, verificou-se que as mulheres apresentam níveis ligeiramente mais elevados nas dimensões Pressão Social para Comer e Agir com Consciência. Relativamente ao IMC, observou-se que os estudantes acima dos 18.5 kg/m² apresentaram níveis superiores de Preocupação com a Dieta e de Perfeccionismo Orientado para os Outros, enquanto que os estudantes abaixo dos 18.5 kg/m² demonstraram níveis mais elevados de Pressão Social para Comer. Reforçando a ideia de que o IMC por si só não é um fator suficiente para explicar os comportamentos alimentares disfuncionais, sendo necessário considerar um conjunto de fatores psicológicos e sociais.

Os dados indicaram que o perfeccionismo, particularmente nas dimensões do Perfeccionismo Auto-Orientado e Perfeccionismo Socialmente Prescrito, exerceu uma influência significativa sobre as PAI, sugerindo que sujeitos com níveis mais elevados de perfeccionismo demonstram maior propensão a apresentar comportamentos alimentares disfuncionais. O que corrobora a literatura existente que salienta o perfeccionismo como um fator de risco e manutenção fulcral no desenvolvimento das PAI, reforçando a necessidade de considerar esta variável nas intervenções desta perturbação.

Embora não se tenha encontrado uma relação significativa entre a prática global de *mindfulness* e os comportamentos alimentares disfuncionais, observou-se que estudantes que adotam uma postura de não julgamento apresentam menor risco de

desenvolver PAI, por outro lado, quanto mais observadores das experiências e dos comportamentos, mais propensão existe ao desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais.

Verificou-se que indivíduos mais perfeccionistas apresentam mais sintomatologia de PAI, enquanto que indivíduos que adotem uma postura mais *mindful* são considerados mais saudáveis e com menos risco de desenvolver PAI.

Relativamente ao papel mediador do *mindfulness* constatou-se apenas uma mediação parcial das facetas Não Julgar e Observar na relação entre o perfeccionismo e os comportamentos relacionados com as PAI.

Este estudo apresenta algumas limitações, como a recolha de dados *online*, que dificulta o esclarecimento de dúvidas e dificuldades no acesso a este tipo de plataformas, contudo também possibilita a disseminação do estudo através de partilhas, de modo mais eficaz e acessível à maioria da população alvo. O uso de instrumentos de autorrelato pode levar a enviesamentos e, desta forma, influenciar a precisão dos resultados. Verificou-se ainda uma discrepância nos sexos, no qual o número de participantes do sexo feminino era ligeiramente superior, podendo interferir nos resultados obtidos acerca das diferenças entre os sexos, visto a amostra não ser totalmente equilibrada. Por fim, a amostra foi de conveniência, visto que se focou nos estudantes da UAlg, podendo existir um viés de seleção que limita a aplicabilidade dos resultados a uma população mais ampla.

Por outro lado, esta investigação apresentou pontos fortes, como a contribuição para a literatura, especialmente em Portugal, acerca dos comportamentos alimentares, particularmente na abordagem da interação entre as PAI, perfeccionismo e *mindfulness*. Demonstrou a importância da promoção de estratégias de *mindfulness* nos estudantes universitários, particularmente naqueles que apresentem maior risco de comportamentos alimentares disfuncionais, bem como o desenvolvimento de diretrizes focadas no

perfeccionismo. A amostra foi considerada grande e heterogénea, com participantes de diferentes idades (dentro da faixa etária selecionada) e nacionalidades, permitindo uma capacidade de generalização.

Posto isto, investigações futuras, poderiam replicar o estudo para a população geral e clínica, de modo a amostra ser mais representativa. Utilizar um estudo longitudinal, que permita verificar a relação de causalidade das variáveis e possibilite aplicar programas de MBI's, que permita verificar a evolução dos sujeitos após a conclusão do programa. Como as redes sociais e os média estão muito presentes na atualidade seria interessante verificar o papel dos mesmos nas PAI e no perfeccionismo.

7. Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria. (2022). Perturbações da alimentação e ingestão. *Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (5^aed., texto revisto). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Awad, E., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Does self-esteem mediate the association between perfectionism and mindfulness among Lebanese university students? *BMC Psychology*, *10*(256), 2–8. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00964-9>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barlow, I. U., Lee, E., & Saling, L. (2024). Orthorexia nervosa versus healthy orthorexia: Anxiety, perfectionism, and mindfulness as risk and preventative factors of distress. *European Eating Disorders Review*, *32*(1), 130–147. <https://doi.org/10.1002/erv.3032>
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Berengüí, R., Angosto, S., Hernández-Ruiz, A., Rueda-Flores, M., & Castejón, M. A. (2023). Body image and eating disorders in aesthetic sports: A systematic review of assessment and risk. *Science and Sports*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2023.03.006>
- Braehler, C., Carvalho, C. B., Castilho, P., Macedo, A. F., Martins, M. J., & Pereira, A. T. (2020). *Mindfulness e compaixão na recuperação da psicose: Programa de intervenção COMPASS* (1st ed.). Pactor.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cresswell, C., Watson, H. J., Jones, E., Howell, J. A., & Egan, S. J. (2022). The role of compulsive exercise in the relationship between perfectionism and eating disorder pathology in underweight adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 47, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101683>
- Dikmeer, N., Ersöz Alan, B., & Foto Özdemir, D. (2024). The role of mindfulness on the psychological aspects of anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 15–29. <https://doi.org/10.1177/13591045231190675>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press
- Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R. & Wilson, G. (2008). Eating Disorders – A transdiagnostic protocol. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological disorders* (pp.578- 614). New York: Guilford.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5^a ed.). SAGE. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/discovering-statistics-using-ibm-spss-statistics/book257672>

- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-279. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_10
- 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(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hornberger, L. L., & Lane, M. A. (2021). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 147(1). <https://doi.org/10.1542/PEDS.2020-040279>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Kawamoto, A., Sheth, R., Yang, M., Demps, L. T., & Sevig, T. (2023). The role of self-compassion among adaptive and maladaptive perfectionists in university students. *Counseling Psychologist*, 51(1), 113-144. <https://doi.org/10.1177/00110000221129606>
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*, 11(4), 446-453. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005>
- Khadem, S., Fakhri, M. K., & Emadian, S. O. (2023). The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on rumination, perfectionism and thought-action fusion of

- women suffering from obsessive-compulsive disorder. *Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 105–117. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.11>
- Koutra, K., Mouatsou, C., & Psoma, S. (2023). The influence of positive and negative aspects of perfectionism on psychological distress in emerging adulthood: Exploring the mediating role of self-compassion. *Behavioral Sciences*, 13(11). <https://doi.org/10.3390/bs13110932>
- Lamarre, C., & Marcotte, D. (2021). Anxiety and dimensions of perfectionism in first year college students: The mediating role of mindfulness. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 71(6), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100633>
- Macêdo, P. F. C., Brito, E., Cunha, C. de M., Costa, P. R. de F., Araújo, M. da P. N., Martins, P. C., & Santana, M. L. P. (2024). Weight stigma is a predictor of disordered eating in Brazilian college students during the COVID-19 pandemic: A 16-month cohort follow-up. *Appetite*, 192, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107084>
- Manova, V., & Khoury, B. (2023). The relationship between mindfulness and perfectionism in university students during emerging adulthood. *Emerging Adulthood*, 11(4), 828–844. <https://doi.org/10.1177/21676968221126799>
- Mantzios M (2020) (Re)defining mindful eating into mind-ful eating behaviour to advance scientific enquiry. *Nutr Health* 27(4), 367–371. <https://doi.org/10.1177/0260106020984091>
- Miley, M., Egan, H., Wallis, D., & Mantzios, M. (2022). Orthorexia nervosa, mindful eating, and perfectionism: An exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders*, 27, 2869–2878. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01440-4>
- Mohorić, T., Pokrajac-Bulian, A., Anić, P., Kukić, M., & Mohović, P. (2023). Emotion regulation, perfectionism, and eating disorder symptoms in adolescents: the

- mediating role of cognitive eating patterns. *Current Psychology*, 42(32), 28505-28516. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03824-2>
- Mushtaq, T., Ashraf, S., Hameed, H., Irfan, A., Shahid, M., Kanwal, R., Aslam, M. A., Shahid, H., Koh-E-Noor, Shazly, G. A., Khan, M. A., & Jordan, Y. A. B. (2023). Prevalence of eating disorders and their association with social media addiction among youths. *Nutrients*, 15, 1–13. <https://doi.org/10.3390/nu15214687>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Cut-off for BMI according to WHO standards*. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/mn_survey_19-cut-off-for-bmi-according-to-who-standards/#id=32083
- Patarinski, A. G. G., Adams, L. M., & Fischer, S. (2023). Examining the relationship of eating disorder symptoms and perfectionism in men and women using two assessments of eating pathology. *Eating Behaviors*, 48, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101704>
- Perolini, C. M. (2011). *Mindfulness and perfectionism as predictors of physical and psychological well-being in college students* (doctoral dissertation). Fordham University (<https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3461892/>)
- Petisco-Rodríguez, C., Sánchez-Sánchez, L. C., Fernández-García, R., Sánchez-Sánchez, J., & García-Montes, J. M. (2020). Disordered eating attitudes, anxiety, self-esteem and perfectionism in young athletes and non-athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186754>

- Ralph-Nearman, C., Williams, B. M., Ortiz, A. M. L., & Levinson, C. A. (2024). Investigating the theory of clinical perfectionism in a transdiagnostic eating disorder sample using network analysis. *Behavior Therapy*, 55, 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.001>
- Rand-Giovannetti, D., Rozzell, K. N., & Latner, J. (2022). The role of positive self-compassion, distress tolerance, and social problem-solving in the relationship between perfectionism and disordered eating among racially and ethnically diverse college students. *Eating Behaviors*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101598>
- Robinson, K., Egan, S. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2024). A randomised controlled evaluation of an online perfectionism intervention for people with disordered eating—how perfect does it need to be? *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(3), 286–301. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2313739>
- Sala, M., Vanzhula, I., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2022). Mindfulness and Eating Disorders: A Network Analysis. *Behavior Therapy*, 53(2), 224–239. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.07.002>
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Short, M. M., & Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 716–721. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.026>
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults

- in Finland: A public health concern. *International Journal of Eating Disorders*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>
- Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., & Azevedo, M. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista portuguesa de psicossomática*, 5(1), 46-55. https://www.researchgate.net/publication/284322073_Escala_Multidimensional_de_Perfeccionismo_Adaptacao_a_Populacao_Portuguesa
- Soares, M. J., Macedo, A. F., Gomes, A. A., & Azevedo, M. H. A (2004). Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 25(1), 5-19. <https://www.researchgate.net/publication/293144178>
- Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 50, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101769>
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>
- Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S., & Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and difficulty controlling thoughts bridge eating disorder and obsessive-compulsive disorder symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 283, 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083>
- Wilson, D., & O'Connor, E. L. (2017). Mindfulness, personality and disordered eating. *Personality and Individual Differences*, 119, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.033>

You, S., & Yoo, J. (2021). Relations among socially prescribed perfectionism, career stress, mental health, and mindfulness in Korean college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 1–8.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182212248>