

Jéssica Sofia dos Reis Costa

**Mecanismos transdiagnósticos nas Perturbações da
Alimentação e da Ingestão em jovens universitários**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

Jéssica Sofia dos Reis Costa

**Mecanismos transdiagnósticos nas Perturbações da
Alimentação e da Ingestão em jovens universitários**

Mestrado 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

2023

Mecanismos transdiagnósticos nas Perturbações da Alimentação e da Ingestão em jovens 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

(Jéssica Sofia dos Reis Costa)

Copyright em nome de Jéssica Sofia dos Reis Costa

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

É com grande orgulho que termino esta etapa tão importante. Queria, por isso, destacar o meu agradecimento a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar, agradeço à Prof.^a Doutora Cláudia Carmo pela orientação fornecida, pela sua disponibilidade e partilha de conhecimentos, pelas correções e sugestões. Obrigada por ter sido o meu pilar, por toda a paciência e apoio disponibilizado. Obrigada por todos os incentivos para que conseguisse fazer ainda melhor. O mais genuíno obrigada pela confiança e por me ter ajudado a acreditar em mim.

A todos os docentes da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, já que tiveram um papel fundamental na minha formação em termos de obtenção dos conhecimentos necessários para o meu crescimento pessoal e académico.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade que demonstraram em colaborar na investigação e pelo tempo despendido.

Aos meus pais, por me terem dado a oportunidade única de frequentar o Ensino Superior. Por partilharem comigo a felicidade das pequenas conquistas e por me terem incentivado a continuar, mesmo nos momentos em que a dúvida e o cansaço pareciam vencer. Obrigada por serem os melhores pais do mundo, tudo o que sou devo a vocês.

Ao meu irmão, que viu tantas brincadeiras serem adiadas por eu ter de estudar. Obrigada pela compreensão e pelos “tu consegues mana” que eram ditos nos momentos mais angustiantes. É com orgulho que vejo o ser humano magnífico que te estás a tornar.

À minha avó, pelo apoio e pelos lanches deliciosos que me preparava nas pausas do estudo e que serviam de motivação para continuar por mais horas. A ti, avô, que tenho a certeza de que te orgulhas de mim aí em cima.

A todas as outras pessoas, com quem me cruzei neste percurso, o meu muito obrigada do fundo do coração.

Resumo

A saúde mental dos estudantes universitários tem despertado a atenção da comunidade científica devido ao aumento da prevalência e gravidade das psicopatologias nesta população. Os estudantes encontram-se num período vulnerável, pois para além da exposição a inúmeros fatores de stresse, situam-se na faixa etária em que surge a maioria das perturbações mentais. O aumento progressivo das preocupações sobre a alimentação e imagem corporal entre os universitários tem contribuído para que as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) estejam a aumentar no meio académico. Constituem um problema de saúde pública resultante da interação complexa de diversos fatores. O perfeccionismo é referido como uma característica central no desenvolvimento e manutenção das PAI. A desregulação emocional parece ser também um fator implicado na compreensão destas psicopatologias. Apesar do suporte teórico da temática, a investigação no contexto universitário português é praticamente omissa. O presente estudo procura analisar o contributo do perfeccionismo e da desregulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Participaram 269 estudantes universitários que responderam a um Questionário Sociodemográfico, ao Teste de Atitudes Alimentares-40, à Escala Multidimensional de Perfeccionismo e à Escala de Dificuldades de Regulação Emocional. A análise correlacional das atitudes e comportamentos alimentares com o perfeccionismo e com a desregulação emocional relevou-se positiva. A relação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar é parcialmente mediada pela desregulação emocional. Este estudo representa um contributo para a compreensão dos fatores envolvidos no comportamento alimentar, pois corrobora os conhecimentos sobre os mecanismos de manutenção destas perturbações e reflete sobre a interação das três variáveis em estudo, a qual está pouco fundamentada na literatura. Considerando que os primeiros sintomas antecipam o cumprimento dos critérios para diagnóstico clínico, explorar a presença destes fatores precocemente, permitiria prevenir prejuízos no funcionamento global dos estudantes, através do desenvolvimento de programas preventivos/interventivos na universidade.

Palavras-Chave: Dificuldades de regulação emocional, Estudantes universitários, Mecanismos de manutenção, Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental das PAI, Perfeccionismo, Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Abstract

The mental health of university students has attracted greater attention in the scientific community due to the increased prevalence and severity of psychiatric disorders in this population. Students are in a period of great vulnerability since, in addition to being exposed to numerous stress factors, they are in the age group in which many severe psychopathologies appear. The progressive increase in concerns regarding food and body image among students has contributed to an increase in Eating Disorders in the academic environment. These disorders are considered a public health problem, resulting from the complex interaction of several factors. Perfectionism has been pointed out as a central characteristic in the development and maintenance of Eating Disorders. Emotional dysregulation also seems to play an important role in these psychopathologies. Despite all the theoretical support on the topic, research in the portuguese university context is practically non-existent. The present study seeks to analyse the role of perfectionism and emotional dysregulation in attitudes and behaviours related to Eating Disorders. Participants were 269 university students who answered a Sociodemographic Questionnaire, the Eating Attitudes Test-40, the Multidimensional Perfectionism Scale and the Difficulties of Emotional Regulation Scale. The correlational analysis between dysfunctional eating behaviors, perfectionism and emotional dysregulation revealed positive associations. The relationship between perfectionism and eating behavior is partially mediated by emotional dysregulation. This study represents an important contribution as it corroborates the knowledge regarding the maintenance mechanisms of these disorders and reflects on the interaction of the variables under study, which is poorly substantiated in the literature. Considering that the first eating symptoms anticipate the fulfilment of the criteria for clinical diagnosis, exploring the presence of these factors prevent future losses in the overall functioning of these students, through the development of preventive/interventive programmes at the college.

Keywords: College students, Emotional regulation difficulties, Eating Disorders, Maintenance mechanisms, Perfectionism, Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders

Índice

Capítulo I – Enquadramento teórico	1
Saúde mental nos jovens universitários	1
Perturbações da Alimentação e da Ingestão	2
Perturbações da Alimentação e da Ingestão no contexto universitário	6
Etiologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão	9
Modelo Transdiagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	10
Perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão	13
Dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão	17
Interação entre o perfeccionismo e as dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	21
Capítulo II – Estudo empírico	23
Objetivos de investigação.....	23
Método	23
Desenho da Investigação	23
Participantes	24
Instrumentos	26
Questionário de caracterização sociodemográfica e axiológica.....	26
Teste de Atitudes Alimentares-40	26
Escala Multidimensional do Perfeccionismo	27
Escala de Dificuldades de Regulação Emocional	28
Procedimento.....	29
Procedimento de recolha de dados	29
Procedimento para tratamento de dados.....	30

Resultados	31
Análise descritiva	31
Análise correlacional das variáveis	35
Relação entre as dimensões do Teste de Atitudes Alimentares-40	35
Relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão	35
Análise da relação entre as dificuldades de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão	36
Análise do papel das dificuldades de regulação emocional na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI	37
Discussão.....	41
Conclusão	49
Referências bibliográficas	55
Anexos.....	63

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática do Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-Comportamental das PAI.....	11
Figura 2. Esquema Genérico do Modelo de Mediação da Desregulação emocional entre Perfeccionismo e as Atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.....	24
Tabela 2. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.....	32
Tabela 3. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos no perfeccionismo	33
Tabela 4. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas dificuldades de regulação emocional.....	34
Tabela 5. Correlação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	36
Tabela 6. Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão	37
Tabela 7. Efeito do Perfeccionismo nas Atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das Dificuldades de regulação emocional.....	38
Tabela 8. Efeito do perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Estratégias, Não-Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.....	39

Índice de Anexos

Anexo A. Pedido de colaboração para recolha dos dados	64
Anexo B. Consentimento informado	65

Lista de Siglas

AN: Anorexia Nervosa

APA: *American Psychological Association*

BN: Bulimia Nervosa

DERS: *Difficulties in Emotion Regulation Scale*

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAT-40: *Eating Attitudes Test- 40*

EDRS: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

EMP: Escala Multidimensional do Perfeccionismo

IMC: Índice de Massa Corporal

M: Variável Mediadora

MPS-H: *Multidimensional Perfectionism Scale*

PAI: Perturbação da Alimentação e da Ingestão

PAI-COE: Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação

PAI-NE: Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada

PAO: Perfeccionismo Auto-orientado

PIAC: Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

POO: Perfeccionismo Orientado para os Outros

PSP: Perfeccionismo Socialmente Prescrito

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

TAA-40: Teste de Atitudes Alimentares- 40

VD: Variável Dependente

VI: Variável Independente

Capítulo I – Enquadramento teórico

Saúde mental nos jovens universitários

O ingresso no ensino superior representa um acontecimento de vida marcante para a maioria dos estudantes (Sheldon et al., 2021). O período de transição e de adaptação ao contexto universitário exige o enfrentar de um ambiente desconhecido, capaz de gerar situações de elevado stresse e ansiedade no quotidiano destes jovens (Duffy et al., 2020).

A literatura indica que a separação da família e dos amigos representa um dos principais desafios para estes indivíduos, o qual surge acompanhado pela necessidade de estabelecer novas relações sociais (Duffy et al., 2020). Viver sozinho implica a adaptação a um extenso conjunto de papéis e o assumir de novas responsabilidades, tais como a gestão de um orçamento limitado e a gestão do tempo para inúmeras tarefas (académicas e não académicas) (Soares et al., 2015).

Frequentar o ensino superior implica ainda o confronto com um ambiente de ensino-aprendizagem mais complexo, que exige uma maior autonomia na aprendizagem, na gestão dos recursos (Soares et al., 2015) e a consequente gestão das expetativas pessoais e/ou parentais relativas ao rendimento académico (Duffy et al., 2020).

Aos desafios de natureza ecológica (decorrentes dos novos contextos de vida) e educativa (resultantes da educação superior), acrescem os desafios de natureza desenvolvimental, relacionados com a concretização de tarefas esperadas para a fase vital de um estudante tradicional: a adulez emergente (Sheldon et al., 2021).

Ainda que que a maioria dos jovens consiga superar adequadamente a diversidade de mudanças e desafios durante o ensino superior, outros experienciam estados emocionais negativos, que podem precipitar a retenção, o abandono ou a interrupção dos estudos (Soares et al., 2015). Sheldon et al. (2021) sublinham que a exposição simultânea à vulnerabilidade inerente à transição académica e desenvolvimental parece exacerbar as dificuldades psicológicas pré-existentes e, em alguns casos, precipitar o início ou a recorrência de perturbação mental.

Diversos autores sugerem estes indivíduos enquanto população de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, ao sustentarem que os seus níveis de saúde mental são tendencialmente inferiores aos da população geral (e.g., Arsandaux et al., 2021; Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

A preocupação da comunidade científica face aos problemas de saúde mental dos estudantes universitários advém do aumento da sua prevalência e da gravidade dos sintomas apresentados (Sheldon et al., 2021). Acresce o facto de esta sintomatologia se associar ao comprometimento do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e da qualidade de vida destes jovens (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019). Destaca-se ainda o prejuízo no percurso académico devido à diminuição do rendimento e do aumento da taxa de abandono escolar (Soares et al., 2015).

A fragilidade psíquica desta população encontra-se reportada na literatura recente. O relatório da *United Students* (2019) revelou que 17% dos estudantes inquiridos apresentava sintomas psicopatológicos, sendo este valor superior ao obtido em 2016 (12%). Este estudo, à semelhança do relatório anual do *Center for Collegiate Mental Health* (CCMH, 2021) - realizado com base em 55 156 estudantes universitários -, salienta que os estados ansiosos e depressivos dizem respeito às condições mentais mais frequentes nesta população.

O relatório internacional da *Association for University and College Counseling Center Directors* (AUCCCD, 2021) acrescentou que, para além da presença maioritária de estados ansiosos (61%) e depressivos (44%), eram frequentes as preocupações com a alimentação e imagem corporal (15%) entre os estudantes que procuravam atendimento psicológico. Lipson et al. (2022) mostraram que, no ano letivo 2020-2021, mais de 60% dos jovens universitários preenchia os critérios para pelo menos um problema de saúde mental, o que representa um aumento de quase 50% em relação a 2013.

Ainda que a literatura indique uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e de perturbações depressivas na população universitária (AUCCCD, 2021), o aumento das preocupações relacionadas com a alimentação, peso e imagem corporal tem contribuído para que as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) estejam a aumentar no meio académico (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

Perturbações da Alimentação e da Ingestão

As PAI têm sido alvo de atenção pela comunidade científica por representarem uma condição clínica com consequências graves ao nível do funcionamento físico e psicossocial dos indivíduos que as apresentam (Schmidt et al., 2016).

Estas perturbações são consensualmente descritas como quadros psicopatológicos de natureza crónica, caracterizados por alterações persistentes e significativas nas atitudes e nos

comportamentos alimentares, e por uma preocupação excessiva relativa ao peso e à forma corporal (American Psychological Association [APA], 2013). Encontram-se associadas a uma ideia sobrevalorizada da magreza e a um medo despropositado de engordar, que conduz tendencialmente a alterações no comportamento alimentar para evitar o aumento de peso.

Não obstante o acima referido, a existência de preocupações com a alimentação e com o peso são comuns na população geral, pelo que não devem ser interpretadas como um critério determinante de uma PAI (Hilbert et al., 2014). Somente quando estas preocupações assumem um papel central na vida dos indivíduos - ao interferem no seu funcionamento psicossocial e ao colocarem a sua vida em risco - devem receber atenção clínica (APA, 2013).

Estas perturbações caracterizam-se por uma evolução prolongada e têm associado um elevado risco de mortalidade, como resultado de complicações médicas ou de um risco acrescido de suicídio (Schmidt et al., 2016). A APA (2013) refere ainda comorbilidades entre as PAI e outras perturbações mentais, nomeadamente, a Perturbação Depressiva, Bipolar, Obsessivo-Compulsiva, de Ansiedade e as Perturbações de Personalidade.

Conforme a última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2013), a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), a Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, as PAI com Outra Especificação (PAI-COE) e as Não Especificadas (PAI-NE) correspondem às seis categorias nosológicas de PAI mais comuns na adolescência e na idade adulta.

No que respeita à AN, esta perturbação caracteriza-se por uma restrição voluntária e marcada do consumo energético relativamente às necessidades individuais, que visam alcançar o ideal de magreza e que se refletem num peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. O medo intenso de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente, leva a que apresentem comportamentos que interferem com o aumento de peso. O diagnóstico de AN implica a presença de uma perturbação na apreciação do próprio peso ou forma corporal e a ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso apresentado. A constante perda de peso conduz a uma significativa morbidez a nível biológico, psicológico e social levando, por vezes, à morte do indivíduo (APA, 2013).

O DSM-5 distingue dois subtipos de AN (APA, 2013). O subtipo restritivo respeita a indivíduos que recorrem a dietas, ao jejum e/ou que praticam excessivamente exercício físico,

enquanto na anorexia do tipo compulsão alimentar purgativa os sujeitos recorrem a episódios de ingestão alimentar compulsiva e/ou a comportamentos purgativos para perder peso.

No que se refere à BN, caracteriza-se por ciclos de dieta restrita que se alternam com momentos em que os indivíduos comem excessivamente e apresentam comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso (e.g., vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos). Os pacientes com BN ingerem, num espaço curto de tempo, uma quantidade de alimentos muito maior à que a maioria das pessoas conseguiria em circunstâncias semelhantes. Estes episódios de compulsão caracterizam-se pela ingestão de alimentos com elevado teor calórico e pelo relato de falta de autocontrolo do comportamento alimentar, com consequentes sentimentos de vergonha e angústia. Segundo o DSM-5, o diagnóstico implica a presença desta sintomatologia pelo menos uma vez por semana, durante um período de três meses (APA, 2013).

A APA (2013) distingue a BN de subtipo purgativo, no qual o indivíduo recorre ao vômito, a laxantes e a diuréticos, e o subtipo não purgativo, onde os comportamentos compensatórios se restringem à prática excessiva de exercício físico ou ao jejum. Ressaltasse que a BN se diferencia da AN no que respeita ao peso, pois a generalidade dos pacientes com BN apresenta peso normal ou acima do normal.

No que respeita à PIAC, a característica principal é a ocorrência de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, aos quais se associam três (ou mais) dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida que o habitual; comer até que se sinta desconfortavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não ter fome; comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade; e sentir-se desgostoso consigo, deprimido ou com grande culpa, após o episódio compulsivo (APA, 2013). Este diagnóstico implica que os episódios ocorram pelo menos uma vez por semana, durante três meses. Ao contrário do que ocorre na BN, os indivíduos com PIAC não recorrem a comportamentos compensatórios inapropriados.

A Perturbação da Alimentação Restritiva/Evitante é caracterizada pelo fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas, conjuntamente com um ou mais dos quatro sintomas que se seguem: perda de peso significativa; deficiência nutricional significativa; dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais; e interferência marcante no funcionamento psicossocial do indivíduo (APA, 2013).

Por fim, embora se caracterizem pelos sintomas característicos de uma PAI, as PAI-COE e as PAI-NE não preenchem por completo os critérios de diagnóstico para nenhuma das entidades clínicas referidas (APA, 2013).

Pela breve descrição apresentada, denota-se que os quadros clínicos de PAI apresentam um elevado número de características comuns (Fairburn et al., 2003). Estes autores realçam ainda que é frequente observar-se uma tendência para os sujeitos oscilarem entre os diferentes diagnósticos. Esta migração e instabilidade diagnóstica parecem mais o reflexo da evolução da expressão psicopatológica do que a manifestação de condições clínicas distintas.

A investigação e a experiência clínica têm sugerido que, embora ambos os sexos se assemelhem quanto à tipologia de comportamentos de controlo do peso e da forma corporal, diferem entre si na frequência com que os praticam (Striegel-Moore et al., 2009). Com uma amostra de 3714 mulheres e 1808 homens entre os 18 e os 35 anos, estes autores indicaram que a percentagem de mulheres que recorria a comportamentos de verificação (22.5%) e de evitamento corporal (11.3%), ou que vomitava após episódios de compulsão alimentar (3.7%) era significativamente superior à verificada nos indivíduos do sexo masculino.

Estas estratégias disfuncionais surgem como um dos meios frequentemente utilizados na procura de uma imagem ideal, muitas vezes irrealista e desajustada (Fitzsimmons-Craft et al., 2016). A ritualização destes comportamentos tende a agravar-se podendo, em casos mais graves, evoluir para um diagnóstico de psicopatologia alimentar (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

Ainda que não apresentem uma elevada prevalência na população geral, a investigação tem revelado um aumento de casos com PAI, sobretudo na população feminina com idades entre os 15 e os 30 anos (Galmiche et al., 2019). Numa revisão sistemática sobre a prevalência das PAI, estes autores indicaram um aumento de 3.5% para 7.8% na população geral, entre 2000 e 2018.

A meta-análise de Santomauro et al. (2021) revelou que, de entre estas perturbações, as condições clínicas mais frequentes na população geral consistiam na PIAC e nas PAI-COE. A revisão sistemática de Qian et al. (2022) indicou dados semelhantes, ao evidenciar uma prevalência superior de PIAC (1.53%), seguindo-se da BN (.63%) e da AN (.16%). Em conformidade com o DSM-5 (APA, 2013), estes últimos autores apresentaram que a prevalência de PAI era superior nas mulheres (2.58%), comparativamente ao sexo masculino (1.89%). Ressalvam ainda que os Estados Unidos e os países da Europa Ocidental são os que

apresentam o maior número de casos destas perturbações, provavelmente devido ao culto do corpo que vigora atualmente.

Ainda no contexto da prevalência, a meta-análise de Khraisat et al. (2022) exibiu um aumento da gravidade dos quadros de PAI durante a Pandemia de Covid-19, como resultado dos inúmeros fatores que lhe estavam inerentes (e.g., restrições governamentais; isolamento e consequente redução do suporte social; aumento de alimentos nas dispensas das habitações).

Não obstante a literatura referenciar as PAI como num fenómeno transversal a toda a sociedade (Galmiche et al., 2019), a investigação tem dado maior destaque aos contextos que parecem potenciar o desenvolvimento de padrões alimentares disfuncionais, entre os quais se destaca o contexto universitário (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

Perturbações da Alimentação e da Ingestão no contexto universitário

A pertinência de estudar o comportamento alimentar nos jovens universitários justifica-se pela revisão de literatura realizada indicar que a prevalência das PAI é superior à encontrada na população geral (e.g., Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

No que respeita ao contexto universitário português, os dados disponíveis são bastante limitados (Ribeiro et al., 2014). Em 2004, com uma amostra de 486 mulheres, Machado et al. (2004) indicaram que 6% preenchia os critérios de diagnóstico para BN, 10.3% cumpria os da PIAC e .2% preenchia os critérios de AN. O mesmo autor, em 2007, revelou uma prevalência global de PAI de 3.06%, também em estudantes do sexo feminino. As PAI-NE representavam o diagnóstico mais comum com 2.37%, seguindo-se a AN com .39% e a BN com .3%. Por sua vez, Ribeiro et al. (2014) verificaram que apesar de 9.6% da sua amostra reportar episódios de compulsão alimentar, apenas .5% apresentava PIAC.

Relativamente ao contexto universitário internacional, as investigações são mais numerosas (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

Kronfof et al. (2018) avaliaram a prevalência de problemas psiquiátricos entre 952 estudantes universitários do Líbano e do Qatar, e compararam-na à prevalência verificada em 889 estudantes americanos. No que se refere às PAI, obtiveram uma prevalência de 20.4% nos países árabes, sendo este valor superior ao verificado nos estudantes da universidade de Michigan, na América (6.8%). Para os autores, estes resultados podem dever-se a questões

sócio culturais que contribuem para que os estudantes de Leste sejam confrontados com mais desafios financeiros, políticos e/ou psicossociais durante a vida académica, e também à reduzida disponibilidade de serviços e/ou recursos para lidar com tais adversidades.

Com uma amostra de 4894 indivíduos provenientes de 28 universidades americanas, Fitzsimmons-Craft, Balantekin, et al. (2019) apuraram que 20.3% dos estudantes estava positivo para uma possível PAI clínica ou subclínica (excluído a AN), valor este superior ao da investigação anterior. No caso concreto da AN, foi obtido um valor de 3.7%.

Não obstante a prevalência clínica apresentada nos jovens universitários, a literatura refere valores mais elevados de sintomatologia subclínica (Fitzsimmons-Craft, Balantekin, et al., 2019; Kelly-Weeder, 2011). Diversos autores sugerem que estes valores advêm da vulnerabilidade individual para as PAI e de fatores relacionados com a transição desenvolvimental que, quando conjugados com a experiência universitária, precipitam o aparecimento dos sintomas e podem culminar numa PAI (e.g., Quick & Byrd-Bredbenner, 2016; Soares et al., 2015).

Neste seguimento, considera-se relevante salientar o facto de o ano académico ser pautado por períodos extenuantes que, em caso de uma gestão inadequada do tempo ou de falta de competência para a confeção dos alimentos, pode contribuir para que alguns estudantes prescindam das refeições principais (Quick & Byrd-Bredbenner, 2016). Como resultado, é comum a prática de uma alimentação pouco saudável e de rápida preparação, maioritariamente caracterizada pela ingestão de alimentos calóricos. Esta situação torna-se mais preocupante no caso dos indivíduos que compensam os excessos com períodos posteriores de restrição alimentar e/ou de purga, por forma a reduzir possíveis preocupações com o peso corporal (Kelly-Weeder, 2011).

Fitzsimmons-Craft et al. (2016) acrescentam que a pressão social para alcançar um corpo perfeito potencia comparações entre indivíduos, aspeto este muito presente no contexto académico devido ao convívio diário a que os estudantes estão sujeitos. Numa amostra de 232 jovens universitárias, verificaram que as comparações sociais quanto à forma corporal, à alimentação e à prática de exercício tendiam a potenciar pensamentos e tentativas de mudança disfuncionais que visavam alcançar os padrões de beleza vigentes.

Sugerem também que a elevada importância que os jovens adultos tendem a atribuir ao julgamento dos pares parece afetar a (in)satisfação com a sua imagem corporal e refletir-se em comportamentos prejudiciais à saúde, dos quais emergem em primeiro plano os relacionados

com as PAI (Fitzsimmons-Craft et al., 2016). Yu et al. (2018) alegam ainda que, em comparação com o sexo masculino, são as estudantes que reportam mais preocupações com a alimentação e com o peso, manifestando também um número mais elevado de comportamentos alimentares disfuncionais.

Quando o comportamento alimentar é disfuncional, consoante a gravidade de tal disfuncionalidade, o indivíduo entra em risco de desenvolver uma PAI (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019). Com 133 universitários do sexo masculino, Turel et al. (2018) mostraram que 10.5% da amostra se encontrava nesta situação. Podem ainda referenciar-se outros estudos nos quais o risco elevado estava presente em 20.5% (França) (Tavolacci et al., 2015), 11.5% (nações do Sudeste asiático) (Pengpid & Peltzer, 2018), 35.7% (Estados Unidos) (Fitzsimmons-Craft, Balantekin, et al., 2019) e 13.9% dos estudantes (Malásia) (Chan et al., 2020).

Esta realidade parece preocupante pois, mesmo que os critérios de diagnóstico para PAI não estejam rigorosamente reunidos, os comportamentos e as atitudes exibidos por estes indivíduos continuam a poder comprometer a sua saúde (Haynos et al., 2018). Wacker (2018) ressalta que a diferença entre a sintomatologia clínica e subclínica é de natureza quantitativa. Deste modo, os estudantes que a apresentam manifestam os mesmos sintomas que aqueles com diagnóstico clínico, diferindo apenas em termos de frequência e gravidade.

Lipson e Sonnevile (2017) denotaram que, no mês anterior ao seu estudo, 40.2% dos jovens tinha experienciado pelo menos um episódio de alimentação compulsiva, e que 30.2% tinha recorrido a comportamentos compensatórios. Do mesmo modo, Haynos et al. (2018) concluíram que, numa amostra de 98 estudantes universitárias, 48% incorria em comportamentos de restrição alimentar. Também Mikhail e Kring (2019) obtiveram que, de entre 53 alunas, 41.5% restringia a alimentação e 30.2% apresentava indícios de compulsão alimentar, recorrendo à alimentação como estratégia para lidar com situações de stresse físico e mental.

No parecer de Jacobi e colaboradores (2011), é de extrema importância identificar atempadamente a presença desta sintomatologia para evitar a evolução para quadros clínicos mais graves. Os autores justificam-no por terem verificado que, de entre as jovens universitárias em risco de desenvolver uma PAI, 11.2% preenchia os critérios para uma perturbação (sub)clínica desta tipologia após um período de três anos.

Ainda que a experiência universitária seja indicada como um fator de risco para o desenvolvimento e exacerbação de atitudes e comportamentos relacionados com estas

perturbações (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019), nem todos os indivíduos expostos a um mesmo contexto académico evoluem para PAI (Donahue et al., 2018). Assim, urge a pertinência de compreender a sua etiologia e os fatores que predis põem determinados indivíduos ao seu desenvolvimento e manutenção (Schaumberg et al., 2017).

Etiologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

A literatura firma que, à semelhança de outras perturbações mentais graves, não existe um fator etiológico que seja capaz de explicar isoladamente o desenvolvimento das PAI (Schaumberg et al., 2017). O seu desenvolvimento parece resultar da interação de um conjunto de vulnerabilidades sob a forma de fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

Apesar de a maioria dos jovens da cultura ocidental estar exposta a pressões culturais para a magreza (Francisco et al., 2015), existem outros fatores de risco e/ou de proteção - genéticos e ambientais - que contribuem para que o comportamento alimentar apresentado seja mais ou menos adaptativo (Hilbert et al., 2014). Destacam-se os fatores familiares (e.g., atitudes parentais em relação ao peso; padrões alimentares e interação familiar), socioculturais (e.g., prática de desportos que exigem corpos magros), biológicos (e.g., influência genética sob o peso) (Schaumberg et al., 2017), e determinadas características psicológicas (e.g., autoestima e perfeccionismo) (Fairburn et al., 2003). Não obstante a variedade de fatores envolvidos nestas perturbações, a presente investigação incidirá apenas nas variáveis transdiagnósticas indicadas por Fairburn et al. (2003) como fatores responsáveis pela manutenção das PAI.

O principal argumento para propor um modelo transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003) respeita às inúmeras observações clínicas que confirmam que as semelhanças entre os diversos quadros de PAI impactam de modo clinicamente mais significativo do que aquilo os distingue. Associado ao facto de estas perturbações partilharem características psicopatológicas (gerais e específicas), a tendência para migrar entre as diferentes categorias de diagnóstico sugere ainda a existência de um mecanismo comum envolvido na sua manutenção.

Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

O modelo proposto por Fairburn et al. (2003) encontra-se empiricamente validado e, segundo a revisão de literatura de Almeida e Marinho (2021), é o que oferece melhor suporte à intervenção clínica no âmbito das PAI. Desenvolvido a partir da terapia cognitivo-comportamental tradicional, defende que estas perturbações partilham um núcleo psicopatológico de natureza distinta dos restantes quadros clínicos (Fairburn, 2008). Este processo psicológico central consiste na sobrevalorização do peso, da forma corporal e do respetivo controlo, sendo semelhante em sujeitos de ambos os sexos e de diferentes idades.

Enquanto a generalidade dos indivíduos se autoavalia através do desempenho em diversos domínios da sua vida (e.g., sucesso na escola, no trabalho, nas relações interpessoais), os sujeitos com PAI avaliam-se sobretudo através da perceção que têm do seu corpo e da capacidade de controlo que têm na sua alimentação e aparência física (Fairburn et al., 2003).

Fairburn et al. (2003) substanciam que esta sobrevalorização característica das PAI é responsável pela persecução de dietas restritivas, caracterizadas por regras excessivamente rígidas e específicas. A restrição alimentar tende a provocar uma perda de peso significativa, que funciona como reforço do próprio comportamento restritivo e como padrão a partir do qual estes indivíduos estabelecem objetivos pessoais e fundamentam a autoavaliação.

Em alguns casos, a rigidez do padrão restritivo origina uma condição de fraqueza extrema devido à reduzida/ausente alimentação (Fairburn et al., 2003). Este estado denomina-se inanição e é característico da AN.

Ainda que, num momento inicial, o cumprimento deste padrão alimentar e a perda de peso conseguida sejam razoavelmente fáceis de manter, a médio/longo prazo assumem contornos irrealistas para a maioria dos sujeitos (Fairburn, 2008). Consequentemente, podem conduzir determinados indivíduos a abandonar temporariamente as tentativas de restrição e refletir-se em episódios de ingestão alimentar compulsiva. Note-se que estes episódios não surgem aleatoriamente (Fairburn et al., 2003). O mais comum é que ocorram em resposta às dificuldades das suas vidas e às mudanças de humor associadas. Comer compulsivamente parece distrair os indivíduos das suas preocupações e melhorar, por um tempo, os estados de humor adversos.

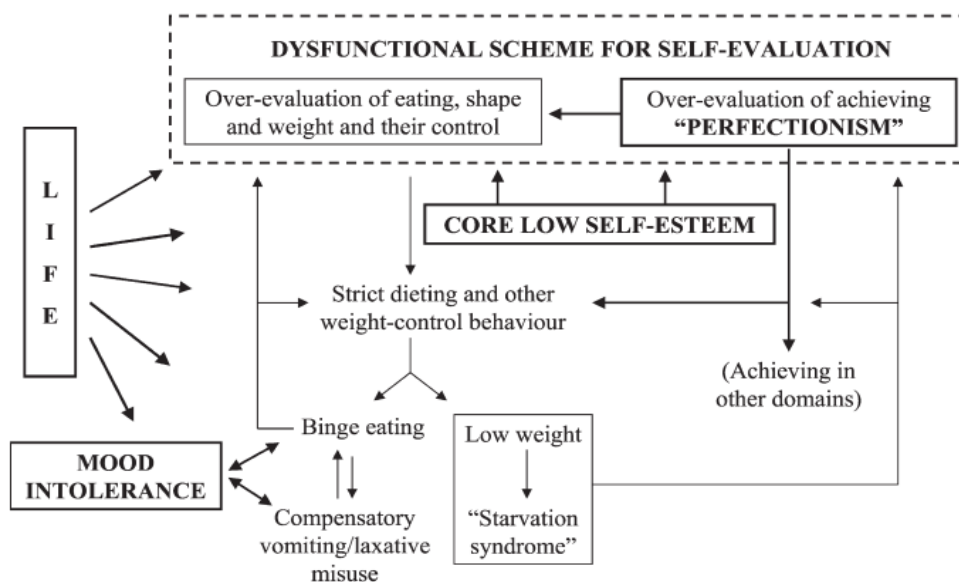
Uma vez que o sujeito não se permite errar no domínio alimentar, qualquer incumprimento das regras autoimpostas (e.g., “só vou comer duas colheres de arroz por refeição”) é interpretado como um fracasso pessoal (Fairburn, 2008). São habitualmente seguidos de sentimentos de culpa e angústia devido à perda de controlo e aos possíveis efeitos dos episódios de compulsão no corpo. Ademais, é comum serem procedidos por comportamentos purgativos (e.g., vômito autoinduzido; uso de laxantes e/ou diuréticos; prática excessiva de exercício)¹.

A purga pode ser não compensatória ou compensatória (Fairburn, 2008). No primeiro caso, funciona como uma rotina de manutenção do peso (semelhante à restrição alimentar). Já os comportamentos compensatórios visam interromper, temporariamente, o desconforto advindo da compulsão alimentar e evitar o ganho ponderal advindo desses episódios². Este ciclo potencia a planificação de regras mais rígidas e aumenta a probabilidade da reocorrência de falhas, o que reforça a manutenção do processo psicopatológico.

A Figura 1 contempla a representação esquemática do Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental das PAI (Fairburn et al., 2003).

Figura 1

Representação esquemática do Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental das PAI



Nota. Adaptado de “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment”, de Fairburn et al., 2003, *Behaviour research and therapy*, 41(5), p. 523.

¹ Os comportamentos purgativos ocorrem em todas as PAI, à exceção da PIAC.

² A crença equivocada na eficácia dos comportamentos compensatórios para evitar a absorção de calorias contribui para a sua permanência no repertório comportamental do indivíduo.

Como indicado na Figura 1, Fairburn et al. (2003) assumem que, em alguns indivíduos, existem outras variáveis que interagem com o mecanismo central das PAI e que contribuem para a manutenção da sintomatologia. Estes mecanismos adicionais consistem nas dificuldades interpessoais, na baixa autoestima, no perfeccionismo clínico e nas dificuldades de regulação emocional (*mood intolerance*)³.

A presença destes mecanismos parece explicar o motivo pelo qual apenas alguns indivíduos evoluem para quadros clínicos, mesmo quando experienciam contextos stressores semelhantes (Fairburn, 2008). Os autores sublinham que estas quatro variáveis não operam necessariamente em simultâneo em todos os pacientes com PAI, podendo algumas ser mais significativas para determinados indivíduos.

Na presente redação, explorar-se-ão dois destes mecanismos adicionais, o perfeccionismo clínico e as dificuldades de regulação emocional. A revisão de literatura de Limburg et al. (2017) e a meta análise de Prefit et al. (2019) confirmam-nos enquanto fatores transdiagnósticos envolvidos nas PAI.

Adicionalmente, a decisão de estudar o perfeccionismo no contexto universitário advém de este apresentar, entre os quatro mecanismos adicionais abordados, o principal contributo na interação com o mecanismo nuclear das PAI (Fairburn et al., 2003). Acresce o facto de as tendências perfeccionistas se revelarem uma preocupação crescente nos *campus* universitários, devido à elevada pressão experienciada em relação aos diferentes domínios da vida dos estudantes (Fitzsimmons-Craft et al., 2016). Por sua vez, optou-se pelo estudo das dificuldades de regulação emocional pois, para além de se ter conhecimento de que é uma variável implicada nestas perturbações (Fairburn, 2008), a investigação recente tem mostrado um efeito significativo desta variável na relação entre o traço perfeccionista e o comportamento alimentar (e.g., Donahue et al., 2018).

Atendendo ao supramencionado, priorizou-se o estudo de ambas as variáveis nos estudantes da Universidade do Algarve.

³ Fairburn et al. (2003) recorrem a esta terminologia para se referirem às dificuldades em lidar com os estados emocionais (dificuldades de regulação emocional).

Perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

No Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental das PAI (Fairburn et al., 2003), o perfeccionismo surge denominado como perfeccionismo clínico⁴. Este aspeto deve-se ao modelo contemplar somente o perfeccionismo clinicamente significativo.

Os autores descrevem-no como um traço de personalidade que se caracteriza pela tendência para estabelecer padrões de funcionamento excessivamente elevados, acompanhados por autoavaliações críticas e pelo medo intenso de falhar um objetivo desejado (Fairburn et al., 2003). Este traço é ainda marcado pela tendência para a preocupação exagerada com os erros, para a ruminação e generalização de falhas.

O modelo de Fairburn et al. (2003) contempla que os indivíduos com níveis elevados de perfeccionismo clínico tendem a perpetuar expectativas irrealistas relativamente à sua alimentação e aparência física. Nos indivíduos com PAI, os padrões perfeccionistas refletem-se nas tentativas de controlo absoluto no domínio alimentar e corporal, e visam atingir a aparência idealizada (Fairburn, 2008). A constante pressão para alcançar a perfeição resulta inevitavelmente em medo de fracassar, vivido sob a forma de medo de engordar ou de ter episódios de voracidade alimentar.

A tendência para dirigirem seletivamente a atenção para o seu desempenho (e.g., através da contagem de calorias consumidas, de medições repetidas do peso, de verificações corporais ao espelho), a emergência de autocrítica e desvalorização pessoal aquando de qualquer falha são também manifestações do perfeccionismo clínico no domínio alimentar (Fairburn et al., 2003).

As sucessivas autoavaliações negativas potenciam a vulnerabilidade para as PAI, encorajando a uma procura mais determinada dos objetivos e das tentativas de controlo valorizadas (Fairburn, 2008). O autor menciona que este ciclo é reforçado sempre que o indivíduo percebe que controla o seu valor pessoal através dos padrões alimentares (disfuncionais), sendo este o mecanismo pelo qual o perfeccionismo assegura a manutenção da sintomatologia de PAI.

Como se pode verificar, Fairburn et al. (2003) defendem uma visão unidimensional extremamente direcionada para os aspetos psicopatológicos do perfeccionismo. No entanto, a

⁴ A Figura 1 evidencia que o perfeccionismo funciona como um sistema de autoavaliação - semelhante ao mecanismo central das PAI – no qual o valor pessoal é julgado através do esforço e do (in)sucesso na concretização das suas expectativas.

revisão de literatura de Fang e Liu (2022) refere autores que consideram uma vertente alternativa deste traço, com um caráter funcional (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991).

A visão multidimensional sustentada por esses autores integra componentes auto e hétero-orientadas do perfeccionismo. Hewitt e Flett (1991)⁵ atribuem-lhe uma dimensão intrapessoal, denominada Perfeccionismo Auto-orientado (PAO), e duas dimensões interpessoais, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO).

A análise fatorial realizada por Frost et al. (1993) permitiu identificar quais as dimensões deste traço que se encontravam associadas às vertentes adaptativa e disfuncional do perfeccionismo⁶. Por conseguinte, inúmeros estudos têm procurado analisar a relação entre este traço de personalidade, as respetivas dimensões e o comportamento alimentar em população clínica e não clínica (e.g., Longo et al., 2021).

Segundo a revisão de literatura de Farstad et al. (2016), as investigações da última década indicam que indivíduos com diferentes diagnósticos de PAI apresentam valores mais elevados de perfeccionismo, comparativamente a grupos de controlo. A meta-análise intitulada “Anorexia nervosa and perfectionism” (Norris et al., 2019) evidenciou que os indivíduos com AN tendiam a ser mais perfeccionistas do que os indivíduos de grupos não-clínicos ou com outras perturbações psiquiátricas. Não foram encontradas diferenças significativas entre a AN e a BN a respeito deste traço, o que parece corroborá-lo enquanto um dos mecanismos comuns a estas perturbações (Fairburn et al., 2003).

Mais recentemente, Longo et al. (2021) avaliaram os níveis de perfeccionismo de 207 indivíduos com AN e de 292 não-clínicos. À semelhança de estudos anteriores (e.g., Farstad et al. 2016), a percentagem de indivíduos com níveis elevados de perfeccionismo era significativamente superior no grupo clínico (30%), quando comparada com o grupo de controlo (16.1%). Os indivíduos com AN que apresentavam níveis médios/elevados de

⁵ O PAO corresponde à tendência para estabelecer para si normas rigorosas e padrões de desempenho exigentes, muitas vezes impossíveis de cumprir (Hewitt e Flett, 1991). Assemelha-se ao perfeccionismo clínico de Fairburn et al. (2003). O PSP respeita à crença de que os outros o avaliam rigorosamente e que exercem pressão para que seja perfeito. O POO envolve crenças e expectativas relativas às capacidades de outros indivíduos significativos, para as quais o sujeito estabelece normas irrealistas e exige que cumpram os padrões elevados.

⁶ O perfeccionismo adaptativo é representado pelo fator Esforço Positivo (*Positive Achievement Striving*), composto pelas dimensões POO, PAO (Hewitt & Flett, 1991), Padrões Pessoais e Organização (Frost, et al., 1990). O perfeccionismo disfuncional é representado pelo fator Preocupações Avaliativas Desadaptativas (*Maladaptive Evaluative Concerns*), composto pelo PSP (Hewitt & Flett, 1991), Críticas Parentais, Expectativas Parentais, Dúvidas sobre as Ações Pessoais e Preocupação excessiva com os erros (Frost, et al., 1990).

perfeccionismo manifestavam sintomas mais severos de psicopatologia alimentar, o que sugere o valor prognóstico deste traço de personalidade.

À semelhança do que ocorria no grupo clínico, Longo e colaboradores (2021) concluíram que valores elevados de perfeccionismo no grupo de controlo se associavam a sintomatologia subclínica de PAI nos indivíduos com maior vulnerabilidade para estas perturbações.

A relação entre o traço perfeccionista e o comportamento alimentar no contexto universitário é igualmente estudada há inúmeras décadas. Hewitt et al. (1995), numa amostra de 81 estudantes do sexo feminino, encontraram que enquanto o PSP se associava a sintomatologia geral de PAI, o PAO associava-se somente a sintomas anoréticos (e.g., comportamentos restritivos e preocupações sobre ser magro). No caso do POO, não foi encontrada qualquer associação com estas perturbações.

Um estudo realizado por Sherry et al. (2003), com uma amostra de 220 estudantes do ensino superior indicou que tanto o PSP, como o PAO se relacionavam com os comportamentos alimentares disfuncionais em ambos os sexos. Os autores verificaram ainda que, nas mulheres, os níveis de PSP moderavam o impacto do PAO nesta sintomatologia. Estes resultados sugerem que, se as estudantes que apresentam valores elevados numa destas dimensões estão em risco de desenvolver PAI, as que os apresentam simultaneamente no PSP e no PAO encontram-se numa posição de maior vulnerabilidade face a estas perturbações.

Com 406 estudantes do ensino superior, Bardone-Cone (2007) obtiveram que os indivíduos com maior sintomatologia bulímica pontuavam significativamente mais elevado nas dimensões PSP e PAO da Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991). À semelhança de estudos anteriores (e.g., Hewitt et al., 1995), o comportamento alimentar restritivo associava-se somente a valores elevados de PAO.

Em Portugal, Macedo et al. (2007) sublinharam que, no sexo feminino, o PAO e o PSP prediziam significativamente a pontuação total do EAT e duas das suas dimensões: Preocupação com a dieta e Comportamento bulímico. No sexo masculino, foi o PSP que se evidenciou como preditor da pontuação total do EAT, do Comportamento bulímico e da Pressão social para comer.

Com a realização de um estudo longitudinal de dois anos, Soares et al. (2009) mostraram que apresentar perfeccionismo elevado no momento inicial de avaliação, estava prospectivamente associado a comportamentos alimentares disfuncionais nas estudantes

universitárias. Mais concretamente, o PAO foi o único preditor da Preocupação com a Dieta e da pontuação total do EAT, um e dois anos após a avaliação inicial. Já o PSP foi a única dimensão a prever a Pressão Social para Comer – nos dois momentos de avaliação – e o Comportamento Bulímico – apenas no primeiro ano. Estes resultados sustentam o perfeccionismo enquanto fator de risco para as PAI (Sherry et al., 2003).

Ainda no contexto universitário, Stoeber et al. (2016) notaram associações positivas entre o PSP e as preocupações com a alimentação/corpo, a incapacidade para controlar comportamentos bulímicos e o recurso a estratégias compensatórias. Esta dimensão perfeccionista evidenciou ainda relacionar-se com eventuais pressões exercidas por outros para aumentar o peso. Quanto ao PAO, os resultados convergem com Bardone-Cone (2007).

No parecer de Solomon-Krakus e colaboradores (2022), a relação entre o perfeccionismo e as PAI podia ser melhor delineada caso o auto-criticismo fosse mais enfatizado nas definições operacionais do perfeccionismo multidimensional⁷. Como tal, recorreram ao *Self-Critical Perfectionism*⁸ e ao *Personal Standards Perfectionism*⁹ e analisaram a sua associação com a restrição alimentar (comportamental e cognitiva). Como resultado, apuraram que aos estudantes com valores elevados de *Self-Critical Perfectionism* – a dimensão mais disfuncional do perfeccionismo – correspondiam comportamentos de restrição alimentar. Em contraste, o *Personal Standards Perfectionism* – a dimensão menos disfuncional – relacionava-se unicamente com a intenção de evitar refeições calóricas (restrição cognitiva).

Repare-se que é à dimensão mais disfuncional do perfeccionismo que correspondem os padrões alimentares mais problemáticos (Solomon-Krakus et al., 2022), visto que é o ato de restringir a alimentação – e não apenas a intenção – que leva a complicações físicas (Fairburn et al., 2003). Os resultados de Solomon-Krakus et al. (2022) suportam estudos prévios (e.g., Stoeber et al., 2016) que sugerem que os indicadores de *Personal Standards Perfectionism* em estudantes universitários (i.e., PAO elevado) se relacionam com preocupações intensas relativas à dieta e peso corporal.

A revisão da literatura realizada no âmbito da presente redação demonstrou consistentemente que valores elevados nas diferentes dimensões do perfeccionismo parecem aumentar a

⁷ Das análises fatoriais que visavam identificar dimensões do perfeccionismo que enfatizassem o autocriticismo surgiu o *Self-Critical Perfectionism* e o *Personal Standards Perfectionism* (Dunkley et al., 2006).

⁸ Envolve uma autocrítica severa quando os objetivos não são alcançados, preocupações com possíveis erros e medo de não corresponder às expectativas dos outros (Dunkley et al., 2006).

⁹ Envolve o estabelecimento de elevados padrões e metas para si mesmo (Dunkley et al., 2006).

vulnerabilidade para a psicopatologia alimentar nos estudantes universitários. Ainda assim, a maioria dos estudos emprega amostras exclusivamente femininas, o que dificulta a sua generalização para a população universitária masculina.

Adicionalmente, ao contrário do verificado na análise fatorial de Frost et al. (1993), a maioria das investigações no âmbito das PAI sugere o PAO como uma dimensão positivamente associada à psicopatologia, o que reforça a necessidade de mais investigação para um melhor entendimento desta realidade. Por estes motivos, considera-se pertinente explorar se, com uma amostra de estudantes universitários de ambos os sexos, os resultados do presente estudo convergem com a literatura consultada.

Apesar de as investigações revistas suportarem o perfeccionismo enquanto um dos mecanismos implicados na manutenção da sintomatologia (sub)clínica das PAI (Fairburn et al., 2003), nem todos os indivíduos com níveis elevados deste traço a apresentam (Donahue et al., 2018). Por conseguinte, torna-se interessante analisar outras variáveis que, ao interagirem com o perfeccionismo, possam exacerbar a vulnerabilidade individual para estas perturbações.

Dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Numa abordagem integrativa e compreensiva, Gratz e Roemer (2004) contemplam a regulação emocional como um construto multidimensional que envolve: (a) a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções; (b) a capacidade para monitorizar e controlar comportamentos impulsivos aquando da experienciação de emoções, de modo a superar adequadamente os objetivos individuais e as exigências situacionais; (c) a capacidade de utilizar estratégias de regulação emocional que modelem flexivelmente a intensidade e/ou a duração das respostas emocionais; e (d) a motivação para experienciar emoções negativas, aceitando-as como um elemento que pertence ao processo da prossecução dos objetivos individuais.

De acordo com os autores, um indivíduo que apresente défices em qualquer uma destas dimensões revela desregulação emocional ou dificuldades de regulação emocional¹⁰ (Gratz & Roemer, 2004). Estas dificuldades podem ser subdivididas em categorias, nomeadamente, a não aceitação da resposta emocional, a falta de consciência e incompreensão das emoções, as

¹⁰ No decorrer da presente investigação recorre-se a ambas as terminologias para designar a presença de défices nas competências de regulação emocional.

dificuldades em manter um comportamento dirigido aos objetivos, as dificuldades em controlar os impulsos, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional e a falta de clareza emocional.

De acordo com o Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental de Fairburn et al. (2003), alguns dos indivíduos com PAI são incapazes de lidar adequadamente com determinados estados emocionais (*mood intolerance*). Ainda que esta intolerância seja maioritariamente referente a estados de humor adversos (e.g., estados ansiosos, depressivos, raiva), em alguns casos envolve qualquer estado emocional (e.g., excitação). Fairburn (2008) assume que a dificuldade em tolerar os sentimentos e os pensamentos que lhes estão associados, contribui para que os estados emocionais sejam ampliados e experienciados de modo extremamente intenso.

Ao invés de aceitarem as mudanças de humor e de lidarem adequadamente com estas, recorrem a um repertório de mecanismos de *coping* disfuncionais, denominados comportamentos modulatórios de humor (Fairburn et al., 2003). Podem assumir a forma de comportamentos autolesivos, de consumo de substâncias psicoativas ou de comportamentos alimentares disfuncionais. Estes últimos são os mais frequentes nos indivíduos com PAI, e visam neutralizar a consciencialização das emoções e das cognições, ao propiciarem um distanciamento a curto prazo através da concentração nos alimentos e no corpo (Fairburn, 2008). Apesar de permitirem uma sensação de alívio instantâneo, impedem o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com os estados emocionais a longo prazo.

Consequentemente, gera-se um ciclo onde o recurso aos comportamentos modulatórios em resposta ao estado emocional se mantém por reforço negativo (Fairburn, 2008). Como tal, a ingestão e/ou a restrição alimentar ocorre maioritariamente em resposta a pistas relacionadas com o desconforto psicológico, ao invés de pistas fisiológicas representativas da fome.

Num estudo de Svaldi e colaboradores (2012), os indivíduos com diferentes subtipos de PAI pontuavam similarmente na medida de desregulação emocional global, o que parece corroborá-la como um mecanismo transversal a estas perturbações (Fairburn et al., 2003). Não obstante, os indivíduos com PIAC recorriam mais frequentemente a estratégias de regulação adaptativas, manifestavam maior capacidade de aceitar emoções negativas do que pacientes com AN e níveis mais elevados de clareza emocional comparativamente à BN. Este aspeto parece sugerir que o grupo com PIAC apresentava um padrão de regulação ligeiramente mais adaptativo.

Similarmente, a revisão de literatura de Lavender e colaboradores (2015) constatou que os indivíduos com AN e os com BN exibiam um repertório limitado de estratégias de regulação adaptativas e uma maior tendência para recorrerem a estratégias disfuncionais. Relataram uma reduzida capacidade de tolerar o stresse, défices de controlo comportamental e dificuldades no reconhecimento das suas emoções e das dos outros. Estes indivíduos tendiam ainda a suprimir, a não aceitar os estados emocionais, e a evitar situações que pudessem desencadear determinadas emoções.

Mallorquí-Bagué et al. (2018) contemplaram dois grupos de indivíduos no seu estudo: um grupo com PAI e um grupo de controlo. Relativamente ao grupo clínico, e em oposição aos resultados de Svaldi et al. (2012), sugeriram que eram os indivíduos com comportamentos alimentares compulsivos (e.g., BN e PIAC) que tinham mais dificuldades na capacidade de regular as emoções. Ao compararem os grupos da amostra, obtiveram que era ao grupo não-clínico que correspondia uma melhor capacidade de regulação emocional.

A meta análise de Prefit et al. (2019) mostrou uma relação significativamente positiva entre as estratégias de regulação emocional disfuncionais¹¹ e a sintomatologia de PAI, nos estudos com população clínica e não-clínica. No caso das estratégias adaptativas¹², a relação apurada revelava sentido negativo.

Os resultados de Meule et al. (2019) convergem com os últimos apresentados, ao indicarem que enquanto o grupo clínico pontuava mais elevado na estratégia Supressão, os indivíduos não clínicos recorriam mais frequentemente à Reavaliação, sendo esta última uma estratégia de regulação emocional adaptativa. Apuraram ainda que os pacientes com AN tendiam a reduzir emoções negativas intensas através da restrição alimentar. Em contrapartida, os indivíduos com BN recorriam à ingestão compulsiva de alimentos, como consta no modelo de Fairburn et al. (2003).

À semelhança de estudos anteriores (e.g., Lavender et al., 2015; Svaldi et al., 2012), mais recentemente, Mungia et al. (2021) indicaram uma relação linear positiva entre diferentes perfis de gravidade de desregulação emocional e a severidade de sintomas de PAI, numa amostra clínica de ambos os sexos.

¹¹ Prefit et al. (2019) consideraram como estratégias de regulação emocional disfuncionais a ruminação, a supressão e o evitamento das emoções por tenderem a potenciar comportamentos disfuncionais.

¹² Consideraram como estratégias adaptativas a consciência, a clareza e a aceitação das emoções, a reavaliação emocional e a resolução de problemas (Prefit et al., 2019).

A evidência científica revista sugere que os défices na capacidade de regular as emoções não se limitam aos indivíduos com quadros clínicos de PAI (Prefit et al., 2019). No contexto universitário, Haynos e colaboradores (2018) concluíram que, mesmo na ausência de um diagnóstico de PAI, os estudantes que restringiam a alimentação exibiam dificuldades em manter um comportamento dirigido aos objetivos, na inibição de comportamentos inapropriados e na seleção de estratégias adequadas para gerir as emoções perante situações de stresse. Tal como em populações clínicas (Meule et al., 2019), a restrição alimentar parecia contribuir para a regulação do estado emocional.

Mikhail e Kring (2019) pretendiam avaliar a relação entre a desregulação emocional – enquanto traço e estado – e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Relativamente à desregulação-traço, os estudantes com acesso reduzido a estratégias adaptativas manifestavam valores permanentemente mais elevados de sintomatologia associada a essas perturbações. Mais concretamente, recorriam mais frequentemente à restrição alimentar.

No que respeita à desregulação emocional enquanto estado, Mikhail et al. (2019) verificaram que tanto o recurso a estratégias disfuncionais, como a menor utilização de estratégias adaptativas se associavam somente a uma maior probabilidade de os indivíduos restringirem a alimentação nesse mesmo dia. Uma das justificações de Mikhail et al. (2019) para não terem sido encontradas quaisquer relações significativas entre a desregulação emocional - estado e traço – e a compulsão alimentar, respeita a apenas uma reduzida dimensão da amostra reportar episódios de ingestão compulsiva, o que pode ter impedido a deteção de uma possível associação entre as variáveis.

Num estudo mais recente, realizado com 306 estudantes universitários, Christian et al. (2020) obtiveram que a desregulação emocional se associava com o Impulso para a magreza - *Drive for thinness*- e com a sintomatologia bulímica. Estes resultados são consistentes com investigações prévias realizadas com populações clínicas (e.g., Lavender et al., 2015). Os autores concluíram ainda que a sintomatologia de PAI se relacionava com níveis elevados de impulsividade.

A revisão de literatura realizada suporta o Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-comportamental de Fairburn et al. (2003), ao demonstrar consistentemente que as dificuldades de regulação emocional contribuem para a manutenção de atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, em amostras clínicas e não-clínicas.

Ainda assim, a maioria dos estudos revistos emprega amostras maioritariamente femininas, o que dificulta a generalização para a população masculina. Acrescenta-se que, até ao momento, não existe conhecimento de investigações que tenham avaliado a relação entre a desregulação emocional e a sintomatologia subclínica de PAI no contexto universitário português. Portanto, reconhece-se a importância de concretizar numa amostra nacional de estudantes do ensino superior, de ambos os sexos.

Alguns autores advogam ainda a utilidade de examinar possíveis interações entre variáveis, para uma melhor compreensão do complexo papel que a personalidade pode representar na predisposição e manutenção da psicopatologia (Byrne et al., 2016; Malivoire et al., 2019). Neste sentido, a investigação empírica tem explorado a relação entre o perfeccionismo, as dificuldades de regulação emocional e o comportamento alimentar, sendo este assunto abordado no tópico que se segue.

Interação entre o perfeccionismo e as dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

A literatura recente tem procurado clarificar a relação entre o perfeccionismo e as dificuldades de regulação emocional (Malivoire et al., 2019). No parecer de Castro e colaboradores (2017), tanto os perfeccionistas auto-orientados, como os perfeccionistas socialmente prescritos tendem a recorrer a estratégias mal adaptativas de regulação emocional. Ainda assim, destacam o PSP como o traço que se correlaciona mais fortemente com uma maior diversidade de dificuldades de regulação. Os autores acrescentam que ambas as dimensões perfeccionistas se relacionam negativamente com estratégias eficazes de regulação das emoções.

A investigação empírica da última década tem ainda sugerido que os perfeccionistas disfuncionais que apresentam dificuldades em regular os seus estados internos, revelam um risco mais elevado de desenvolver uma perturbação mental (Donahue et al., 2018). A título de exemplo, Byrne et al. (2016) indicaram que as estudantes universitárias com níveis simultaneamente elevados de perfeccionismo e de desregulação emocional reportavam um maior comprometimento (sub)clínico. Na opinião dos autores, estes resultados sugerem que a combinação das duas variáveis pode ser problemática, principalmente nos indivíduos com uma maior vulnerabilidade inerente às PAI.

Mais recentemente, numa amostra de 309 estudantes universitários, Donahue et al. (2018) verificaram que tanto o PSP, como as dificuldades de regulação emocional evidenciavam um efeito principal na sintomatologia de PAI. Ao analisarem a interação entre as três variáveis, os resultados revelaram que a associação entre a dimensão perfeccionista e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI era mais forte nos estudantes com acesso limitado a estratégias de regulação adaptativas. Ademais de reforçarem o papel do perfeccionismo e da desregulação emocional enquanto mecanismos de manutenção (Fairburn et al., 2003), estes resultados sugerem que um repertório de estratégias reguladoras eficazes pode proteger os indivíduos do desenvolvimento de psicopatologia alimentar.

Não obstante a relevância dos resultados apresentados, os autores consideraram apenas uma das dimensões do traço perfeccionista (Donahue et al., 2018). Neste contexto, considera-se pertinente indagar a interação entre as restantes dimensões e as dificuldades de regulação emocional, na sintomatologia subclínica das PAI. Acrescenta-se que não foram encontrados estudos portugueses que relacionassem as três variáveis em análise na presente investigação.

Resumidamente, o perfeccionismo e a desregulação emocional têm ocupado um importante lugar nas conceptualizações teóricas apresentadas sobre o desenvolvimento, curso e manutenção das PAI. Assim, é possível formular hipóteses no sentido em que o traço perfeccionista e as competências de regulação emocional representam fatores relevantes na adoção de comportamentos alimentares ajustados ou perturbados. Isto é, a presença bem marcada de perfeccionismo e a incapacidade de regular emoções de modo eficaz, poderão estar na base de comportamentos desadequados no contexto alimentar.

Pelos motivos apresentados no decurso deste capítulo – onde se inclui a reduzida investigação empírica nacional realizada neste campo –, considera-se relevante contribuir para o conhecimento do comportamento alimentar no contexto universitário português atual, assim como para o estudo dos mecanismos implicados no desenvolvimento e manutenção da sintomatologia relativa a estas perturbações, na Universidade do Algarve. Salvo o conhecimento científico sobre estes mecanismos, os contributos desta investigação permitirão também o enriquecimento da prática clínica. Tendo em consideração que os primeiros sintomas alimentares antecipam o cumprimento rigoroso dos critérios para diagnóstico clínico de PAI, explorar a sua presença na população universitária permite prevenir prejuízos futuros no funcionamento global destes jovens (Jacobi et al., 2011).

Este conhecimento poderá permitir o desenvolvimento de programas de prevenção e de intervenção terapêutica dirigidos às vulnerabilidades da comunidade académica. Já a revisão sistemática de Harrer e colaboradores (2020) destacava o contexto universitário enquanto oportunidade única para a adaptação de estratégias eficazes com vista à atenuação da prevalência destas condições (sub)clínicas.

Capítulo II – Estudo empírico

Objetivos de investigação

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o contributo do perfeccionismo e das dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, numa amostra de estudantes da Universidade do Algarve.

Com vista a concretizar o objetivo geral do estudo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- i. Avaliar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI em função do sexo;
- ii. Avaliar a existência de diferenças nas dimensões do perfeccionismo e nas dificuldades de regulação emocional em função do sexo;
- iii. Analisar as relações entre as dimensões do perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI;
- iv. Analisar a relação entre cada dificuldade de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI;
- v. Averiguar o papel mediador das dificuldades de regulação emocional na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.

Método

Desenho da Investigação

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

Participantes

Os critérios de inclusão considerados na presente investigação foram os seguintes: (a) idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos; (b) nacionalidade portuguesa ou dupla; (c) capacidade para perceber e ler em português; (d) frequentar atualmente o ensino superior nas instalações da Universidade do Algarve; e (e) a ausência de um diagnóstico prévio/atual de PAI.

No total, eliminaram-se 100 participantes da amostra inicial ($N = 369$), dos quais seis não respeitavam o intervalo de idades, 21 não apresentavam nacionalidade portuguesa e 55 não frequentavam a Universidade do Algarve. Excluíram-se ainda 18 indivíduos por indicarem um diagnóstico de PAI.

Assim, a amostra utilizada no presente estudo (Tabela 1) foi constituída por 269 estudantes da Universidade do Algarve, 159 do sexo feminino (59.1 %) e 110 do sexo masculino (40.9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 20.58$, $DP = 1.88$). Relativamente ao estado civil, 95.2 % dos participantes encontravam-se solteiros, 1.9 % referiram estar casados ou em união de facto e 3.0% encontravam-se noutra condição. Os participantes são de nacionalidade portuguesa e indicaram, na sua maioria, serem naturais das regiões geográficas¹³ do Algarve (54.3 %) e do Centro (12.3 %).

Do total da amostra, 87.0 % dos participantes frequentava uma licenciatura e 13.0 % um mestrado. Em termos de áreas de interesse, a maioria dos inquiridos estava inscrito na área de Ciências Sociais e da Educação (30.5%), com destaque para o curso de Psicologia (22.7%).

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes

Características Sociodemográficas	<i>N</i>	%
Sexo		
Feminino	159	59.1
Masculino	110	40.9
Estado Civil		
Solteiro(a)	256	95.2
Casado(a)/Unido de facto	5	1.9
Outra	8	3.0

Nota. $N=269$; %= percentagem.

¹³Regiões geográficas segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de nível II (Instituto Nacional de Estatística, 2015): Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira, e Região Autónoma dos Açores.

Tabela 1 (continuação)

Características sociodemográficas	N	%
Naturalidade (região geográfica)		
Algarve	146	54.3
Alentejo	28	10.4
Centro	33	12.3
Área Metropolitana de Lisboa	8	3.0
Norte	20	7.4
Região autónoma da Madeira	6	2.2
Região autónoma dos Açores	1	.4
Grau académico		
Licenciatura	234	87.0
Mestrado	35	13.0
Área de estudo		
Ciências Sociais e da Educação	82	30.5
Economia, Gestão e Turismo	80	29.7
Ciências e Tecnologias da Saúde	28	10.4
Engenharias e Tecnologias	27	10.0
Ciências Exatas e Naturais	26	9.7
Artes, Comunicação e Património	26	9.7

Nota. N=269; %= percentagem.

Posteriormente à análise descritiva do perfil sociodemográfico, procedeu-se à análise descritiva do questionário axiológico, onde se analisaram as variáveis quantitativas altura e peso para cálculo do índice de massa corporal (IMC).

Para melhor analisar a distribuição do IMC total, os indivíduos foram agrupados por categorias consoante a classificação oficial da Ordem Mundial de Saúde (2010)¹⁴. Assim, os valores de frequência das categorias do IMC, indicaram que a maioria da amostra se concentrava na categoria de peso normal (71.1%), seguindo-se a categoria de pré-obesidade (16.7%), magreza (8.2%), obesidade grau I (2.2%) e obesidade grau II (1.1). A distribuição segue valores aproximados de distribuição normal, em que a maioria se concentra no centro e as minorias nas extremidades.

¹⁴ Categorização do IMC adotada pela Ordem Mundial de Saúde (2010): Magreza (<18.5 kg/m²); Peso Normal (18.5-24.9 kg/m²); Pré-obesidade (25-29.9 kg/m²); Obesidade grau I (30-34.9 kg/m²); Obesidade grau II (35-39.9 kg/m²); Obesidade III (> 40 kg/m²).

A média de IMC da amostra geral era de 22.71 kg/m², com um desvio-padrão de 3.65, o que é categorizado como peso normal. O valor mínimo era 16.24 kg/m² e o máximo de 37.50 kg/m². Como esperado, os estudantes do sexo masculino ($M = 23.18$, $DP = 3.68$) revelaram uma média superior ao sexo feminino ($M = 22.38$, $DP = 3.68$), ainda que sem diferenças significativas ($p > .05$).

Instrumentos

Este protocolo consistiu num conjunto de questionários de autopreenchimento que inclui questões sociodemográficas, axiológicas e três instrumentos de avaliação. O protocolo foi aplicado e administrado pela seguinte ordem:

Questionário de caracterização sociodemográfica e axiológica

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com recurso a um breve questionário, que possibilitou a caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, estado civil, universidade frequentada, curso e habilitações literárias. Recolheu-se o peso e a altura, e a informação relativa ao historial clínico e psicológico (e.g., “Alguma vez lhe foi diagnosticada uma PAI?”). Para uma avaliação mais exata do estado nutricional, realizou-se o cálculo do IMC com os dados de peso e altura referidos pelos participantes.

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

Consiste num questionário de autorrelato destinado à identificação de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. É constituído por 40 itens a responder numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos que varia de 0 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*), sendo a cotação invertida para seis itens (1, 18, 19, 23, 27 e 39).

Os itens encontram-se divididos por três subescalas: Preocupação com a Dieta, Comportamento bulímico e Controlo Oral/Pressão Social para Comer.

A Preocupação com a Dieta (17 itens) reflete a recusa patológica de comidas de elevado valor calórico, o desejo de emagrecer e a preocupação intensa com a dieta e peso corporal (e.g., *Item 4*. Ter peso a mais aterroriza-me). O Comportamento Bulímico (10 itens) reflete a incapacidade de controlar comportamentos bulímicos e o recurso a estratégias compensatórias

da ingestão excessiva de comida para controlo do peso (e.g., *Item 13*. Vomito depois de comer). O Controlo Oral/Pressão Social para Comer (6 itens) reflete eventuais pressões exercidas pelos outros para aumentar o peso (e.g., *Item 24*. Os outros acham que estou demasiado magra).

A pontuação total é calculada através da soma da pontuação de cada item, podendo variar entre 0 e 200. Quanto maior a pontuação global, mais disfuncionais são as atitudes e os comportamentos alimentares.

Os resultados respeitantes à fidelidade do Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40) (Soares et al., 2004) na amostra portuguesa estão em consonância com os da versão original (Garner et al., 1982). Mais concretamente, o TAA-40 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$), bem como as subescalas Preocupação com a Dieta ($\alpha = .91$) e Comportamento Bulímico ($\alpha = .72$). A subescala Controlo Oral/Pressão Social para Comer ($\alpha = .57$) mostra um valor de alfa inferior ao considerado como mínimo aceitável (.7). Neste estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo revelado uma boa consistência interna, tanto na escala total ($\alpha = .82$), como nas suas subescalas Preocupação com a dieta ($\alpha = .88$) e Comportamento Bulímico ($\alpha = .70$). Sugere-se que a subescala Pressão social para comer seja interpretada com mais cautela, devido ao seu coeficiente inferior a .7 ($\alpha = .63$).

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

Consiste numa medida de perfeccionismo composta por 45 itens de resposta fechada, numa escala de *Likert* que varia de 1 (*Discordo Completamente*) a 7 (*Concordo Completamente*), sendo que 19 deles são cotados em sentido inverso. A pontuação total é obtida pela soma da pontuação de cada item, podendo variar entre 45 e 315. Uma pontuação elevada equivale a níveis mais elevados de perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991).

Os itens encontram-se distribuídos por três subescalas que avaliam três dimensões do perfeccionismo: o PAO (18 itens) que reflete a tendência para exibir um alto grau de organização e a definição de padrões excessivamente elevados (e.g., *Item 15*. Preocupo-me em ter um resultado perfeito em tudo); o PSP (14 itens) que reflete uma perceção incorreta acerca dos padrões excessivamente exigentes que os outros estabelecem em relação ao seu comportamento. Envolve uma preocupação constante com o que os outros pensam e avaliam sobre si próprio (e.g., *Item 31*. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim); e o POO (8 itens) que sugere a forte tendência do indivíduo para impor expectativas e exigências

perfeccionistas ao outro (e.g., *Item 16*. Espero muito das pessoas que são importantes para mim) (Hewitt & Flett, 1991).

A versão original do instrumento indica boas qualidades psicométricas, tal como a versão portuguesa que revela 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, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (EMP) revelado uma boa consistência interna, tanto na escala total ($\alpha = .88$), como nas suas subescalas: PAO ($\alpha = .88$) e PSP ($\alpha = .85$). Sugere-se que a subescala POO seja interpretada com mais cautela, devido ao seu coeficiente inferior a .7 ($\alpha = .68$).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS]; Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa, Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010)

Este instrumento pretende avaliar as dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas, isto é, os níveis típicos de desregulação emocional. Consiste numa medida de autorrelato formada por 36 itens. É requerido aos sujeitos que indiquem com que frequência cada item se aplica a si, podendo as suas respostas variar numa escala de *Likert* de 1 (*Quase Nunca*) a 5 (*Quase Sempre*). Apresenta 11 itens invertidos, cuja cotação é inversa de 5 a 1.

Produz uma pontuação total que representa os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios: (a) Não aceitação das emoções negativas (Não-aceitação) – reflete a dificuldade em aceitar as suas respostas emocionais e a tendência para desenvolver respostas emocionais secundárias negativas perante afeto negativo (6 itens) (e.g., *Item 29*. Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim); (b) Incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas (Objetivos) – reflete dificuldades de concentração e na realização de tarefas ao experimentar emoções negativas (5 itens) (e.g., *Item 13*. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas); (c) Dificuldades em controlar comportamentos impulsivos quando experiencia emoções negativas (Impulsos) – reflete dificuldades em inibir comportamentos inapropriados aquando de afeto negativo (6 itens) (e.g., *Item 14*. Quando estou em baixo, fico fora de controlo); (d) Acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como efetivas (Estratégias) – reflete a crença do indivíduo de que pouco pode fazer para regular eficazmente as suas emoções, quando está emocionalmente perturbado (8 itens) (e.g., *Item 31*. Quando estou em baixo, acho

que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado); (e) Falta de consciência emocional (Consciência) – reflete dificuldades em atender e em reconhecer emoções (6 itens) (e.g., *Item 2*. Presto atenção a como me sinto); e (f) Falta de clareza emocional (Clareza) – reflete o grau de conhecimento das emoções experienciadas (5 itens) (e.g., *Item 1*. Percebo com clareza os meus sentimentos).

Os resultados das subescalas são obtidos através da soma dos itens correspondentes. A pontuação total advém da soma do que se obteve em cada uma destas subescalas, podendo variar entre 36 e 180. Pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades de regulação emocional.

Quanto às propriedades psicométricas da versão original, a escala possui uma elevada consistência interna ($\alpha = .93$), bem como as suas subescalas ($\alpha = > .80$) (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa, a consistência interna também se mostrou elevada na escala total ($\alpha = .92$) e nas subescalas a ($\alpha \geq .75$) (Coutinho et al., 2010). Neste estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) revelado uma boa consistência interna, tanto na escala total ($\alpha = .95$), como nas suas subescalas: Estratégias ($\alpha = .91$), Não-aceitação ($\alpha = .91$), Impulsos ($\alpha = .88$), Consciência ($\alpha = .78$), Objetivos ($\alpha = .86$) e Clareza ($\alpha = .85$).

Procedimento

Procedimento de recolha de dados

A fase inicial do procedimento de recolha de dados foi marcada pela seleção dos instrumentos adaptados à língua portuguesa e pela composição de um protocolo de preenchimento *online*, através da plataforma *Google Forms*.

O protocolo foi distribuído através das redes sociais. Recorreu-se à técnica de amostragem *snowball*, onde se escolheu, por conveniência, um grupo inicial de indivíduos através da rede social *Facebook*. Foi solicitado a cada inquirido que partilhasse o *link* de acesso ao protocolo com outros contactos, que correspondessem aos parâmetros da população alvo (Anexo A).

O protocolo era precedido de uma breve nota introdutória sobre os objetivos gerais do estudo, sendo garantidos a confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária dos participantes. Foram informados de que o uso dos dados fornecidos era exclusivo para fins da

presente investigação. Após o consentimento informado (Anexo B), era preenchido o protocolo de recolha de dados. Previamente às medidas de avaliação, eram apresentadas as instruções.

O período de recolha foi realizado no ano letivo 2021/2022, tendo-se iniciado no mês de janeiro e terminado em abril de 2022. A informação recolhida foi posteriormente organizada e analisada de acordo com os objetivos do estudo.

Procedimento para tratamento de dados

A análise dos resultados foi realizada com recurso ao software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para o *Windows*. Os dados foram transferidos para uma folha *Excel* e posteriormente convertidos para uma base de dados em suporte informático.

Primeiramente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes ($N = 269$) para 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 do presente estudo. O cálculo do alfa de *Cronbach* (α) possibilitou a análise da consistência interna de cada escala e subescala, podendo variar entre zero e um. Valores substancialmente inferiores a .7 indicam que a escala/subescala não é confiável (Field, 2009).

De seguida, foi efetuada uma análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo. Num primeiro momento, calcularam-se as respetivas médias e desvios-padrão. Posteriormente, com a finalidade de averiguar diferenças significativas entre sexos relativamente às variáveis em análise, procedeu-se à realização do teste t de *Student* para amostras independentes, o *Independent Samples T-Test*. Foram preenchidos os requisitos para aplicar este teste paramétrico, 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). Segundo Cohen (1988), magnitudes de efeito reduzido equivalem a valores de $d = .2$, magnitudes de efeito médio correspondem a valores $d = .5$, e magnitudes de efeito elevado constituem valores de $d = .8$.

De modo a analisar possíveis diferenças significativas no IMC relativamente às variáveis em estudo, foi necessário recorrer ao teste de Mann-Whitney (U), visto que não estarem reunidos os critérios para aplicar um teste paramétrico.

Para compreender se as variáveis em análise se encontravam relacionadas entre si, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r). Este coeficiente informa sobre a intensidade e o sentido da relação linear entre as variáveis. Os valores de r variam entre -1 e 1 (Field, 2009). Se o coeficiente assumir o valor de 1, conclui-se a existência de uma correlação linear perfeita. Por outro lado, se o coeficiente assumir o valor de 0, não existe 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; para valores entre .2 e .4 considera-se fraca; para valores entre .4 e .6 considera-se moderada; para valores entre .6 e .8 considera-se forte; e para valores superiores a .8 considera-se muito forte (Field, 2009).

Por último, foram efetuadas as análises de mediação através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986): (1) averiguar se existe uma relação linear entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD), com recurso a uma regressão linear simples; (2) verificar se existe relação linear entre a VI e a variável mediadora (M), através do procedimento estatístico da regressão linear simples; (3) verificar se a M influencia a relação entre a VI e a VD, utilizando uma regressão linear múltipla; (4) testar a significância do efeito mediado, através do Teste de Sobel; (5) verificar se a mediação é total ou parcial e calcular a percentagem do efeito mediado face ao efeito total, com a fórmula: $100 \times ab \div c$.

Resultados

De modo a responder aos objetivos delineados na presente investigação, procedeu-se à análise e descrição dos resultados. Num primeiro momento, realizou-se a descrição das variáveis em estudo em função do sexo e do IMC dos participantes. Num segundo momento, averiguou-se a relação entre as variáveis em análise.

Análise descritiva

No que diz respeito às atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (Tabela 2), em relação à amostra total, a subescala Preocupação com a dieta revelou a média mais elevada ($M = 23.52$, $DP = 13.49$), enquanto a Pressão social para comer apresentou o valor médio mais reduzido ($M = 6.61$, $DP = 4.76$).

Relativamente às diferenças entre os sexos para a pontuação total do TAA-40, as diferenças não foram significativas ($p > .05$) apesar de o sexo masculino ($M = 55.05$, $DP = 19.32$)

apresentar uma média superior à do sexo feminino ($M = 52.45$, $DP = 17.85$), como se pode observar na Tabela 2. Quando a análise é realizada para cada uma das subescalas, também não se detetam diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$). Ainda assim, as mulheres apresentaram sempre um valor médio mais elevado.

Tabela 2

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

	Amostra total ($N = 269$)		Sexo Feminino ($N = 159$)		Sexo Masculino ($N = 110$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
Preocup_dieta	23.52	13.49	23.67	13.41	23.29	13.68	.23	.82	.03
Comp_bulímico	7.97	5.47	7.99	5.45	7.95	5.52	.06	.95	.01
Pressão_soc_comer	6.61	4.76	6.99	5.03	6.05	4.30	1.58	.11	.20
TAA total	53.51	18.48	52.45	17.85	55.05	19.32	-1.13	.26	-.14

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

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

Acrescenta-se que 42% dos indivíduos da amostra ($N = 113$) se encontrava acima do valor médio de atitudes e comportamentos alimentares perturbados para a população portuguesa (i.e. $M = 53.58$, $DP = 16.8$) (Soares et al., 2004). Segundo os critérios de Glow (1980) (como citado em Soares et al., 2004, p.8), 4,46% da amostra total ($N = 12$) situava-se dois desvios-padrão acima da média nacional, o que sugere um risco elevado de PAI nestes estudantes.

Para facilitar a análise de diferenças entre as atitudes e os comportamentos relacionados com as PAI 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/m^2 ($N = 22$), e no grupo II encontravam-se os sujeitos com IMC superior a 18.5 kg/m^2 ($N = 247$). No grupo acima dos 18.5, a mediana do comportamento alimentar total ($Mdn = 5$) e da subescala Preocupação com a dieta ($Mdn = 23$) era estatisticamente mais elevada em comparação ao outro grupo ($U = 1953$, $p = .029$; $U = 1226$, $p < .001$, respetivamente). Relativamente à subescala Pressão social para comer, foi o grupo abaixo dos 18.5 de IMC que pontou significativamente mais elevado ($Mdn = 11$) ($U = 1128.50$, $p < .001$).

Em relação ao perfeccionismo, na amostra total, o PAO revelou o valor médio mais elevado ($M = 78.21$, $DP = 17.33$) e o POO o mais reduzido ($M = 43.09$, $DP = 7.59$) (Tabela 3). Quanto às diferenças entre sexos para a pontuação total da EMP, o sexo masculino ($M = 180.86$, $DP = 29.03$) apresentou valores que traduziam uma maior intensidade desta variável comparativamente ao sexo feminino ($M = 178.44$, $DP = 28.16$), apesar de as diferenças não terem sido significativas ($p > .05$). De acordo com os valores normativos de perfeccionismo para a população portuguesa (Soares et al., 2003), as jovens do presente estudo enquadraram-se no percentil 30 e os jovens do sexo masculino no percentil 40.

Nas subescalas da EMP, o sexo masculino permaneceu com os valores médios mais elevados em todas as variáveis, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) (Tabela 3).

Tabela 3

Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos no perfeccionismo

	Amostra total		Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(N = 269)</i>		<i>(N = 159)</i>		<i>(N = 110)</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PAO	78.21	17.33	77.91	16.71	78.65	18.25	-.35	.73	-.04
PSP	43.59	12.98	42.91	12.93	44.60	13.05	-1.05	.29	-.13
POO	43.09	7.59	43.09	7.45	43.10	7.84	-.01	.99	-.00
EMP total	179.43	28.49	178.44	28.16	180.86	29.03	-.69	.49	-.08

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. EMP_total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo.

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

Em relação ao perfeccionismo e ao IMC, foi repetido o mesmo processo dividindo a amostra geral em dois grupos. Ainda que o grupo com o IMC acima dos 18.5 kg/m² tenha apresentado valores mais elevados de perfeccionismo ($Mdn = 180$), a diferença não foi significativa entre grupos ($U = 2280.5$, $p = .212$). De igual modo, não foram apuradas diferenças significativas nas subescalas da EMP ($p > .05$).

Na análise das dificuldades de regulação emocional (Tabela 4), na amostra total, as Estratégias apresentaram a média mais elevada ($M = 21.72$, $DP = 8.07$) e a Clareza o valor médio mais reduzido ($M = 11.86$, $DP = 4.47$).

No que se refere às diferenças entre sexos na pontuação total da EDRE (Tabela 4), apesar de o sexo feminino ($M = 93.70$, $DP = 26.81$) revelar uma média superior à do sexo masculino ($M = 92.99$, $DP = 25.04$), as diferenças não foram significativas. Quanto à análise das subescalas, somente os Objetivos e a Consciência diferiram significativamente ($p < .05$), sendo a magnitude de efeito reduzida em ambos os casos. No caso dos Objetivos, foi o sexo feminino a apresentar os valores médios mais elevados ($M = 18.43$, $DP = 4.30$). Já na subescala Consciência, o sexo masculino pontuou mais alto ($M = 12.93$, $DP = 4.22$).

Tabela 4

Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas dificuldades de regulação emocional

	Amostra total ($N = 269$)		Sexo Feminino ($N = 159$)		Sexo Masculino ($N = 110$)		t	P	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
Não-aceitação	15.91	6.97	15.85	7.18	16.01	6.69	-.18	.85	-.02
Objetivos	17.79	4.63	18.43	4.30	16.85	4.93	2.79	.01*	.35
Impulso	13.93	5.70	14.08	5.99	13.72	5.28	.50	.61	.06
Estratégias	21.72	8.07	21.74	8.24	21.71	7.86	.03	.98	.00
Consciência	12.19	4.33	11.69	4.35	12.93	4.22	-2.33	.02*	-.29
Clareza	11.86	4.47	11.92	4.57	11.77	4.35	.27	.78	.03
EDRE total	93.41	26.05	93.70	26.81	92.99	25.04	.22	.83	.03

Nota. M = Média. DP = Desvio-padrão. t = Teste t de Student para amostras independentes. d = d de Cohen. EDRE_total = Pontuação total da Escala de Regulação Emocional
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Por fim, repetiu-se o processo em relação à desregulação emocional e ao IMC. Não obstante os indivíduos com IMC acima dos 18.5 kg/m^2 terem revelado dificuldades de regulação mais elevadas ($Mdn = 95$) que os do outro grupo ($Mdn = 92.5$), não diferiram significativamente ($U = 2610.5$, $p = .761$). Não se apuraram quaisquer diferenças significativas entre ambos os grupos nas subescalas da EDRE ($p > .05$).

Análise correlacional das variáveis

Relação entre as dimensões do Teste de Atitudes Alimentares-40

Foram determinados os coeficientes de correlação de Pearson (r) entre as pontuações dos fatores, e entre as pontuações dos fatores e a pontuação total do TAA-40.

Excetuando o valor da correlação entre a Preocupação com a dieta e a Pressão Social para Comer ($r = .05$; $p = .38$), os restantes revelaram-se positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$). As correlações foram fortes entre a Preocupação com a dieta e o Comportamento bulímico ($r = .63$; $p = <.01$) e fracas entre o Comportamento bulímico e a Pressão social para comer ($r = .32$; $p = <.01$).

Os resultados da análise indicaram correlações muito fortes, de sentido positivo, entre a pontuação total do TAA-40 e as subescalas Preocupação com a dieta ($r = .89$; $p = <.01$) e Comportamento bulímico ($r = .83$; $p = <.01$). Constatou-se ainda uma correlação fraca entre a pontuação total do TAA-40 e a Pressão social para comer ($r = .38$; $p = <.01$). Como se pode notar, o coeficiente de correlação mais elevado respeita à relação entre o fator Preocupação com a dieta e a escala total.

Relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos 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).

No que respeita ao PAO, destacaram-se as correlações com magnitude fraca com a Preocupação com a dieta ($r = .28$; $p <.01$) e com o Comportamento bulímico ($r = .22$; $p <.01$).

Quanto ao PSP, evidenciou-se a correlação de magnitude moderada com o Comportamento bulímico ($r = .45$; $p <.01$). Esta foi a relação que apresentou o coeficiente de correlação mais elevado.

Foi encontrada uma única correlação significativa entre o POO e uma das dimensões do TAA-40, ainda que estatisticamente negligenciável.

Como é possível verificar na Tabela 5, a pontuação total da EMP correlacionou-se com magnitude fraca com a pontuação total da TAA-40 ($r = .34; p < .01$) e com o Comportamento bulímico ($r = .31; p < .01$).

Tabela 5

Correlação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (N = 269)

Variáveis	Preocu_dieta	Comp_bulímico	Pressão_soc_comer	TAA total
PAO	.28**	.22**	.12*	.29**
PSP	.25**	.45**	.30**	.40**
POO	-.03	.14*	-.13	-.11
EMP total	.28**	.31**	.18**	.34**

Nota. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. EMP_total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo. TAA_total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares -40. Preocup_dieta = Preocupação com a Dieta; Comp_bulímico = Comportamento Bulímico; Pressão_soc_comer = Pressão Social para Comer.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da relação entre as dificuldades de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

A análise da Tabela 6 indica que, quanto às dimensões do TAA-40, é ao Comportamento bulímico que correspondem as correlações mais elevadas, destacando-se a sua relação moderada com as Estratégias ($r = .42; p < .01$), Impulso ($r = .40; p < .01$) e com a pontuação total da EDRE ($r = .41; p < .01$).

Relativamente à Preocupação com a dieta, apuraram-se relações significativas, ainda que estatisticamente negligenciáveis, com as subescalas Impulsos ($r = .19; p < .01$), Estratégias ($r = .19; p < .01$) e Não-aceitação ($r = .17; p < .01$).

Já a Pressão social para comer correlacionou-se com magnitude fraca com a maioria das subescalas da EDRE ($p < .01$). Apurou-se também uma correlação fraca entre as pontuações totais do TAA-40 e da EDRE ($r = .33; p < .01$).

Por fim, ressalva-se que nenhuma das subescalas da TAA-40 se relacionou significativamente com a Consciência da EDRE (Tabela 6).

Tabela 6

Correlação entre as dificuldades de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Variáveis	Preocu_dieta	Comp_bulímico	Pressão_soc_comer	TAA_total
Não aceitação	.17**	.35**	.25**	.30**
Objetivos	.12	.30**	.17**	.19**
Impulso	.19**	.40**	.28**	.33**
Estratégias	.19**	.42**	.26**	.34**
Consciência	-.04	.05	.11	.05
Clareza	.06	.23**	.19**	.18**
EDRE_total	.17*	.41**	.29**	.33**

Nota. Preocup_dieta = Preocupação com a Dieta; Comp_bulímico = Comportamento Bulímico; Pressão_soc_comer = Pressão Social para Comer. TAA_total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares - 40. EDRE = Pontuação total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

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

Análise do papel das dificuldades de regulação emocional na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI

Com a finalidade de estudar o papel das dificuldades de regulação emocional na relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, realizou-se a análise do potencial efeito mediador da desregulação emocional. Deste modo, apurou-se se existia mediação e se, em caso afirmativo, o impacto individual do perfeccionismo sobre as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI seria parcial ou totalmente mediado pela desregulação emocional.

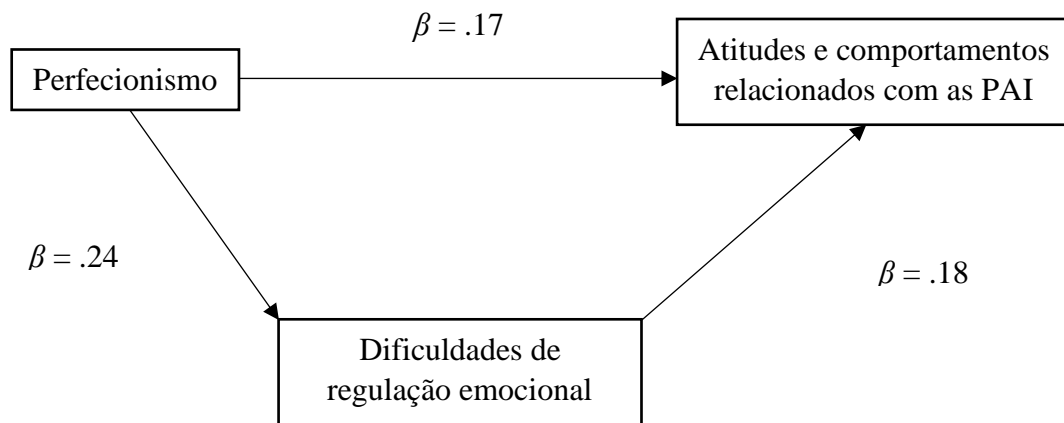
Assumiu-se o perfeccionismo como preditor, ou seja, variável independente, e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI como variável dependente.

Os resultados sugeriram que o perfeccionismo contribuía para as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI numa ordem de grandeza significativa de 11.4% ($r^2 = .1141$). Ao considerar as dificuldades de regulação emocional como mediadoras desta relação, a ordem de grandeza para a sintomatologia relacionada com as PAI aumentou para 17.65% ($r^2 = .1765$).

Na Figura 2 encontra-se o esquema genérico da relação entre as variáveis em estudo.

Figura 2

Esquema Genérico do Modelo de Mediação das Dificuldades de regulação emocional entre Perfeccionismo e as Atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão



O resultado da análise de mediação encontra-se expresso na Tabela 7.

Tabela 7

Efeito do Perfeccionismo nas Atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das Dificuldades de regulação emocional (N = 269)

Variáveis	Efeito Total β	Efeito Direto B	Efeito Indireto ^a (DRE)	Mediação
EMP total → TAA total	.22***	.18***	.04***	Parcial (18.18%)

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. EMP total = Pontuação total da Escala Multidimensional do Perfeccionismo. TAA total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares-40. DRE = Dificuldades de regulação emocional.

^a A significância do efeito indireto foi obtida através do Teste de Sobel.

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

Como indicado na Tabela 7, a introdução da variável mediadora decresceu ligeiramente o beta do perfeccionismo. Ainda assim, o seu valor permaneceu significativo, o que sugere o perfeccionismo como um bom preditor de sintomatologia relacionada com as PAI. Este resultado parece ainda sugerir que as dificuldades de regulação emocional medeiam parcialmente os comportamentos relacionados com as PAI, na presença do perfeccionismo ($\beta = .04$; $p = .001$).

De modo a testar a significância do efeito indireto realizou-se o teste de Sobel. O teste em questão revelou um resultado significativo (teste de Sobel = 3.16; $p = .001$), o que indica que o efeito mediador é significativo.

De acordo com os resultados (Tabela 7), conclui-se que apenas 18.18% do impacto do perfeccionismo na sintomatologia relacionada com estas perturbações se deve aos seus efeitos sobre as dificuldades de regulação emocional. Os restantes 81.82% tem um efeito direto que poderá, eventualmente, ser mediado por outras variáveis.

Na sequência da análise interior, procedeu-se ao estudo do papel mediador de cada dificuldade de regulação emocional na relação entre as dimensões do perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, através do modelo de mediação. Os resultados significativos das análises de mediação encontram-se expressos na Tabela 8.

Tabela 8

Efeito do perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Estratégias, Não-Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza (N = 269)

Efeito em estudo	Efeito Total (β)	Efeito Direto (β)	Efeito Indireto ^a (β)	Mediações
EMP_total → TAA_total (Estratégias)	.22*	.17*	.05***	Parcial (22.73%)
PAO → TAA_total (Estratégias)	.31*	.26*	.05*	Parcial (16.13%)
EMP_total → Comp_bulímico (Estratégias)	.06*	.04*	.02***	Parcial (3.3%)

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. EMP = Escala Multidimensional do Perfeccionismo. TAA = Teste de Atitudes Alimentares-40. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. Comp_bulímico = Comportamento Bulímico.

^a A significância do efeito indireto foi obtida através do Teste de Sobel.

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

Tabela 8 (continuação)

Efeito em estudo	Efeito Total (β)	Efeito Direto (β)	Efeito Indireto ^a (β)	Mediações
POO → Comp_bulímico (Estratégias)	.09*	.04	.06***	Total
PAO → Comp_bulímico (Estratégias)	.07*	.05*	.02*	Parcial (28.57%)
EMP_total → TAA_total (Impulsos)	.22*	.18*	.04***	Parcial (18.18%)
EMP_total → Comp_bulímico (Impulsos)	.06*	.04*	.02***	Parcial (3.3%)
PAO → Comp_bulímico (Impulsos)	.07*	.05*	.02*	Parcial (28.57%)
PSP → Comp_bulímico (Impulsos)	.19*	.14*	.05***	Parcial (26.32%)
PSP → Comp_bulímico (Objetivos)	.19*	.17*	.02***	Parcial (10.53%)
PSP → Comp_bulímico (Clareza)	.19*	.18*	.01***	Parcial (5.26%)

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. EMP = Escala Multidimensional do Perfeccionismo. TAA = Teste de Atitudes Alimentares-40. PAO = Perfeccionismo Auto-orientado. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. Comp_bulímico = Comportamento Bulímico.

^a A significância do efeito indireto foi obtida através do Teste de *Sobel*.

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

A Tabela 8 evidencia que as Estratégias e os Impulsos surgiram como mediadores da maioria das relações significativas. Não obstante os resultados significativos, a magnitude do coeficiente de relação indicou sempre valores estatisticamente negligenciáveis.

Apurou-se uma única mediação total, dado que o efeito direto entre o POO e a variável dependente diminuiu e não se mostrou significativo na presença do mediador (Tabela 8). Deste

modo, o efeito do perfeccionismo sobre as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI é exclusivamente feito através das Estratégias.

Nas restantes relações, os efeitos de mediação foram parciais, destacando-se as subescalas Estratégias e Impulsos que explicaram 28.57% da relação entre o PAO e o Comportamento bulímico, ao calcular a percentagem do efeito mediado face ao efeito total. Em ambos os casos, aos restantes 71.43% correspondeu um efeito direto provavelmente mediado por outras variáveis.

Discussão

O presente trabalho teve como principal finalidade estudar o contributo do perfeccionismo e das dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, numa amostra de estudantes da Universidade do Algarve. De acordo com a pesquisa efetuada, este foi o primeiro trabalho a investigar a interação entre estas duas variáveis transdiagnósticas na sintomatologia subclínica de PAI, no contexto universitário nacional.

No que respeita à análise da fidelidade dos instrumentos utilizados neste estudo, os valores de consistência interna encontrados são muito próximos dos apresentados nos estudos originais e nas investigações de adaptação à população portuguesa, pelo que a sua aplicabilidade mostrou ser confiável. Somente nas subescalas POO da EMP (Soares et al., 2003) e na Pressão social para comer do TAA-40 (Soares et al., 2004) é que se obtiveram valores de alfa de Cronbach inferiores a .7, à semelhança do que ocorre nas versões adaptadas à população portuguesa. Mesmo assim, como os valores obtidos não foram substancialmente inferiores a este valor (Field, 2009), optou-se por considerar a medida aceitável para o presente estudo, aconselhando a uma interpretação mais cautelosa destas subescalas. Pondera-se como justificativo para este resultado - que indica que os participantes não foram congruentes a responder a estas subescalas -, o facto de os inquiridos poderem não ter entendido o sentido dos itens e, uma vez que a recolha dos dados foi realizada *online*, não puderam esclarecer as suas dúvidas.

Procurou-se ainda perceber se existiam diferenças significativas nas variáveis em estudo, em função do sexo. No presente estudo, a análise das atitudes e comportamentos relacionados com as PAI não revelou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, embora a média total do TAA-40 tenha sido ligeiramente superior nos estudantes do sexo masculino.

Este resultado contraria a literatura revista, que reporta uma prevalência superior desta sintomatologia nas mulheres (e.g., Galmiche et al., 2019; Yu et al., 2018).

Verificou-se ainda que 42% dos estudantes da amostra apresentava valores de atitudes e comportamentos alimentares perturbados superiores aos da média nacional (Soares et al., 2004). Para além de corroborar estudos anteriores que indicam a população universitária enquanto população de risco para as PAI (e.g., Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019), este resultado parece sugerir a necessidade de intervenção terapêutica precoce nos *campus* da Universidade do Algarve.

Ainda que o presente estudo tenha indicado uma percentagem mais elevada de indivíduos em risco de desenvolver uma PAI, comparativamente à literatura empírica revista (e.g., Chan et al., 2020; Tavolacci et al., 2015), realça-se a necessidade de precaução ao comparar os resultados para garantir que as diferenças encontradas não se devem a questões metodológicas associadas a variações a nível da dimensão das amostras e dos instrumentos utilizados, por exemplo (Fitzsimmons-Craft, Karam et al., 2019).

Ao nível do perfeccionismo, a análise das estatísticas descritivas da amostra total ($N = 269$) demonstrou que o PAO era a dimensão que apresentava o valor médio mais elevado, à semelhança de outras investigações (Hewitt & Flett, 1991; Soares et al., 2003). Não foram observadas diferenças significativas entre sexos na escala total, nem nas respetivas subescalas, o que é concordante com o estudo da adaptação para a população portuguesa (Soares et al., 2003). Não obstante, Macedo et al. (2007) encontraram valores significativamente mais elevados de PSP nos estudantes masculinos. Uma possível justificação pode dever-se à imagem corporal se encontrar sob crescente pressão nos homens, atribuindo importância de relevo à adoção de uma forma física musculada (Francisco et al., 2015).

No que se refere às dificuldades de regulação emocional, foram encontradas diferenças significativas entre sexos nas dimensões Objetivos e Consciência, tendo o sexo feminino valores mais elevados na primeira dimensão mencionada. No estudo de validação da escala DERS, Gratz e Roemer (2004) detetaram diferenças significativas somente na dimensão Consciência. Como no presente estudo, foi o sexo masculino a revelar mais dificuldade em atender e em reconhecer as emoções. Sublinha-se que a amostra total é constituída por um maior número de estudantes do sexo feminino do que do sexo masculino, podendo esta discrepância ter influenciado os resultados.

No estudo da relação entre a TAA-40 e as respetivas dimensões, os resultados revelaram que a pontuação total da escala se encontrava associada às respetivas subescalas, o que suporta investigações prévias (Soares et al., 2004). Como expressado pelos autores, o fator Preocupação com a dieta apresentou o valor mais elevado na relação com a escala total, cabendo à Pressão social para comer o valor mais reduzido. Ressalva-se que a magnitude da relação entre a pontuação total TAA-40 e as respetivas subescalas pode, em parte, refletir o número de itens de cada subescala. Neste sentido, o facto de o fator Preocupação com dieta possuir mais itens que os restantes na versão portuguesa, pode justificar o seu valor mais elevado.

Conforme os resultados da adaptação do EAT-40 para a população portuguesa (Soares et al., 2004), a Preocupação com dieta e o Comportamento bulímico foram as subescalas que se associaram com maior intensidade. Este dado vai ao encontro de Fairburn et al. (2003), que encontraram correlações positivas entre a prática de uma dieta restritiva e a ocorrência de episódios de voracidade alimentar. Também o DSM-5 (APA, 2013) designa que estes episódios são frequentes durante ou após uma restrição alimentar.

A análise da associação entre o traço geral de perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI expressou uma relação positiva. Este resultado sustenta investigações anteriores em populações (não) clínicas (e.g., Longo et al., 2021; Soares et al., 2009) e sugere que os estudantes perfeccionistas experienciam práticas alimentares mais disfuncionais. Este traço de personalidade parece assim mostrar-se prejudicial relativamente ao comportamento alimentar, como documentado por Fairburn et al. (2003).

No estudo da relação entre as dimensões deste traço e o comportamento alimentar, verificou-se que as associações de maior magnitude incluíam o PSP. Esta dimensão perfeccionista apresentou a correlação mais elevada com o Comportamento bulímico, o que parece sugerir que os estudantes com PSP elevado apresentam mais episódios de ingestão compulsiva e recorrem mais frequentemente a estratégias compensatórias. Resultados idênticos foram alcançados por Stoeber et al. (2016), no qual esta dimensão se relacionava também com a Pressão social para comer e com a Preocupação com a dieta.

A evidência de que o PSP se associa amplamente com o comportamento alimentar parece suportar que estas perturbações são motivadas pela necessidade de alcançar a perfeição “exigida” pelo exterior (Bardone-Cone, 2007). O que parece ser um determinante crítico da motivação para estes comportamentos são as crenças de que “são rigorosamente avaliados” e de que “só serão aceites e valorizados se atenderem aos requisitos perfeccionistas percebidos”

(Hewitt & Flett, 1991). Estes resultados convergem com a literatura que descreve a tendência dos perfeccionistas para se envolverem em restrições alimentares e em comportamentos compensatórios para modificar o corpo e se aproximarem do ideal de beleza socialmente imposto (Stoeber et al., 2016). Assim, suporta-se o PSP enquanto vertente disfuncional deste traço de personalidade (Frost et al., 1993).

Contrariamente a Frost et al. (1993), o PAO manifestou um caráter disfuncional no presente estudo. Esta dimensão perfeccionista apresentou o coeficiente de correlação mais elevado com a subescala Preocupação com a dieta, o que já tinha sido reportado por outros autores (Bardone-Cone, 2007; Hewitt et al., 1995; Solomon-Krakus et al., 2022; Stoeber et al., 2016). Parece evidenciar que as expectativas irrealistas sobre a aparência física e a alimentação se refletem no desejo de emagrecer, no evitamento de alimentos calóricos e no exercício físico excessivo como meio de alcançar a imagem que idealizam (Fairburn et al., 2003). Foi ainda encontrada uma relação significativa, de magnitude semelhante, entre o PAO e o Comportamento bulímico. Este dado sustenta Bardone-Cone (2007) e Macedo et al. (2007), e sugere que a definição de padrões corporais excessivamente elevados remete para uma maior frequência de sintomatologia bulímica nos estudantes universitários.

Estas relações não são surpreendentes pelo facto a descrição do PAO de Hewitt e Flett (1991) se assemelhar ao perfeccionismo clínico do Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-Comportamental das PAI (Fairburn et al., 2003). Estes dados convergem ainda com a literatura que indica que esta dimensão perfeccionista direciona o indivíduo para padrões alimentares disfuncionais, em população normal (Soares et al., 2009) e clínica (Farstad et al., 2016).

Contrariamente ao sucedido com as restantes dimensões perfeccionistas, não se evidenciaram relações com significado estatístico entre o POO e o comportamento alimentar. Este resultado vai novamente ao encontro de estudos prévios que, ou não detetaram relações significativas (e.g., Hewitt et al., 1995) ou encontraram relações estatisticamente negligenciáveis entre as variáveis (e.g., Macedo et al., 2007).

Neste âmbito, especula-se que uma possível justificação para estes resultados seja o facto de as consequências desta dimensão do perfeccionismo não recaírem no próprio indivíduo. Dito de outro modo, se as exigências e as expectativas irrealistas são impostas ao exterior, são os outros que devem fazer o possível para corresponder aos ideais de perfeição esperados. Neste sentido, não faria sentido que fosse o próprio indivíduo a se envolver em padrões comportamentais que

visassem um corpo perfeito. Ainda assim, relembra-se que este resultado deve ser interpretado com cautela, devido ao reduzido valor do coeficiente que foi obtido na subescala do POO.

Não obstante o presente estudo corroborar o perfeccionismo enquanto um dos mecanismos de manutenção das PAI, a amostra utilizada apresentou valores inferiores à média nacional para este traço de personalidade (Soares et al., 2003). Visto que praticamente metade dos estudantes revela comportamentos alimentares desajustados (Soares et al., 2004), este dado parece sugerir que existem outros mecanismos a contribuir efetivamente para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia de PAI (Fairburn et al., 2003).

No âmbito da relação entre as dificuldades de regulação emocional e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, a presente investigação expressou uma associação positiva já reportada por outros autores em populações estudantis (e.g., Christian et al., 2020; Mikhail et al., 2019) e clínicas (e.g., Lavender et al., 2015; Mungia et al., 2021).

Ao se analisar as associações entre as dimensões do TAA-40 e da EDRE, verificou-se que o coeficiente de correlação mais elevado compreendia o Comportamento bulímico e as Estratégias. Este resultado parece congruente com Fairburn et al. (2003), que sugerem que a dificuldade em aceder a estratégias eficazes de regulação emocional pode conduzir à utilização de comportamentos alimentares disfuncionais para regular os estados internos – particularmente entre os indivíduos em risco de se envolver em comportamentos modulatórios. Ressalva-se que a maioria da literatura que procura associar as estratégias de regulação emocional e o comportamento alimentar recorre a amostras que, na sua maioria, restringem a alimentação (e.g., Mikhail & Kring, 2019). Neste sentido, para melhor explorar o resultado acima encontrado, seria interessante o desenvolvimento de mais estudos que compreendessem amostras com sintomatologia bulímica.

Esta investigação mostrou ainda que presença de sintomas bulímicos se associava a uma maior dificuldade na aceitação dos estados internos, a dificuldades de concentração e na realização de tarefas, e na contenção de comportamentos aquando de emoções negativas. Christian et al. (2020) encontraram dados semelhantes, pois sugeriram que os estudantes universitários com tendência para agir precipitadamente, tendiam a apresentar mais episódios de ingestão compulsiva e comportamentos compensatórios inapropriados quando se encontravam emocionalmente perturbados.

No que concerne à relação entre o Comportamento bulímico e a Não aceitação, os resultados parecem convergir com Fairburn et al. (2003), pois os autores alegam que os comportamentos

compensatórios surgem como resposta à percepção de descontrolo e desconforto advindo de uma ingestão exagerada. Portanto, surgem pela incapacidade de o indivíduo tolerar e aceitar os sentimentos e os pensamentos associados a terem comido excessivamente.

No que se refere às relações entre a Preocupação com a dieta e as dimensões da EDRE, foram encontradas três associações significativas. Não obstante serem associações estatisticamente negligenciáveis, suportam a literatura revista - que indica sistematicamente que os indivíduos (clínicos e não clínicos) que manifestam sintomatologia anoréctica tendem a revelar défices em inúmeras competências de regulação emocional (e.g., Haynos et al., 2018; Meule et al., 2019; Svaldi et al., 2012).

Quanto à Pressão social para comer, o presente estudo indicou relações fracas com a Não aceitação, os Impulsos e as Estratégias. Contudo, não foram encontradas investigações prévias que se focassem nestas associações, o que limita a discussão e a comparação dos resultados obtidos neste ponto do estudo. Ainda assim, estes resultados sugerem a interpretação de que quanto maior a pressão exercida pelos outros para aumentar o peso, maior a tendência do estudante para não aceitar as suas respostas emocionais, para ter dificuldade em inibir comportamentos inapropriados e para recorrer a estratégias disfuncionais de regulação emocional.

Ressalva-se que nenhuma das subescala do TAA-40 (Soares et al., 2004) se relacionou significativamente com a dimensão Consciência do EDRE. Este resultado pode indicar que a consciência das emoções é menos central para a presença de psicopatologia (Coutinho et al., 2010). O menor número de jovens-adultos masculinos pode também ter influenciado este resultado, não se tendo expressado esta dimensão que é predominante no sexo masculino. Ademais, denota-se que de todas as subescalas do EDRE, esta é a que apresenta propriedades psicométricas menos robustas. Ainda assim, não era um resultado esperado pois a literatura empírica refere sistematicamente uma reduzida consciência das emoções tanto em indivíduos com comportamentos alimentares desajustados, como em indivíduos com PAI (e.g., Prefit et al., 2019; Svaldi et al., 2012). Como tal, são necessários mais estudos para o compreender.

Com vista à concretização do último objetivo, procurou-se averiguar o papel desempenhado pelas dificuldades de regulação emocional na relação entre as restantes variáveis em estudo. Globalmente, inferiu-se que os estudantes perfeccionistas poderão ter um risco acrescido de sintomatologia relacionada com as PAI, potenciado pela desregulação emocional.

Apurou-se ainda tratar-se de uma mediação parcial, pois para além do efeito indireto exercido através da variável mediadora, a VI permaneceu com um efeito direto sobre a VD. Estes dados ampliam os modelos etiológicos que alegam o traço perfeccionista como o principal mecanismo implicado na manutenção das PAI (Fairburn et al., 2003), e validam os resultados de estudos prévios relativos à interação do perfeccionismo com outras variáveis (e.g., Donahue et al., 2018).

De entre a literatura revista, não foram encontradas investigações que se centrassem no papel mediador de cada dificuldade de regulação emocional na relação entre as dimensões do perfeccionismo e do TAA-40. Apesar da ausência de suporte teórico dificultar esta secção da discussão, refletir-se-á genericamente sobre as mediações significativas encontradas.

Os resultados indicaram que as dimensões Estratégias e Impulsos mediavam significativamente a maioria das relações entre o traço perfeccionista e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Este dado parece destacá-las enquanto dimensões centrais para a psicopatologia alimentar.

Conjetura-se que o perfeccionismo afeta o comportamento alimentar porque restringe parcialmente o acesso a estratégias de regulação emocional adaptativas. A sintomatologia relacionada com as PAI parece assumir-se como um meio utilizado pelos indivíduos com PAO elevado para atenuar estados emocionais intensos (Fairburn et al., 2003). Este dado sustenta investigações anteriores que sugerem que os perfeccionistas recorrem preferencialmente a estratégias mal adaptativas de regulação emocional (e.g., Castro et al., 2017), nas quais se incluem os episódios de voracidade alimentar e os comportamentos purgativos (Fairburn, 2008). Este último autor havia já referido que, nos indivíduos vulneráveis às PAI, a alimentação ocorre em resposta possíveis desconfortos psicológicos e à necessidade de controlo do corpo e da alimentação, e não em resposta a pistas fisiológicas representativas da fome.

Contrariamente ao esperado, o POO surgiu numa das relações significativas apuradas. Mais concretamente, verificou-se que a tendência para impor expectativas e exigências perfeccionistas ao outro parece limitar o acesso do próprio indivíduo a estratégias de regulação adaptativas, refletindo-se em sintomatologia bulímica. Apesar da ausência de literatura que o confirme, o envolvimento em comportamentos alimentares disfuncionais pode representar um meio de o próprio indivíduo atenuar a frustração advinda de os outros não corresponderem às suas expectativas. Especula-se que poderá ser a maior vulnerabilidade para as PAI que dita o recurso a esta sintomatologia como estratégia de regulação emocional, ao invés de qualquer outra.

Os resultados sugeriram ainda que o processo psicológico desempenhado pelas Estratégias na relação entre o PAO e o comportamento bulímico, era semelhante ao acima referido, diferindo apenas por as expectativas e os elevados padrões de desempenho serem autogeridos.

Seguidamente, reflete-se sobre as relações mediadas pelos Impulsos. Da análise dos dados, constatou-se que perfeccionismo despoleta dificuldades em inibir atos inapropriados aquando de emoções negativas, os quais se refletem no comportamento alimentar. Pode supor-se que o envolvimento em comportamentos impulsivos se deve – em parte - à necessidade apresentada pelos perfeccionistas de ter tudo sobre controle (Hewitt et al., 1991). Recordando a associação entre o comportamento bulímico e a impulsividade (Christian et al., 2020), estes indivíduos podem, por exemplo, iniciar um episódio de comer compulsivo por se sentirem incapazes de lidar com o seu estado emocional (Fairburn et al., 2003). Parece haver um automatismo no recorrer a estes comportamentos - acompanhados de pensamentos “tudo ou nada” - possivelmente justificado pela redução momentânea do desconforto psicológico sentido (Fairburn et al., 2003). Portanto, poderá funcionar como um mecanismo através do qual o estudante percebe que retoma temporariamente o controlo do seu estado afetivo.

Relembrando que os perfeccionistas auto-orientados não toleram falhas no seu desempenho (Hewitt et al., 1991), pode ainda especular-se que qualquer incumprimento das regras autoimpostas poderá levar a que estes indivíduos se envolvam impulsivamente em comportamentos compensatórios inapropriados, com vista ao controlo do corpo e alimentação. No passado, Christian et al. (2020) já tinham sugerido que a impulsividade durante estados emocionais negativos contribuía para o surgimento de cognições sobre dietas e forma corporal.

No caso dos perfeccionistas socialmente prescritos, os resultados sugeriram também a interpretação de que as dificuldades no controlo de atos impulsivos se refletem em comportamentos compensatórios, que visam a aproximação do ideal de beleza estipulado pela sociedade (Stoeber et al., 2016).

Por fim, a Clareza e os Objetivos apenas mediarão significativamente a relação entre o PSP e o comportamento bulímico. Conjetura-se que é por potenciar dificuldades no conhecimento das emoções, na concentração e na realização de tarefas que esta faceta perfeccionista afeta a conduta alimentar.

Repare-se que os défices nas diferentes competências emocionais parecem prejudicar a utilização de estratégias de regulação adaptativas pelos estudantes (Gratz & Roemer, 2008),

especulando-se que é a sintomatologia relacionada com as PAI que ocupa maioritariamente essa função reguladora (Fairburn et al., 2003).

Não obstante as especulações acima apresentadas, importa lembrar que, à exceção da relação em que o POO é a VI, as restantes relações são parcialmente mediadas. Isto significa que as dificuldades de regulação emocional abordadas apenas explicam uma determinada percentagem do impacto do perfeccionismo no comportamento alimentar. O restante poderá ser explicado através da mediação de outras variáveis não estudadas na presente investigação. Reforça-se que se trata de mediações estatisticamente negligenciáveis, o que requer necessidade de cautela na sua interpretação e a realização de novas investigações para um melhor entendimento dos resultados obtidos.

Apesar de a presente investigação corroborar o contributo prejudicial da desregulação emocional na relação entre o perfeccionismo e as condições (sub)clínicas de PAI (Donahue et al., 2018), os autores verificaram que os estudantes universitários com valores elevados de PSP manifestavam menor sintomatologia na presença de estratégias funcionais. Parece que estas estratégias de regulação lhes permitem lidar mais adequadamente com as preocupações e exigências resultantes do traço perfeccionista. Portanto, a presença de competências de regulação adequadas pode atuar como fator protetor nestas perturbações.

Mallorquí-Bagué et al. (2018) obtiveram resultados semelhantes com população clínica. Relataram que após os défices de regulação emocional serem trabalhados em terapia, a sintomatologia de PAI diminuía. Para os autores, o tratamento destas perturbações é mais eficaz quando integra um módulo em que as diferentes dimensões da regulação emocional são consideradas. Estes dados são congruentes com o programa transdiagnóstico das PAI (Fairburn, 2008) - *Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders* - que preconiza que para um tratamento mais eficaz devem estar incluídos módulos relativos aos vários mecanismos envolvidos nestas perturbações.

Conclusão

A prevalência de comportamentos alimentares disfuncionais assume-se como uma realidade cada vez mais frequente nos jovens universitários (Arsandaux et al., 2021). Se a valorização social de um corpo perfeito (Fitzsimmons-Craft et al., 2016), o contexto académico e a fase do

ciclo vital são aspetos a considerar no âmbito desta sintomatologia (Sheldon et al., 2021), determinadas características psicológicas são também merecedoras de atenção clínica.

A identificação dos fatores implicados nas PAI é de colossal importância, pois ajuda a identificar os mecanismos que explicam porque é que determinados indivíduos desenvolvem a perturbação e outros não (Donahue et al., 2018). Conhecer a etiologia destas perturbações facilita a sinalização de condições subclínicas e permite ajudar os grupos de alto risco em programas de prevenção (Harrer et al., 2020). Acresce a possibilidade de o tratamento dos quadros clínicos ser realizado mais eficazmente (Fairburn, 2008).

Nesta perspetiva, tendo como referencial o Modelo Transdiagnóstico Cognitivo-Comportamental das PAI (Fairburn et al., 2003), procurou-se compreender o contributo do perfeccionismo e das dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com estas psicopatologias, numa amostra de estudantes universitários portugueses.

De um modo geral, os resultados da presente investigação são congruentes com a literatura revista, pois sugerem o perfeccionismo e a desregulação emocional como mecanismos implicados na sintomatologia relacionada com estas psicopatologias.

Apesar de Fairburn et al. (2003) considerarem apenas a vertente auto-orientada do perfeccionismo, os resultados deste estudo revelam que o PSP (dimensão interpessoal) tem um contributo mais negativo no processo de autoavaliação individual. Dado que os indivíduos com maior vulnerabilidade para as PAI tendem a autoavaliar-se com base no corpo, ao percecionarem que não correspondem às expectativas corporais “socialmente impostas”, reforçam crenças de desvalorização pessoal e potenciam comportamentos disfuncionais que os aproximem do corpo idealizado (Stoerber et al., 2016). Ademais, este resultado parece enfatizar que a pressão sociocultural no contexto da aparência física pode constituir um fator de risco ambiental para o desenvolvimento e manutenção destas perturbações. Portanto, uma crítica notável ao modelo protagonizado por Fairburn et al. (2003) respeita ao facto de este não considerar o contexto social em o indivíduo está inserido (Dunkley et al., 2003).

De acordo com a literatura revista, o processo psicológico subjacente à relação entre o PAO e a sintomatologia das PAI é semelhante ao acima referido, diferindo apenas por as elevadas expectativas e padrões de desempenho serem estipulados pelo próprio indivíduo (Soares et al., 2009).

Como a literatura fez prever, aos estudantes com sintomatologia subclínica correspondem mais dificuldades nas diferentes competências de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). A única exceção respeita à dimensão Consciência, pelo que se sugerem estudos futuros para melhor o compreender. Seria também interessante estudar se estes resultados se mantêm perante qualquer estado emocional – positivo ou negativo – como Fairburn (2008) descreve.

A presente investigação demonstra que as dificuldades de regulação emocional medeiam parcialmente a relação entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Embora alguns estudos empíricos o tenham verificado anteriormente (e.g., Donahue et al., 2018), esta relação não é abordada no modelo de Fairburn et al. (2003). O autor enuncia apenas a relação entre cada um dos mecanismos adicionais e o mecanismo central das PAI para explicar a manutenção destas perturbações. Estes resultados parecem sugerir a necessidade de reformular o modelo em análise.

Ainda que tenha sido possível responder aos objetivos delineados, detetam-se algumas limitações na presente investigação. Primeiro, destaca-se a recolha de dados exclusivamente *online*, visto poderem existir indivíduos com dificuldade de acesso a este tipo de plataformas.

O recurso a um questionário de preenchimento *online*, ao impedir o esclarecimento de dúvidas durante o processo de resposta, pode também ter contribuído para uma reduzida confiabilidade nas subescalas POO e Pressão social para comer. Por esse motivo, sugere-se que estudos futuros apliquem presencialmente as medidas de avaliação. Ainda assim, o formato digital do questionário facilitou a acessibilidade e a partilha do mesmo pelos indivíduos e garantiu o preenchimento de todas as questões, devido aos campos obrigatórios.

Outra limitação identificada respeita à dimensão do protocolo de recolha de dados, que se revelou muito extenso. Este aspeto pode ter interferido com a sua qualidade ao influenciar a atenção, concentração, motivação ou até desistência à sua resposta.

A utilização de instrumentos de autorresposta, particularmente suscetíveis ao enviesamento, constitui uma desvantagem na precisão dos resultados obtidos. Acrescenta-se que o método pode ter introduzido um viés de seleção de participantes, pois os indivíduos podem ter respondido por se identificarem com o tema em análise.

Relativamente à amostra, teria sido interessante recolher uma amostra mais representativa. Foi também percebida uma discrepância entre os sexos, visto o número de participantes do sexo

feminino ser mais elevado ao do sexo masculino. Acredita-se que uma amostra mais equilibrada permitiria uma generalização mais segura dos resultados a respeito das diferenças entre sexos, sendo preciso algum cuidado e atenção neste caso. Ademais, visto que se recorreu a uma amostra de conveniência – estudantes da Universidade do Algarve - a generalização dos resultados para outros estudantes, para a população geral ou clínica fica limitada.

Outra das limitações refere-se ao desenho transversal do estudo, que não permite que se retirem conclusões definitivas sobre relações de causalidade. Ainda assim, a inovação e robustez dos resultados estimulam o desenvolvimento de novas investigações, nomeadamente longitudinais, de modo a acompanhar a evolução de indivíduos com perfis de risco.

Salienta-se ainda uma limitação ao nível da avaliação da desregulação emocional. Ainda que se sustente que os estudantes com sintomatologia de PAI recorrem mais frequentemente a estratégias de regulação disfuncionais (e.g., Mikhail & Kring, 2019), o instrumento utilizado nesta investigação não permitiu conhecer quais as estratégias que são efetivamente utilizadas. Neste sentido, ainda que o EDRE (Coutinho et al., 2010) seja o mais utilizado no estudo desta temática, sugere-se a utilização futura de uma medida que colmate esta lacuna de informação. Propõe-se, por exemplo, o Questionário de Regulação Emocional Cognitiva de Garnefski et al. (2007) por se tratar de um instrumento com adaptação para a população portuguesa (Castro et al., 2013), com uma consistência interna adequada a nível global e das subescalas.

A respeito das potencialidades da presente investigação, reconhece-se o seu contributo para as investigações no contexto do comportamento alimentar, nomeadamente em relação à interação entre as três variáveis em estudo - já que está pouco fundamentada na literatura. A propósito, em Portugal existe um número reduzido de estudos sobre os construtos analisados.

Este estudo destaca-se pelo seu poder informativo e utilidade prática, dado ser inerente a questões de saúde. Revela implicações práticas, sobressaindo a ação junto dos estudantes com sintomas subclínicos de PAI. Reforça-se que a elevada percentagem de indivíduos com comportamentos alimentares disfuncionais na Universidade do Algarve parece mostrar a imperatividade de atuar terapêuticamente no *campus*.

No âmbito da intervenção psicológica, ressalta-se a importância de reconhecer e acompanhar os jovens-adultos desta universidade que relevem problemáticas associadas ao comportamento perfeccionista, dificuldades de regulação emocional e indícios de psicopatologia alimentar, a fim de evitar a intensificação da sintomatologia apresentada (Jacobi et al., 2011).

Parece fundamental promover programas de prevenção de condutas alimentares disfuncionais que informem, esclareçam e consigam minorar o impacto desta realidade na saúde mental dos jovens universitários. Tanto os programas de prevenção, como os de intervenção devem desafiar padrões pessoais irrealistas, rígidos e a redução da tendência destes indivíduos para se autoavaliarem com base na sua alimentação e aparência física (Harrer et al., 2020).

Apesar de Fairburn (2008) contemplar um módulo relativo ao perfeccionismo no tratamento das PAI, considera-o enquanto construto unidimensional e auto-orientado. Em contraste, esta investigação sugere que deve também existir um foco nos aspetos interpessoais, visto ambos impactarem negativamente na saúde mental (Stoeber et al., 2016).

Como os resultados sugerem que o perfeccionismo deve ser analisado no contexto de outras variáveis, especula-se que os indivíduos poderão beneficiar de intervenções preventivas e terapêuticas que invistam no treino de competências de regulação emocional como estratégia para lidar com a pressão social relativa ao corpo (Donahue et al., 2018). Essas intervenções devem visar a diminuição de dúvidas e de críticas em relação à qualidade do seu desempenho, e promover o aumento da utilização de estratégias mais adaptativas como a aceitação, a reavaliação e a reorientação positiva, de modo a reduzir as estratégias mais utilizadas pelos perfeccionistas, como a ruminação e a catastrofização (Castro et al., 2017).

Um outro objetivo nos programas de prevenção poderá ser o desenvolvimento do sentido crítico, com a reflexão em grupo dos ideais de beleza veiculados pelos media. Pretende-se que os jovens consigam avaliar as imagens transmitidas de um modo mais consciente, com vista à desmistificação e descredibilização dos ideais de corpo socialmente impostos.

Em suma, por meio de um planeamento futuro adequado, munido de estratégias eficazes, poder-se-á contribuir para a implementação de medidas que travem o aparecimento destas perturbações e que atenuem o comprometimento psicossocial e académico destes jovens.

A presente investigação oferece ainda abertura a estudos futuros, visto fornecer suporte à compreensão da temática. Apesar de a lista de estudos sobre as variáveis transdiagnósticas relacionadas com o comportamento alimentar ser ampla, sugerem-se novas investigações que se debrucem sobre a interação entre as três variáveis analisadas. Denota-se também a necessidade de desenvolver estudos que abordem o contributo de cada uma das dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004) no comportamento alimentar, visto a maioria contemplar apenas as Estratégias.

Poder-se-á replicar o presente estudo para tecer comparações entre diferentes graus académicos. Esta sugestão deve-se à literatura indicar que o primeiro ano de ensino universitário é o mais crítico no que respeita ao risco de desenvolver uma perturbação mental, devido aos processos de transição e adaptação inerentes (Duffy et al., 2020). Sugere-se também a análise de possíveis diferenças no comportamento alimentar dos jovens de áreas de estudo distintas, dado a literatura apresentar algumas discrepâncias (Alves et al., 2015; Yu et al., 2016).

Por fim, seria interessante comparar uma amostra clínica e uma não clínica para averiguar se se obtêm resultados idênticos ao do presente estudo.

Atendendo à elevada prevalência de sintomatologia subclínica de PAI na população universitária, justifica-se a relevância de explorar variáveis que contribuam para uma resposta mais adaptativa a nível do comportamento alimentar neste período de maior vulnerabilidade. Sugere-se o *Mindfulness*, uma vez que múltiplos estudos empíricos (e.g., Meyer & Leppma, 2019; Sala et al., 2021; Sala et al., 2022), revisões sistemáticas (e.g., Beccia et al., 2018; Yu et al., 2020) e meta-análises (e.g., Linardon et al., 2019; Sala et al., 2020) o têm indicado como fator protetor face ao desenvolvimento e manutenção de condições (sub)clínicas de PAI.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Almeida, D., & Marinho, G. (2021). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy: a literature review. *Psicologia, Saúde & Doenças* 22(3), 979-990. <https://doi.org/10.15309/21psd220317>
- Alves, D., Poínhos, R., Vieira, E., Pinhão, S., Oliveira, B. M., & Correia, F. (2015). Eating behaviour among undergraduate students. Comparing nutrition students with other courses. *Appetite*, 84, 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.011>
- Arsandaux, J., Montagni, I., Macalli, M., Texier, N., Pouriél, M., Germain, R., ... & Tzourio, C. (2021). Mental health condition of college students compared to non-students during COVID-19 lockdown: the CONFINS study. *BMJ open*, 11(8), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053231>
- Association for University and College Counseling Center Directors. (2021). *Annual Survey: 2021*. <https://www.aucccd.org/assets/2020-21Survey%20Report%20Public%20Survey.pdf>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955–2970. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001665>
- Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1977–1986. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.10.004>
- 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>
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Byrne, M. E., Eichen, D. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2016). Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. *Eating Behaviors*, 23, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.09.004>
- Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 77–87. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0042>

- Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., Chaves, B., & Macedo, A. (2013). Questionário da Regulação Emocional Cognitiva: validação para a população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, *34*, 101–109.
- Center for Collegiate Mental Health. (2021). *2021 Annual Report*. <https://ccmh.psu.edu/assets/docs/2021-CCMH-Annual-Report.pdf>
- Chan, Y. L., Samy, A. L., Tong, W. T., Islam, M. A., & Low, W. Y. (2020). Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *32*(6), 334-339. <https://doi.org/10.1177/1010539520947879>
- Christian, C., Martel, M. M., & Levinson, C. A. (2020). Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. *Eating Behaviors*, *36*, 101-344. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101344>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *37*(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Donahue, J. M., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Scharmer, C., & Anderson, D. A. (2018). Evaluating Associations Between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed-Gender Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(11), 900–904. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000895>
- Duffy, A., Keown-Stoneman, C., Goodday, S., Horrocks, J., Lowe, M., King, N., ... & Saunders, K. E. A. (2020). Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych open*, *6*(3), 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.24>
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 63-84. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.004>
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioural therapy. In C. G., Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-24). [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=KRvAIB318-MC&oi=fnd&pg=PA3&dq=airburn,+C.+G.+\(2008\).+Cognitive+behavior+therapy+and+e+a+ting+disorders.+New+Yor](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=KRvAIB318-MC&oi=fnd&pg=PA3&dq=airburn,+C.+G.+(2008).+Cognitive+behavior+therapy+and+e+a+ting+disorders.+New+Yor)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fang, T. T., & Liu, F. (2022). A Review on Perfectionism. *Open Journal of Social Sciences*, *10*(1), 355-364. <https://doi.org/10.4236/jss.2022.101027>

- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- 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>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Sadeh-Sharvit, S., ... Wilfley, D. E. (2019). Screening and offering online programs for eating disorders: Reach, pathology, and differences across eating disorder status groups at 28 U.S. universities. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1125–1136. <https://doi.org/10.1002/eat.23134>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., & Accurso, E. C. (2016). A naturalistic examination of social comparisons and disordered eating thoughts, urges, and behaviors in college women. *International Journal of Eating Disorders, 49*(2), 143–152. <https://doi.org/10.1002/eat.22486>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Monterubio, G. E., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2019). Screening for eating disorders on college campuses: A review of the recent literature. *Current psychiatry reports, 21*(10), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1093-1>.
- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., & Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence, 41*(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.004>
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition, 109*(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in 55 adults. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garner, M., & Garfinkel, E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. <http://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Haynos, A. F., Wang, S. B., & Fruzzetti, A. E. (2018). Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eating disorders*, 26(1), 5-12. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418264>
- 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>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317–326. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199512\)18:4<317::aid-eat2260180404>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199512)18:4<317::aid-eat2260180404>3.0.co;2-2).
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across eating disorders. *Psychiatric Research*, 220(1), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *NUTS: as novas unidades territoriais para fins estatísticos*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/230205992>
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological medicine*, 41(9), 1939-1949. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>.
- Kelly-Weeder, S. (2011). Binge drinking and disordered eating in college students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 33-41. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00568.x>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340_345. <https://doi.org/10.1097/ycp.00000000000000278>
- Khraisat, B. R., Al-Jeady, A. M., Alqatawneh, D. A., Toubasi, A. A., & AlRyalat, S. A. (2022). The prevalence of mental health outcomes among eating disorder patients during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 48, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.01.033>.
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>.
- Kronfol, Z., Khalifa, B., Khoury, B., Omar, O., Daouk, S., deWitt, J. P., ... Eisenberg, D. (2018). Selected psychiatric problems among college students in two Arab countries:

- comparison with the USA. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1718-7>
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Conceptual Review of the Empirical Literature. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis TT - Die Beziehung zwischen Perfektionismus und Psychopathologie: Eine meta-analyse. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: Implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 15-38. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
- Lipson, S. K., Zhou, S., Abelson, S., Heinze, J., Jirsa, M., Morigney, J., ... & Eisenberg, D. (2022). Trends in college student mental health and help-seeking by race/ethnicity: Findings from the national healthy minds study, 2013–2021. *Journal of Affective Disorders*, 306, 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038>
- Lipson, S. K., & Sonnevile, KR. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.003>.
- Longo, P., Aloï, M., Delsedime, N., Rania, M., Segura Garcia, C., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2021). Different clusters of perfectionism in inpatients with anorexia nervosa and healthy controls. *Eating Disorders*, 30(5), 1-16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1938937>
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 296-304. <https://doi.org/10.1002/erv.735>
- Machado, P. P., Lameiras Fernández, M., Gonçalves, S., Martins, C., Calado Oteló, M., Machado, B. C., ... & Fernández Prieto, M. (2004). Eating related problems amongst Iberian female college students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 495-504. <https://hdl.handle.net/1822/1708>
- Malivoire, B., Kuo, J., & Antony, M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, 71, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.006>.
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ... & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>.

- Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., ... & Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2), 175–191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>.
- Meyer, L. P., & Leppma, M. (2019). The role of mindfulness, self-compassion, and emotion regulation in eating disorder symptoms among college students. *Journal of College Counseling*, 22(3), 211–224. <https://doi.org/10.1002/jocc.12138>
- Mikhail, M., & Kring, A. (2019). Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating behaviors*, 34(2), 101315. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101315>
- Norris, S. Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219–229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
- 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>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 349–355. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0507-0>
- Prefit, A. B., Candea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104–438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., ... & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 53–63. <https://doi.org/10.1111/jhn.12060>
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., & Machado, P. P. P. (2014). The Prevalence of Binge Eating Disorder in a Sample of College Students in the North of Portugal. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 185–190. <https://doi.org/10.1002/erv.2283>
- Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C., & Duriez, P. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *European Psychiatry*, 64(1), 1–7. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2242>
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834–851. <https://doi.org/10.1002/eat.23247>

- Sala, M., Vanzhula, I., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2022). Mindfulness and Eating Disorders: A Network Analysis. *Behavior:Therapy*, 53(2), 224-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2021.07.002>
- Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 320-328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... & Bulik, C. M. (2017). The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzackers, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz- 40 Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., ... & Zipfe, S. (2016). Eating disorders...the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6).
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., ... & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: a systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 287(1), 282-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J., & Flett, G. L. (2003). *Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism subscale. International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 69–79. <https://doi.org/10.1002/eat.10237>
- Shu, C. Y., Watson, H. J., Anderson, R. A., Wade, T. D., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2019). A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103429. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103429>
- Soares, A., Pinheiro, M. D. R., & Canavarro, J. (2015). Transição e adaptação ao ensino superior e a demanda pelo sucesso nas instituições portuguesas. *Psychologica*, 58(2), 97-116. <http://hdl.handle.net/10316/47242>
- 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>
- 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.redalyc.org/articulo.oa?id=28750106>

- Soares, M., Macedo, A., Pereira, A., Gomes, A., Marques, M., Maia, B., Pereira, A.T., Gomes, A., Valente, J., Pato, M., Azevedo M. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 390-398. <https://doi.org/10.1002/erv.926>
- Stoeber, J., Madigan, D. J., Damian, L. E., Esposito, R. M., & Lombardo, C. (2016). Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: The central role of perfectionistic self-presentation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 641-648. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0297-1>.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H.C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474. <https://doi.org/10.1002/eat.20625>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>.
- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412 -420. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.06.009>
- Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., & Pohle-Krauza, R. (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety and depression-a focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychology*, 5, 1483062. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1483062>
- United Students. (2019). *The new realists unite students insight report 2019*. <https://www.unitegroup.com/wp-content/uploads/2022/01/new-realists-insight-report-2019.pdf>
- Wacker, E. C. (2018). Barriers and facilitators to seeking treatment for subclinical eating disorders: The importance of supportive relationships. *Journal of Family Psychotherapy*, 29(4), 292-317. <https://doi.org/10.1080/08975353.2018.1471946>
- Yu, J., Song, P., Zhang, Y., & Wei, Z. (2020). Effects of mindfulness-based intervention on the treatment of problematic eating behaviors: a systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(8), 666-679. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0163>
- Yu, Z., & Tan, Michael. (2016). Disordered Eating Behaviors and Food Addiction among Nutrition Major College Students. *Nutrients*, 8(11), 673. <https://doi.org/10.3390/nu8110673>
- Yu, Z., Indelicato, N. A., Fuglestad, P., Tan, M., Bane, L., & Stice, C. (2018). Sex differences in disordered eating and food addiction among college students. *Appetite*, 129, 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.028>

Anexos

Anexo A

Pedido de colaboração para recolha dos dados

Bom dia!

Vimos, por este meio, solicitar a vossa importante colaboração na resposta a um questionário sobre atitudes alimentares nos jovens universitários. Este é dirigido a estudantes de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, e que frequentem atualmente a Universidade do Algarve.

Responder a todas as questões demora cerca de 15 minutos.

Após o preenchimento deste questionário, poderá solicitar o acesso aos resultados globais obtidos nesta investigação.

O link para aceder ao questionário é o seguinte: <https://forms.gle/AAhpUT1nk6MvgrHp9>

Agradecemos ainda a colaboração na divulgação deste questionário, reencaminhando este *link*, de forma que mais pessoas possam preencher.

Muito obrigada!

Anexo B

Consentimento informado

A presente recolha de dados pretende estudar as atitudes e o comportamento alimentar dos jovens universitários e é realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve.

A sua participação é fundamental, mas voluntária. Poderá interromper ou desistir a qualquer momento.

Por favor, responda o mais sinceramente possível a todas as questões.

É garantida a total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo estes exclusivamente utilizados no âmbito da presente investigação.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar via email Jéssica Costa a60937@ualg.pt ou Cláudia Carmo cgcarmo@ualg.pt.

Os dados só serão guardados quando, no final, clicar em “ENVIAR/SUBMETER”, pelo que é muito importante que não desista antes de chegar a este passo.

A resposta a este questionário tem uma duração aproximada de 15 minutos.

Caso aceite participar nesta investigação, por favor preencha o espaço abaixo indicado.

Muito obrigada pela sua contribuição e disponibilidade!

Tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos previstos para a minha colaboração neste estudo e aceito participar.

Sim