

**Elisabete Maria Matos do Vale**

**Perfeccionismo, Imagem Corporal e Comportamento Alimentar:  
Estudo Comparativo entre Jovens-Adultos Com e Sem Prática de  
Atividade Física**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**2023**

**Elisabete Maria Matos do Vale**

**Perfeccionismo, Imagem Corporal e Comportamento Alimentar:  
Estudo Comparativo entre Jovens-Adultos Com e Sem Prática de  
Atividade Física**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Marta Brás



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

**Perfeccionismo, Imagem Corporal e Comportamento Alimentar:  
Estudo Comparativo entre Jovens-Adultos Com e Sem Prática de  
Atividade Física**

**Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser 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

---

(Elisabete Maria Matos do Vale)

© Copyright 2023 em nome de Elisabete Maria Matos do Vale

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**

À minha orientadora, Marta Brás, pelo apoio incomensurável nas minhas questões, protelações e apertos. Pelo rigor e olho clínico, e, em especial, pela sua humanidade. É enorme a minha gratidão e carinho.

À Professora Cláudia Carmo à minha curiosidade nesta área do conhecimento, e pela clareza e disponibilidade com que atendeu as minhas dúvidas, para além do que seria o seu dever.

Aos participantes neste estudo e aos que colaboraram na sua divulgação e partilha. O meu bem-haja a todos e espero que este trabalho sirva para produzir efeitos nas suas vidas, devolvendo-lhes algumas pistas para serem mais felizes.

De um modo especial, à minha mãe. Sobretudo a ela e para ela um trabalho que nos foi tão penoso, quando desloquei tempo do que poderia ser necessário para ela por um bem futuro, e que ainda nem sabemos se irá chegar. Um abraço pelas marmitas e pelos gestos de incentivo. A ela e ao meu pai que me ensinaram a perseverança, a resiliência e o valor do trabalho e da seriedade no que se faz.

Às minhas amigas, Filipa, Teresa Fonseca, Teresa Martinho Ribeiro, Ana Lúcia, Rute, Graciosa. À Edna e à Tânia, colegas que permanecem amigas e que tanto me dão. Que coração gigante têm e capacidade de dar a quem vos retribuiu tão pouco ao longo deste percurso. Muito obrigada pelo colo e por serem presentes.

Ao Emérico Gonçalves pelo incentivo e por me espicaçar para que desse este passo. À querida D. Lurdes, por ter um coração tão bondoso e me apoiar.

À Gisela por todo o seu apoio e pelo seu coração bonito e generoso. Que boa descoberta tem sido esta alma.

Em especial ao meu Ricardo. Sou uma afortunada por nos termos encontrado e continuarmos a descobrir neste caminho. Todas as palavras seriam insuficientes pelo que as substituo por gestos de presença e Amor no nosso futuro.

## **Resumo**

A apresentação de uma imagem perfeita é generalizada e muito valorizada na sociedade atual. O perfeccionismo, pautado pela elevada autoexigência, busca de padrões ideais de desempenho ou de valorização pessoal, tem sido estabelecido como fator de risco e de manutenção de perturbações da imagem corporal e do comportamento alimentar, de acordo com a abordagem transdiagnóstica. A pressão atual para a perfeição e obtenção de estatuto social têm contribuído para um aumento significativo da prevalência destas perturbações, que apresentam como comportamentos compensatórios frequentes padrões disfuncionais de exercício físico.

O presente estudo pretende analisar a relação entre o perfeccionismo, a imagem corporal e a existência de comportamentos alimentares perturbados, em jovens-adultos com diferentes níveis de exercício físico. Participaram 226 jovens-adultos, de ambos os sexos, com idades entre os 18 e os 35 anos, que responderam à Escala Multidimensional de Perfeccionismo, ao Questionário de Forma Corporal e ao Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar-2.

Os resultados na amostra total evidenciam elevados níveis de perfeccionismo socialmente prescrito e uma ligeira insatisfação com a imagem corporal. Os participantes do grupo com prática de exercício físico obtiveram valores médios significativamente mais elevados de Perfeccionismo Orientado aos Outros e maior disfuncionalidade no Comportamento Alimentar (escala total e algumas subescalas), comparativamente aos que não praticam exercício físico.

Estes resultados sugerem que os indivíduos que praticam exercício físico poderão beneficiar de intervenções direcionadas ao perfeccionismo, mas sobretudo ao comportamento alimentar disfuncional. São discutidas as implicações práticas do estudo.

*Palavras-Chave:* Perfeccionismo, Perturbações da Alimentação e da Ingestão, Imagem Corporal, Exercício Físico, Jovens adultos.

## **Abstract**

Presenting a perfect image is widespread and highly valued in today's society. Perfectionism, guided by high self-demand, the search for ideal standards of performance or personal appreciation, has been established as a risk factor and maintenance of disturbances in body image and eating behavior, according to the transdiagnostic approach. The current pressure for perfection and obtaining social status has contributed to a significant increase in the prevalence of these disorders, which present frequent dysfunctional patterns of physical exercise as compensatory behaviors.

The present study aims to analyze the relationship between perfectionism, body image and the existence of disturbed eating behaviors, in young adults with different levels of physical exercise.

Participants were 226 young adults, of both sexes, aged between 18 and 35, who responded to the Multidimensional Perfectionism Scale, the Body Shape Questionnaire and the Eating Behavior Disorders Inventory-2.

The results in the total sample show the existence of high levels of socially prescribed perfectionism and a slight dissatisfaction with body image. Participants in the group who practice physical exercise obtained significantly higher mean values of Other-Oriented Perfectionism and greater dysfunctionality in eating behavior (total scale and some subscales), compared to those who do not practice physical exercise.

These results suggest that individuals who practice physical exercise may benefit from interventions aimed at perfectionism, but above all at dysfunctional eating behavior. The practical implications of the study are discussed.

*Keywords:* Perfectionism, Eating and Intake Disorders, Body Image, Physical Exercise, Young Adults.

## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico .....	3
1.1. Perfeccionismo e Comportamento Alimentar .....	3
1.3. Perturbações da Alimentação e da Ingestão .....	12
1.4. Imagem corporal .....	17
1.5. Exercício físico .....	22
1.6. Perfeccionismo e prática de exercício físico .....	26
Capítulo II – Estudo Empírico.....	29
2. Objetivos de Investigação.....	29
3. Método.....	30
3.3.1. Questionário Sociodemográfico e axiológico .....	33
3.3.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP) (Multidimensional Perfectionism Scale).....	34
3.3.3. Questionário de Forma Corporal (QFC) (Body Shape Questionnaire, (BSQ). .....	35
3.3.4. Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2). .....	36
3.4. Procedimento de Recolha de Dados.....	39
3.5. Procedimento de Tratamento de Dados .....	40
4. Resultados.....	41
4.1. Análise Descritiva .....	41
4.2. Análise correlacional das variáveis .....	55
5. Discussão .....	59
6. Conclusões .....	68
Referências Bibliográficas.....	71

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1- Formulação Transdiagnóstica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão</b> .....	9
---	---

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Caracterização da amostra .....	30
<b>Tabela 2</b> - Categorias profissionais da amostra .....	32
<b>Tabela 3</b> - Caracterização do Comportamento Alimentar .....	42
<b>Tabela 4</b> - Apresentação da amostra relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC) .....	43
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da amostra relativamente à prática de exercício físico .....	45
<b>Tabela 6</b> - Caracterização da amostra relativamente à relação com a alimentação .....	47
<b>Tabela 7</b> - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas .....	48
<b>Tabela 8</b> - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas comparando os grupos por género. ....	50
<b>Tabela 9</b> - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas comparando os grupos por prática de exercício físico. ....	52
<b>Tabela 10</b> - Correlação dos Escalas totais e Subescalas comparando os grupos dos participantes que praticam e não praticam exercício físico. ....	56
<b>Tabela 11</b> - Contributo do Perfeccionismo e da Imagem Corporal na explicação do Comportamento Alimentar .....	57

## **Lista de Siglas**

PAI – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

PIAC – Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

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

OMS – Organização Mundial da Saúde

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª Edição

IMC – Índice de Massa Corporal

## Introdução

A saúde psicológica tem vindo gradualmente a ganhar importância na sociedade atual, sobretudo pelo reconhecimento de que mais do que encontrar uma categoria diagnóstica, existem processos que aumentam a vulnerabilidade para o sofrimento, sendo que qualquer pessoa pode sofrer de algum problema de saúde psicológica, com maior ou menor gravidade, em algum momento da sua vida.

Neste sentido, a investigação tem procurado identificar fatores de risco, de modo a poder atuar de forma preventiva e a agir o mais eficaz e precocemente possível. O perfeccionismo tem sido reconhecido como um desses fatores e com um impacto significativo na predisposição para uma relação disfuncional com o corpo e com a alimentação, ainda que os seus efeitos, mais ou menos adaptativos, no funcionamento do indivíduo sejam ainda alvo de exploração (Paulson & Rutledge, 2014).

A idealização da forma corporal e da magreza, com foco na obtenção de uma imagem perfeita valorizada socialmente (Boni et al., 2022; Fairburn & Cooper, 2014), pode predispor à adoção de padrões alimentares (Fairburn, 2008) e práticas de exercício físico disfuncionais (González-Hernández et al., 2022; Paulson & Rutledge, 2014)

Se, por um lado, a prevalência do excesso de peso e da obesidade são reconhecidos problemas de saúde pública nos países ocidentais, em cerca de 60% dos adultos (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2022), o aumento significativo das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) é preocupante (Treasure et al., 2020).

Adicionalmente, o exercício físico pode ter um papel relevante na prevenção ou agudização destes problemas. Contudo, pouco tem sido explorado neste domínio, especialmente em relação aos efeitos das motivações para a prática, intensidade e frequência da prática na comunidade (Paulson & Rutledge, 2014).

Este trabalho de investigação tem como propósito explorar a relação entre o perfeccionismo, a imagem corporal, os padrões de comportamento alimentar e o exercício físico em jovens adultos da população não-clínica, uma vez que a maioria dos estudos nesta área tem vindo a incidir em adolescente, no sexo feminino e/ou em população clínica, e na população académica, por conveniência de amostra.

## **Capítulo I – Enquadramento Teórico**

### **1.1.Perfeccionismo e Comportamento Alimentar**

A personalidade, conceptualizada como um padrão estável de comportamento, sentimentos e pensamentos, e a sua relação com as PAI (Perturbações da Alimentação e Ingestão), tem vindo a ser alvo de investigação, no seu papel enquanto fator etiológico, na manifestação sintomática e sua manutenção, por forma a possibilitar intervenções clinicamente eficazes (Farstad et al., 2016; Shafran et al., 2002).

O perfeccionismo é um traço de personalidade caracterizado por elevadas aspirações e padrões de exigência relativamente ao desempenho pessoal, associado a uma preocupação excessiva com o erro e à busca pela ausência de falhas, apesar das consequências negativas (Duffy et al., 2019; Farstad et al., 2016; Flett & Hewitt, 2005; González-Hernández et al., 2022; Shanmugam & Davies, 2015; Stoeber, 2014; Tozzi et al., 2004), e acompanhado por um elevado autocriticismo (Shanmugam & Davies, 2015; Stoeber, 2014).

Este fator, a par da baixa autoestima, associada a esquemas disfuncionais na autoavaliação do sujeito, vê a sua relação documentada e amplamente associada a padrões alimentares perturbados (Duffy et al., 2019; Levinson et al., 2017; Shanmugam & Davies, 2015; Troscianko & Leon, 2020; Vacca et al., 2021). Habitualmente, precedem e acompanham o desenvolvimento destas perturbações (Fairburn, 2008; Treasure et al., 2020), enquanto fator de risco (Boni et al., 2022; Levinson et al., 2017; Luo et al., 2013; Paulson & Rutledge, 2014; Shanmugam & Davies, 2015; Troscianko & Leon, 2020; Tozzi et al., 2004; Vacca et al., 2021) e de manutenção (Levinson et al., 2017; Vacca et al., 2021), mas também como barreira ao tratamento (Levinson et al., 2017; Luo et al., 2013).

Tradicionalmente, o perfeccionismo tem sido definido como a crença de que se deve ser competente, adequado, inteligente e capaz em todos os domínios da sua vida (Hill et al., 2018).

Deste modo, verifica-se uma tendência excessiva para a autoimposição de padrões irrealistas de desempenho em determinadas áreas de vida, apesar das consequências adversas que estas possam acarretar (Shafran et al., 2002). Nestes casos, o valor pessoal fica dependente da capacidade do indivíduo para alcançar os objetivos definidos (Fairburn et al., 2008; Hill et al., 2018; Vacca et al, 2021), e que por norma são tão elevados que se torna prejudicial (Hill et al., 2018).

A par desta exigência excessiva, observam-se erros cognitivos como atenção seletiva ao fracasso, pensamento dicotómico (sucesso total ou fracasso total), assim como a idealização, marcada pela propensão à autoavaliação negativa e à necessidade de aprovação externa (Tozzi et al, 2004).

Trata-se, por conseguinte, de uma dimensão da personalidade muito associada a desajuste psicológico, que aumenta a vulnerabilidade a problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbações do comportamento alimentar. Os seus efeitos serão tão mais elevados quanto mais inadequadas sejam as estratégias de *coping* e de resolução de problemas utilizadas ou caso seja experienciado fracasso (Flett & Hewitt, 2005; González-Hernández et al., 2022).

O perfeccionismo maladaptativo é definido como o fator a partir do qual o sujeito baseia o seu valor pessoal em padrões irrealistas de desempenho autoimpostos, em pelo menos um domínio da sua vida, apesar das consequências adversas (Egan et al., 2014; Ralph-Nearman et al., 2023).

Considera-se que o modo como este fator opera nas perturbações alimentares se relaciona com o valor atribuído à perfeição naquele domínio e o receio de falhar, associado a uma elevada conscienciosidade e rigidez cognitiva, o que favorece o controlo calórico e do apetite pelo desejo de simplicidade e de sensação de controlo em algum aspeto na sua vida, neste caso o peso e a dieta (Egan et al., 2014).

Complementarmente, uma imagem perfeita e magra é altamente valorizada na sociedade ocidental, a que as mulheres e, de forma crescente, os homens têm sido cada vez mais suscetíveis (Egan et al., 2014). Esta propicia a adesão a regras rígidas acerca da comida e do peso.

Consequentemente, assiste-se a uma inibição na capacidade de compreender e respeitar as sensações interoceptivas relativas à ingestão alimentar e à digestão, a par de uma maior suscetibilidade à ansiedade perante estas sensações, pelo que os estímulos relacionados com a comida, o peso e a forma do corpo são catalogados como ameaçadores (Duffy et al., 2019).

O perfeccionismo tem sido considerado um fator de risco fortemente associado a AN e BN, os quadros psicopatológicos de natureza mais restritiva (Boni et al., 2022; Egan et al., 2014; Farstad et al., 2016; Hilbert et al., 2014; Shafran et al., 2002).

Inicialmente concebido como um construto unidimensional, a possibilidade de diferenças no impacto no funcionamento e rendimento do sujeito, conduziram à sua teorização como construto multidimensional. Esta decorre da ausência de consenso acerca do possível efeito adaptativo ou unicamente desadaptativo deste fator (Flett & Hewitt, 2005, uma vez que pode potenciar a motivação para o alcance de objetivos ou, por outro lado, ser condicionador pelo padrão de autocrítica excessiva e de intolerabilidade perante o erro (Başaran, 2022).

Esta conceptualização foi inicialmente proposta por Frost e colaboradores (1990) num modelo bifatorial, e depois, em 1991, por Hewitt e Flett (Shafran et al., 2002).

De acordo com o primeiro modelo, o perfeccionismo possui duas dimensões principais, as aspirações perfeccionistas e as preocupações perfeccionistas, cada uma com direções opostas no bem-estar psicológico e potencial adaptativo do comportamento e dos resultados do sujeito (Stoeber et al., 2020; Vacca et al, 2021).

As aspirações perfeccionistas caracterizam-se pela tentativa da superação dos padrões pessoais elevados e busca da excelência e da melhor versão de si (Hill et al., 2018; Stoeber et al., 2020). Encontram-se relacionadas com uma maior autoeficácia (Stoeber et al., 2020).

Já as preocupações perfeccionistas, são marcadas pela elevada preocupação com o erro e com o receio da avaliação negativa por parte dos outros, assim como por uma dissonância entre os objetivos definidos e o desempenho e por reações emocionais negativas perante a falha (Levinson et al., 2017; Stoeber et al., 2020; Vacca et al, 2021).

Deste modo, a primeira estará relacionada com um melhor ajustamento psicológico e maior bem-estar e a segunda com um maior desajuste (Vacca et al, 2021).

Neste sentido, o perfeccionismo enquanto mecanismo potenciador de esforços para alcançar objetivos inatingíveis, ou marcado por padrões de exigência e autocrítica muito elevados, tem vindo a considerar-se maladaptativo, na medida em que se associa à incapacidade para lidar com o fracasso (Flett & Hewitt, 2005).

A conceptualização de Hewitt e Flett, em 1991, estabeleceu três dimensões distintas de perfeccionismo: o perfeccionismo auto-orientado, caracterizado por uma elevada exigência em relação a si próprio, com padrões de desempenho muito elevados e elevado escrutínio e autocrítica na avaliação do desempenho e do seu alcance; o perfeccionismo orientado para os outros, no qual a exigência de perfeição se dirige aos

outros; e o perfeccionismo socialmente prescrito, dimensão em que existe a crença por parte do sujeito de que os outros, habitualmente os mais significativos, têm padrões de expectativas acerca do desempenho do sujeito excessiva e irrealisticamente elevadas, que o submetem a uma excessiva avaliação e escrutínio e que exercem pressão para que seja perfeito (Egan et al., 2012; Farstad et al., 2016; Flett & Hewitt, 2005; Shafran et al., 2002).

Para Shafran et al. (2002), o perfeccionismo auto-orientado é a dimensão mais próxima do conceito de perfeccionismo clínico e aquela que é mais elevada em pacientes com PAI, comparativamente com a população normal. Já para Flett e Hewitt (2005), o perfeccionismo auto-orientado e a existência de padrões pessoais elevados podem ter um impacto positivo no desempenho do sujeito, na medida em que o dirige para a concretização de objetivos, motivando-o para a ação e trazendo-lhe sentimentos de satisfação e de recompensa (Czepiel & Koopman, 2021; González-Hernández et al., 2022).

Não obstante, estabelecem que o perfeccionismo socialmente prescrito e a excessiva preocupação com o erro são consideradas dimensões maladaptativas (Flett & Hewitt, 2005).

## **1.2.Perfeccionismo e o Modelo Transdiagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

Considera-se transdiagnóstico um fator que se encontra entre perturbações e que explica o seu início ou a sua manutenção (Egan et al., 2012).

O perfeccionismo patológico ou maladaptativo tem sido um dos fatores críticos nas PAI, e estabelecido tanto enquanto fator de risco, etiológico, de manutenção e como barreira ao tratamento eficaz (Duffy et al., 2019; Farstad et al., 2016; Ralph-Nearman et al., 2023). É um traço que tende a manter-se elevado após tratamento, e que poderá ser explicativo das recidivas ou da migração entre diagnósticos, bem como associado ao

surgimento de outras comorbidades. Agrega-se, ainda, a sintomatologia mais grave e a um pior prognóstico, verificando-se uma maior incidência na população clínica comparativamente à comunidade (Duffy et al., 2019; Egan et al., 2012; Farstad et al., 2016; González-Hernández et al., 2022).

A complexidade e a heterogeneidade de expressões comportamentais e psicofisiológicas ao longo da trajetória de perturbação, e a sua tendência à cronicidade, têm suscitado interesse científico neste domínio (Breton et al., 2022; Fairburn & Cooper, 2011; Treasure et al., 2020; Wade & Pellizzer, 2020).

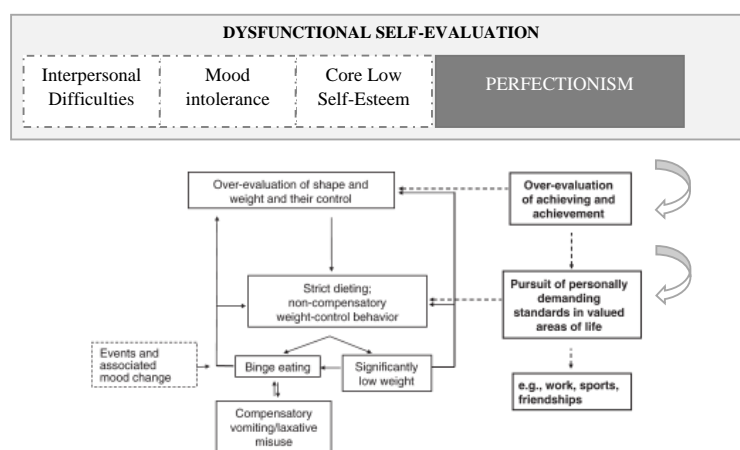
O perfeccionismo, de forma particular, tem sido considerado um dos fatores críticos na manutenção das PAI, especialmente na AN e BN e em casos de IMC mais baixo, e na elevada migração entre quadros, o que obrigou a repensar a abordagem categorial e as formas de tratamento adotadas. Deste modo, desenvolveu-se uma abordagem psicoterapêutica focada nestes processos e nos padrões cognitivos e comportamentais envolvidos, independentemente do seu diagnóstico e que pretende alcançar também os sujeitos que não cumprem na totalidade dos critérios de patologia, tanto ao nível do comportamento alimentar como das alterações na imagem corporal (Başaran, 2022; Egan et al., 2012; Fairburn & Cooper, 2014; Fairburn, 2008; Glazer et al., 2021; Ralph-Nearman et al., 2023). Considera-se que esta irá dismantelar uma série de fatores de manutenção, facilitando a mudança (Egan et al., 2014).

O Modelo Transdiagnóstico das Perturbações Alimentares proposto por Fairburn Cooper e Shafran (2003, cit. in Fairburn, 2008) prevê a existência de mecanismos cognitivos de base, que predisõem para a perturbação, a qual assume sintomas e manifestações que a enquadram em diferentes classificações e manifestações, e que são responsáveis pela manutenção destes quadros ao longo do tempo (Fairburn, 2008), pelo

que o tratamento se deverá direcionar a estes (Fairburn & Cooper, 2014; Schaeuffele et al., 2021).

O perfeccionismo é um destes quatro mecanismos de base e traços transdiagnósticos, a par da baixa autoestima, dificuldades na regulação do humor como resposta a eventos de vida negativos e de dificuldades no funcionamento interpessoal (Egan et al., 2014 Fairburn & Cooper, 2014; Schaeuffele et al., 2021). Tal como observado pela Figura 1, conduz à definição de metas excessivamente elevadas numa determinada área da sua vida, como forma de confirmação do valor pessoal, caso os consigam alcançar (Egan et al., 2012).

No caso das PAI, o foco do perfeccionismo centra-se na forma corporal e peso, opepo que os padrões de comportamento e de relação com os alimentos são de tal forma rígidos e difíceis de manter, que levam a episódios de descontrolo e à ingestão compulsiva de alimentos Estes eventos são considerados pelo sujeito como falhas graves, e têm impacto no humor, na relação com os outros e no sentido de valorização pessoal, conduzindo à tentativa de regresso aos padrões estabelecidos, e conseqüente manutenção dos processos patológicos (Fairburn, 2008).



**Figura 1-** Formulação Transdiagnóstica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão

Adaptado de “*Clinical Perfectionism, Core Low Self-Esteem and Interpersonal Problems*”, in Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, Fairburn et al., (2008), p.201.

Deste modo, este modelo propõe-se a intervir nos processos patológicos subjacentes às perturbações e que contribuem para a sua manutenção (Glazer et al., 2021), já que, numa abordagem categorial, estabelecer um diagnóstico acaba por ser comparado por Fairburn e Cooper (2011), a um registo fotográfico, em que uma única entidade psicopatológica pode estar a apresentar diferentes manifestações de sintomas ao longo do tempo.

Esta abordagem tem sido dirigida ao perfeccionismo, ansiedade, perturbações depressivas e ao comportamento alimentar, e sido aplicado em diferentes populações, com eficácia comprovada em diversos estudos (Başaran, 2022; Egan et al., 2012; Levinson et al., 2017).

Para Shafran, Cooper e Fairburn (2002), o núcleo central do perfeccionismo patológico reside no medo mórbido do fracasso e na incessante perseguição do sucesso, residindo o valor pessoal na capacidade de cumprimento das expectativas nas áreas de maior saliência (Shafran et al., 2002). Este fator induz ao estabelecimento e adesão a padrões de desempenho demasiado elevados, a uma maior rigidez, inflexibilidade e distorção no modo como estes sujeitos se autoavaliam e interpretam as situações, pautados por inflexibilidade cognitiva e comportamental e autocrítica excessiva no caso de incumprimento das suas aspirações (Başaran, 2022; Egan et al., 2014; Ralph-Nearman et al., 2023).

No caso das PAI, o valor pessoal recai sobretudo, ou exclusivamente, sobre a da forma e o peso corporal, aspetos nos quais se baseia o esquema autoavaliativo disfuncional (Fairburn, 2008; Ralph-Nearman et al., 2023). Tal reflete-se em padrões extremamente elevados face à alimentação, forma e peso corporais e o seu controlo, com uma busca contínua da perfeição nestes domínios, o que mantém a perturbação (Egan et al., 2012).

Consequentemente, o foco atencional é dirigido de forma excessiva para a autoimposição de regras rígidas, inflexíveis e altamente exigentes relativamente a quando, o quê e como deve ser a relação com os alimentos e com o peso e a forma corporais, que conduzem a padrões cognitivos e comportamentais desajustados e votados ao fracasso, que estes sujeitos consideram como falhas pessoais (Czepiel & Koopman, 2021; Fairburn, 2008; Ralph-Nearman et al., 2023).

Paralelamente, esta preocupação intensa com o peso e/ou com a forma do corpo ou em partes específicas do mesmo resulta no seu escrutínio e em verificações frequentes e/ou num receio intenso perante oscilações mínimas de peso, ou, por outro lado, conduz a um evitamento recorrente do corpo, apesar de mantida uma preocupação persistente. Verificam-se, também, comparações constantes com os outros e de um modo predominantemente desvantajoso para o próprio, para além de uma sensação extrema de ser gordo e repugnante (Fairburn, 2008).

Por sua vez, verifica-se, também, o recurso a outras estratégias de gestão do peso, como o uso de diuréticos ou laxantes e/ou hábitos de exercício físico desajustados (Breton et al., 2022; Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn, 2008; Schaumberg et al., 2022; Treasure et al., 2020).

Esta dimensão deve, no entanto, ser diferenciada da insatisfação com o corpo considerada normativa, e que tem sido encontrada como fator comum na população não-clínica (Fairburn, 2008), face à pressão social muito arraigada nas sociedades ocidentais para a apresentação de uma imagem e de um corpo perfeitos, enquanto símbolos de estatuto social e de felicidade (Withnell & Bodell, 2023).

Neste sentido, o foco do tratamento não será tanto o comportamento de dieta ou o peso, a restrição ou ingestão alimentar compulsiva, mas as atitudes e crenças acerca do peso e da forma física, as quais são reforçadas culturalmente (Fairburn & Cooper, 2014).

### 1.3.Perturbações da Alimentação e da Ingestão

O controlo do peso e da imagem corporal ultrapassa o domínio da ingestão calórica e a deteção de sinais fisiológicos associados à fome e à saciedade. Envolve também mecanismos metabólicos, hormonais e neurocognitivos, assim como expectativas e memórias, conhecimento acerca da disponibilidade dos alimentos e da sua qualidade, bem como do custo e consequências da sua ingestão (Davidson et al., 2019).

É, portanto, um comportamento complexo, com impacto no funcionamento e bem-estar psicológico e social, na autoimagem e nas relações sociais (Breton et al., 2022; Davidson et al., 2019; Ogden, 2010).

De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* – DSM-5 (APA, 2013), existem seis Perturbações da Alimentação e da Ingestão. A Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) são as mais comuns e mais estudadas. Na versão atual deste manual são incluídas três outras perturbações que anteriormente eram associadas à infância, a Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante Restritiva, Pica e Perturbação da Ruminação, mais residuais na sua incidência.

As PAI caracterizam-se por padrões de alimentação alterados e são marcadas por atitudes disfuncionais em relação ao peso e forma corporal, como crenças e distorções cognitivas, com impacto físico e psicossocial (Fairburn & Cooper, 2011; Hilbert et al., 2014; Treasure et al., 2020;).

Apesar da heterogeneidade, tem sido consensual o seu na saúde física e no funcionamento social (Treasure et al., 2020), que embora mais prevalentes entre raparigas adolescentes e mulheres jovens-adultas, se suspeita do subdiagnóstico nos homens, e que têm tendência à cronicidade (Fairburn & Cooper, 2014; Paulson & Rutledge, 2014).

Neste sentido, embora as mulheres sejam um dos públicos mais estudados entre os associados a este tipo de problema, as preocupações com o corpo e com o peso têm vindo a generalizar-se a ambos os sexos (Czepiel & Koopman, 2021). Com efeito, estima-se a existência de uma prevalência de comportamentos de dieta entre 27% e 68% na literatura, sendo que destes um intervalo entre 10% e 58% são comportamentos de dieta não saudáveis (Czepiel & Koopman, 2021).

Estes dados são coincidentes com uma meta-análise recente que destaca que grande parte da população já tentou perder peso, embora estas tentativas se encontrassem associadas a comportamentos de saúde negativos, mas também a um índice de massa corporal (IMC) mais elevado, evidenciando a sua ineficácia (Halali et al., 2020).

Os padrões alimentares dos indivíduos com comportamentos alimentares perturbados pautam-se por regras muito específicas, rígidas e inflexíveis quanto à alimentação, que incluem contagem sistemática de calorias, restrição e evitamento de estímulos alimentares e de alimentos rotulados como proibidos, podendo existir motivações adicionais, como o ascetismo, elevação moral e espiritual, competitividade ou desejo de atenção por parte dos outros. Trata-se de um padrão comportamental transversal aos diferentes quadros, com exceção da PIAC (Fairburn, 2008).

A organização das atividades e do quotidiano dos sujeitos é condicionada pela alimentação (Fairburn, 2008). Consequentemente, evita-se a ingestão perto de outras pessoas e verifica-se uma forte tendência ao isolamento e um comprometimento das relações de intimidade, do rendimento profissional e escolar, o que acaba por agravar ainda mais o seu impacto (Breton et al., 2022; Fairburn, 2008).

Quanto ao padrão de evolução, a AN tem um início mais precoce, tipicamente na adolescência com a realização de uma dieta, que se torna cada vez mais extrema e inflexível, conduzindo a um quadro de baixo peso (Fairburn, 2008). Verifica-se depois

uma evolução comum para episódios de perda de controlo, com ingestão alimentar compulsiva, reganho de peso e, assim, a progressão para quadros de BN ou quadros mistos, com retorno a ciclos de restrição calórica que precedem episódios de compulsão alimentar, um padrão que habitualmente prevalece no tempo (Breton et al., 2022; Bryant et al. 2022; Fairburn, 2008; Fairburn & Cooper, 2011; Hilbert et al., 2014; Treasure et al., 2020). Deste modo, identifica-se que a dieta pode ser um fator comum na trajetória de ambas as perturbações (Hilbert et al., 2014).

Já as perturbações purgativas, BN e PIAC, possuem uma maior incidência na população adulta (Fairburn, 2008; Hilbert et al., 2014), e uma menor tendência a diferenças de género (Treasure et al., 2020), ainda que o diagnóstico no sexo masculino seja, de um modo geral, mais tardio (Boni et al., 2022). Estas são marcadas por episódios de compulsão alimentar recorrentes, associados a uma maior impulsividade, dificuldades no controlo inibitório e maior sensibilidade ao processamento de recompensas em relação à comida (Farstad et al., 2016; Hilbert et al., 2014; Treasure et al., 2020). Geralmente, estes sujeitos apresentam maior apetite e excesso de peso (Hilbert et al., 2014; Treasure et al., 2020), sendo que na PIAC o padrão alimentar tem sido identificado como mais caótico (Hilbert et al., 2014) e mais suscetível ao processamento de estímulos alimentares (Treasure et al., 2020).

Já na AN estes episódios de descontrolo apenas sucedem no subtipo purgativo (Hilbert et al., 2014), e não são tão severos (Fairburn & Cooper, 2011), uma vez que sujeitos com este quadro tendem a ser menos impulsivos (Treasure et al., 2020).

A PIAC constitui um quadro diagnóstico incluído no DSM-5 (APA, 2013) como uma perturbação alimentar caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos, sem a existência de comportamentos compensatórios extremos típicos da AN e da BN (Fairburn & Cooper, 2011), pelo que o excesso de peso e a obesidade são frequentes (Breton et al.,

2022; Fairburn & Cooper, 2011). Nestes quadros, a discrepância entre sexos não é tão significativa e é aquele com a média de idades mais elevada (Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn, 2008).

De acordo com Bryant et al. (2022), apenas 50% dos sujeitos diagnosticados com PAI recupera totalmente, levando entre 1 a 6 anos para que tal aconteça. Por sua vez, entre 20 a 30% dos sujeitos apresenta um curso crónico de perturbação (Bryant et al. 2022).

Paralelamente, uma parte significativa dos pacientes persiste cronicamente em métodos de controlo do peso (Fairburn, 2008). Contudo, este tende à estabilização desde a adolescência à idade adulta, apesar de persistirem os sintomas cognitivos e comportamentais de preocupação com o peso, atenção seletiva à comida, insatisfação com o corpo e medo da perda de controlo (Breton et al., 2022).

Estima-se um aumento da prevalência destas problemáticas ao longo dos últimos 50 anos, a par da mudança também verificada no contexto que envolve a alimentação (Treasure et al., 2020). Subsiste o facto de existir uma franja reduzida da população a procurar tratamento, face à vergonha, resistência e ambivalência perante a mudança e o abandono de crenças associadas a estes padrões de comportamento. A magreza e a mudança na forma do corpo ou na alimentação incorporam expectativas de uma melhoria na vida da pessoa, tanto nos seus padrões de valorização pessoais como no relacionamento interpessoal, e constituem igualmente uma forma de comunicar sentimentos e de ajuda na gestão das emoções negativas (Wade & Pellizzer, 2020).

Por sua vez, verifica-se tendencialmente um atraso na deteção e na aplicação do tratamento adequado (Bryant et al. 2022), pelo que os dados epidemiológicos podem não ser claros (Treasure et al., 2020; Wade & Pellizzer, 2020). Bryant et al. (2022), num trabalho de revisão, enfatizam que a maioria dos estudos exploratórios tem sido realizada

na população universitária, mas que no contexto dos serviços de saúde na comunidade subsistem dificuldades na identificação destes quadros, especialmente a PIAC a PAI-NE, a par de casos subclínicos, em populações com excesso de peso e obesidade e no sexo masculino.

Assim, a deteção continua a ser mais fácil nos casos de AN, comparativamente à BN e PIAC, este último com menos apoio clínico (Bryant et al. 2022; Treasure et al., 2020).

No que concerne ao género, destaca-se o subdiagnóstico no sexo masculino, como resultado da ausência de indicadores e parâmetros compreensivos acerca destes processos nesta população, o que conduz a que apenas sejam detetadas situações mais severas (Boni et al., 2022; Bryant et al. 2022; Paulson & Rutledge, 2014).

Nestes casos, salienta-se a existência de critérios pouco ajustados a esta população, já que o IMC poderá não ser um indicador de perturbação nos homens, uma vez que a representação de um corpo ideal costuma ser representada por uma aparência musculada e não pela magreza, como tradicionalmente é o caso feminino (Boni et al., 2022; Treasure et al., 2020).

Não obstante, o rácio dos diagnósticos passou de 1:11 entre homens e mulheres, para se 1:4 atualmente, o que demonstra um crescimento deste tipo de afeção no sexo masculino (Boni et al., 2022).

Deste modo, apesar de se considerar que este género é menos suscetível a estas patologias, Breton et al. (2022) destacaram num estudo longitudinal que os padrões de sintomas eram semelhantes em ambos os sexos, ainda que no feminino fossem mais severos. Adicionalmente, verificaram-se diferenças nos métodos compensatórios, com o sexo feminino a recorrer sobretudo à restrição calórica, comprimidos e laxantes, e o masculino a exercício físico e jejum (Boni et al., 2022; Breton et al., 2022).

Por outro lado, a PIAC é a perturbação mais prevalente nos homens quando comparada às restantes PAI, enquanto as mulheres tendem a ser mais vulneráveis à AN e à BN, tanto em amostras comunitárias como na população clínica (Breton et al., 2022).

Estes resultados têm vindo a sublinhar quão pouco ainda se sabe acerca do comportamento alimentar perturbado para além dos casos já diagnosticados, no sexo masculino e na população não clínica.

#### **1.4. Imagem corporal**

A imagem corporal é um conceito complexo e define-se como a representação mental que cada um faz do seu corpo, e integra perceções, pensamentos, sentimentos e comportamentos face ao mesmo (Allen & Walter, 2016; Longhurst, 2022). Define-se como a avaliação cognitiva e afetiva por parte de um indivíduo acerca do seu corpo ou aparência, que podem assumir uma valoração positiva ou negativa (Kling et al., 2019).

Neste sentido, as perturbações ao nível da imagem corporal podem operar-se na dimensão perceptiva e afetiva. Na primeira, verifica-se uma discrepância entre a perceção do corpo e a sua forma na realidade, com tendência à sobrestimação da forma ou de partes específicas, como é o caso da dismorfia corporal. Na segunda, observa-se uma discrepância entre o corpo real e o ideal, marcada pela insatisfação e preocupação excessivas com este aspeto (Askew et al., 2020; Hamamoto et al., 2022; Kling et al., 2019).

Estas alterações geram emoções negativas intensas e conduzem a comportamentos disfuncionais em relação ao corpo, como o seu exame frequente (Allen & Walter, 2016; Farrell et al., 2019; Hamlin, 2022), os quais, apesar de gerarem uma sensação de segurança e controlo e de diminuírem a ansiedade a curto prazo, reforçam-na, produzindo maior mal-estar e sofrimento (Farrell et al., 2019).

Apesar da diversidade terminológica e multiplicidade de designações, existem três dimensões que têm vindo a mostrar-se consistentes na investigação e avaliação neste domínio, nomeadamente a sobreavaliação ou avaliação disfuncional do peso e forma corporais, a insatisfação com o corpo e a preocupação excessiva com aspetos corporais, esta última marcada pela obsessividade ou pensamentos excessivos acerca dos mesmos (Askew et al., 2020). Estas são apontadas como preditores da severidade das PAI e associam-se a outros problemas psicológicos como depressão, baixa autoestima e consumo de substâncias (Askew et al., 2020; Hamamoto et al., 2022; Linardon et al., 2021; Withnell & Bodell, 2023).

Contrariamente, indivíduos com uma imagem corporal positiva apresentam níveis mais elevados de bem-estar, demonstram estratégias de *coping* mais ajustadas e são mais otimistas (Longhurst, 2022).

Não obstante, a satisfação com a imagem corporal constitui um aspeto dinâmico, apresentando variações em função de variáveis internas e externas, e considera aspetos como a idade, o género, a cultura e a sexualidade. É construída em função das experiências, do contexto individual e dos padrões sociais, através da internalização de representações sociais acerca da aparência (Longhurst, 2022).

A preocupação globalizada nas sociedades ocidentais atuais com ideais de atratividade e de imagem (Askew et al., 2020; Allen & Walter, 2016; Longhurst, 2022; Ogden, 2010) fomentam a comparação social e reforçam uma tendência à autoavaliação baseada na imagem, habitualmente com conotação negativa (Longhurst, 2022; Withnell & Bodell, 2023).

Desta forma, os padrões ideais de magreza têm vindo a associar-se a baixa autoestima e insatisfação corporal, já que a necessidade de corresponder a um padrão ideal constitui-se como uma forma de garantia de valor pessoal (Martin & Racine, 2017),

podendo levar à adoção de padrões de comportamento disfuncionais (Vartanian et al., 2018), ainda que muitas vezes não de forma suficiente para preencher os critérios de perturbação (Longhurst, 2022).

De acordo com Linardon et al. (2021), cerca de 65% dos jovens está insatisfeito com o seu corpo, e entre 10 a 30% da população geral envolve-se em comportamentos alimentares perturbados, tanto restritivos, como purgativos ou compulsivos.

Neste sentido, apesar de a insatisfação com o corpo, tanto ao nível do peso como da forma, ter vindo a considerar-se normativa (Withnell & Bodell, 2023), os seus efeitos podem revelar-se num aumento do risco de perturbações alimentares (Stice et al, 2017; Withnell & Bodell, 2023; Vartanian et al., 2018) Este desejo por alcançar um corpo ideal aumenta a predisposição para adotar regimes dietários extremos e outros comportamentos de gestão do peso, associados à crença de que estas estratégias irão conduzir a uma maior satisfação corporal e, em simultâneo, valorização social (Czepiel & Koopman, 2021; Stoeber, 2014; Withnell & Bodell, 2023).

Por sua vez, para além das alterações na imagem exterior, estes sujeitos apresentam também dificuldades em identificar de forma precisa os sinais interoceptivos de fome e de saciedade. Com efeito, verificam-se ideias distorcidas acerca da metabolização dos alimentos, com a crença de que a ingestão alimentar excessiva ou de alimentos mais calóricos irá de imediato fazer engordar, o que se reflete numa imagem corporal negativa (Hamlin, 2022). Este receio é uma crença disfuncional que tem vindo também a ser perpetuada por marcas e produtos associados à perda de peso, como os “detox” e digestivos, que fornecem a sensação de “limpeza” do sistema digestivo e de anulação dos efeitos dos alimentos ingeridos (Hamlin, 2022).

Estes fatores atuam também como perpetuadores de perturbação, na medida em que geram uma maior hipervigilância interoceptiva, sentimentos de ineficácia, ansiedade

e sintomatologia mais acentuada, bem como resistência ao tratamento, na medida em que o pedido de abandono de um padrão de dieta é associado à crença de que se aceita engordar (Hamamoto et al., 2022; Hamlin, 2022).

Dada a centralidade do peso e da forma corporais na autoavaliação pessoal, as alterações ao nível da imagem corporal têm vindo a ser identificadas como um dos sintomas cognitivos nucleares e critério de diagnóstico no *Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais* nas suas diferentes versões (Askew et al., 2020; Hamamoto et al., 2022; Hamlin, 2022; Withnell & Bodell, 2023).

Num estudo realizado por Askew et al. (2020), a preocupação com o peso e forma do corpo foi um preditor de severidade da sintomatologia nas PAI, relacionado a restrição calórica mais intensa, ingestão compulsiva e peso não saudável em raparigas.

Paralelamente, quanto maior a discrepância entre a imagem ideal e real do corpo, maior o grau de insatisfação (Askew et al., 2020; Hamamoto et al., 2022; Withnell & Bodell, 2023), e, por sua vez, mais intensos os comportamentos de busca de magreza, tanto em população clínica como na comunidade (Hamamoto et al., 2022).

Neste contexto, a obsessão pela magreza e a insatisfação corporal constituem-se como dois fatores de risco para as PAI (Linardon et al., 2021), sendo que este último pode constituir-se como motivo da persistência de comportamentos de dieta mesmo após a perda de peso (Hamamoto et al., 2022; Withnell & Bodell, 2023), o que coloca em evidência a necessidade de intervir sobre este aspeto (Hamamoto et al., 2022).

A insatisfação parece ser mais prevalente no sexo feminino, já que lhe é exercida uma maior pressão cultural para a perda de peso (Withnell & Bodell, 2023). Contudo, as conceções de imagem corporal podem ser distintas entre sexos, podendo justificar a menor prevalência no sexo masculino, já que a maioria dos estudos se centra na preocupação com a magreza, um fator tipicamente feminino. Não obstante, no sexo

masculino, a imagem corporal ideal está associada a uma maior muscularidade (Glazer et al., 2021; Withnell & Bodell, 2023), pelo que homens com menos peso e menos massa muscular parecem revelar maior insatisfação corporal comparativamente àqueles com maior índice de massa muscular (Withnell & Bodell, 2023).

Não obstante, um aspeto musculado também se associa a magreza, o que pode conduzir a tentativas de perda de massa gorda, ao nível da alimentação e do exercício físico, ou do uso de suplementos com essa finalidade (Glazer et al., 2021; Withnell & Bodell, 2023).

Apesar do foco terapêutico tradicionalmente se centrar na componente negativa e patológica, têm sido desenvolvidas abordagens recentemente que fomentam a apreciação e imagem corporal positiva (Kling et al., 2019; Longhurst, 2022). Estas pretendem promover o apreço e a aceitação do corpo pela sua unicidade e funcionalidade, o que pressupõe efeitos positivos na autoestima, autoconfiança e afeto positivo, mas também no comportamento alimentar, especialmente em pessoas com níveis mais elevados de perfeccionismo (Longhurst, 2022). Considera-se que estas abordagens conduzem à construção de uma maior resiliência face às pressões socioculturais face à imagem, pelo que se constitui como um fator protetor contra as PAI (Baceviciene et al, 2023).

Ainda que mais estudado o impacto do perfeccionismo nas perturbações alimentares, os seus efeitos na imagem corporal têm vindo a mostrar-se também relevantes (Czepiel & Koopman, 2021; Luo et al., 2013). Como tal, ainda que as alterações na imagem corporal não indiquem necessariamente uma perturbação, é importante verificar de que modo poderão constituir-se como fatores de risco ao nível da saúde física e psicológica ou ser indicadores para intervenções de ordem preventiva (Allen & Walter, 2016; Askew et al., 2020).

Não obstante, a maioria dos estudos tem sido realizada sobretudo com população feminina e em idade escolar ou acadêmica (Kling et al., 2019). Paralelamente, predomina o recurso a amostras de conveniência, o que limita a generalização dos resultados, resultando na escassez de estudos na população não-clínica, na idade adulta e direcionados ao sexo masculino, desconhecendo-se as diferenças de sinais, sintomas e efeitos que este tipo de problemas pode ter nestas populações (Linardon et al., 2021). Deste modo, salienta-se a importância de investigações que envolvam ambos os sexos, diferentes contextos culturais e condições clínicas (Kling et al., 2019), o que é o caso do presente estudo.

### **1.5. Exercício físico**

O exercício físico tem sido definido como um padrão comportamental promotor de saúde e associado a um estilo de vida saudável, com efeitos positivos no funcionamento cognitivo e bem-estar psicológico, na imagem corporal, regulação do apetite e das emoções, aumentando o afeto positivo, como a alegria e entusiasmo (Lampe et al., 2023; Schaumberg et al., 2021; Trott et al., 2021).

Num contexto obesogênico e em que a prevalência de excesso de peso é um problema de saúde pública, a existência de consequências negativas associadas a esta prática é pouco consensual e pouco explorada (Lampe et al., 2023; Mond & Gorrell, 2021; Nahman & Holland, 2022).

Contudo, a atual idealização da magreza e pressão para uma imagem atraente e bem-sucedida têm vindo a alertar para a existência de práticas excessivas ou disfuncionais (González-Hernández et al., 2022; Martin & Racine, 2017). O aumento da frequência e intensidade do exercício físico tem vindo a tornar-se cada vez mais comum, especialmente em alguns grupos, como o caso de profissionais na área ou atletas (Danielsen et al., 2016), ainda que permaneça pouco claro o seu papel.

Não obstante, a prática de exercício tem sido estabelecida como um fator de disfuncionalidade e de mau ajustamento psicológico quando associada a padrões comportamentais e cognitivos desajustados, nas PAI, tanto em adolescentes como adultos (Schaumberg et al., 2022), bem como em sujeitos com elevada insatisfação corporal (Holland et al., 2014; Martin & Racine, 2017).

No caso das PAI, verifica-se uma tendência à prática de exercício físico mais elevada nesta população, sobretudo motivada pela aversão ao ganho de peso e a obsessão com a sua perda (Danielsen et al., 2016; Fairburn, 2008; Trott et al., 2021). Nestes quadros, recorre-se ao aumento da atividade diária e da frequência do exercício para elevar o dispêndio energético (Fairburn, 2008), habitualmente pautado por regras e padrões rígidos, e praticado apesar de consequências negativas (Martin & Racine, 2017).

Embora frequente nestes quadros, a tendência para avaliações muito focadas na sintomatologia alimentar (Danielsen et al., 2016) e o facto de não ser um critério de diagnóstico obrigatório podem conduzir a falhas na sua deteção e apoio especializado (Bryant et al. 2022; Mond & Gorrell, 2021; Trott et al., 2021), a par do carácter egossintónico e da valorização social (Mond & Gorrell, 2021).

Constitui-se, assim, como mecanismo de gestão do peso ou de modulação do humor, e mostra-se prevalente em cerca de 80% dos casos de AN (Fairburn, 2008; Holland et al., 2014; Nahman & Holland, 2022) e 55% dos casos de BN, sobretudo na fase aguda da doença (Holland et al., 2014). Associa-se, também, a piores resultados, severidade da perturbação e qualidade de vida, mais recaídas e tendências suicidas (Nahman & Holland, 2022; Schaumberg et al., 2022).

Não obstante, a natureza maladaptativa do exercício físico pode ser multifatorial, com o contributo de fatores quantitativos, como a frequência e a intensidade, ou

qualitativos, nomeadamente a preocupação com a prática, a compulsividade e o seu papel enquanto mecanismo de gestão do peso e/ou da forma corporal (Holland et al., 2014).

Persistem ainda dificuldades terminológicas e critérios objetivos na definição do que constitui exercício físico excessivo ou disfuncional, apesar de ser um fator associado a quadros de perturbação alimentar desde a 3ª edição revista do DSM (Danielsen et al., 2016; Mond & Gorrell, 2021), para além da parca existência de estudos que aprofundem o seu papel (Nahman & Holland, 2022; Holland et al., 2014; Mond & Gorrell, 2021).

Pode ser assim considerado quando interfere com o funcionamento diário do sujeito, na sua saúde física e ajustamento psicossocial (Fairburn, 2008), na sua vida social ou profissional, e quando é realizado mesmo que seja prejudicial (Wade & Pellizzer, 2020). O recurso a esta prática como mecanismo de *coping*, a rigidez e o impacto na funcionalidade ao nível do consumo de tempo, interferência com o funcionamento ocupacional e social ou risco de lesão também remetem para uma vertente desadaptativa (Holland et al., 2014; Lampe et al., 2023; Schaumberg et al., 2021).

De acordo com Schaumberg et al. (2021), o exercício disfuncional apresenta como componentes um sentido de direção/orientação para a prática e obsessividade em relação à mesma, o seu uso para reduzir o stresse e modular emoções como culpa e ansiedade ou prevenir consequências negativas, tais como o ganho de peso.

Já para Holland, et al.(2014), o exercício disfuncional pode ser agrupado em três níveis, nomeadamente excessivo, dirigido/compulsivo e compensatório.

Define-se como excessivo, quando a sua frequência, duração e intensidade são consideradas exageradas (Holland et al., 2014).

O exercício dirigido ou compulsivo refere-se a uma sensação subjetiva de compulsão para a prática em detrimento da realização de outras atividades, ou quando esta seja prejudicial, como casos de lesão ou doença (Fairburn, 2008; Holland et al., 2014;

Lampe et al., 2023). Este padrão tem sido frequentemente associado às PAI, especialmente à AN, e também observado na Perturbação de Dismorfia Corporal (Trott et al., 2021). Pode também ser acompanhado por emocionalidade negativa, como a culpa aquando da impossibilidade de prática, e de rigidez na rotina de treino (Holland et al., 2014; Lampe et al., 2023).

O exercício físico compensatório serve o propósito de atenuar ou minimizar os efeitos de uma ingestão alimentar excessiva (Holland et al., 2014; Lampe et al., 2023).

Estes últimos padrões de exercício, o compulsivo e compensatório, são considerados indicadores mais fortes de perturbação alimentar do que a frequência, em ambos os sexos, e a sua exploração pode ajudar na deteção de atitudes e comportamentos de risco (Holland et al., 2014; Schaumberg et al., 2022).

Assim, enquanto o exercício maladaptativo se encontra associado a patologia e a uma maior severidade da mesma, o adaptativo está associado à sua ausência (Lampe et al., 2023; Schaumberg et al., 2022).

Existem autores que destacam o recurso a esta estratégia como comportamento compensatório, mais do que à restrição calórica ou ao jejum, sobretudo no sexo masculino (Holland et al., 2014). Deste modo, tem-se procurado compreender se é um mecanismo inerente à perturbação ou uma tentativa para tentar recuperar de formas mais extremas de compensação, como o vómito ou o uso de laxantes (Fairburn & Cooper, 2011; Holland et al., 2014; Trott et al., 2021), ou, ainda, se pode considerar-se uma dependência comportamental (Trott et al., 2021) ou, por sua vez, uma forma de lidar com afetos negativos (Lampe et al., 2023; Trott et al., 2021).

De acordo com os autores Schaumberg et al. (2022), mulheres com PAI e que apresentam maiores níveis de exercício disfuncional manifestam maiores preocupações com o peso e maiores níveis de *distress* perante o ganho ponderal. Destacam também que

mulheres com AN apresentam mais hospitalizações devido a baixo peso e maiores índices de recaída. Concomitantemente, destacam o exercício físico em mulheres adultas na comunidade que o realizam por preocupações com o peso ou forma corporal encontra-se associado a maior vulnerabilidade à perturbação e menor qualidade de vida (Schaumberg et al., 2022).

No entanto, a exploração do seu papel adaptativo ou desadaptativo têm permanecido obscuros (Lampe et al., 2023). Deste modo, sobressai a necessidade de uma identificação precoce dos mecanismos subjacentes a esta prática, em termos de cognições associadas e padrões de comportamento, visto que podem ser determinantes na deteção, minimização do impacto da doença e evolução do tratamento (Bryant et al. 2022; Lampe et al., 2023; Schaumberg et al., 2022).

Face ao exposto, poderá ser relevante explorar explicitamente o papel compensatório do exercício, quando se inquirirem os indivíduos (Holland et al., 2014), bem como apostar na formação dos profissionais nos enquadramentos teóricos que permitem compreender certos padrões comportamentais (Bryant et al. 2022).

### **1.6.Perfeccionismo, prática de exercício físico e o comportamento alimentar**

Os efeitos do perfeccionismo são observados consoante a área de vida em que o desempenho seja mais relevante para o sujeito (Gotwals et al., 2012; Stoeber, 2014).

Estes podem verificar-se em especial em indivíduos com elevada preocupação com a sua apresentação pessoal e com a impressão que causam nos outros, o que conduz a uma maior vulnerabilidade a sofrimento psicológico (Flett & Hewitt, 2005), devido à tendência para elevados níveis de autoexigência ou de autoavaliação negativa (Flett & Hewitt, 2005; González-Hernández et al., 2022).

A busca da perfeição associa-se a uma elevada necessidade de controlo, o que predispõe para uma maior disfuncionalidade nos padrões alimentares, especialmente na

população feminina (Costa et al., 2016; Farrell et al., 2019; González-Hernández et al., 2022), ou de exercício físico (Costa et al., 2016; Gotwals et al., 2012; Stoeber, 2014).

Por sua vez, o exercício é reconhecido como um dos mecanismos compensatórios mais frequentes das PAI e pode predispor para práticas não saudáveis ou compulsivas em indivíduos perfeccionistas (González-Hernández et al., 2022).

Apesar da forte relação entre perfeccionismo e as PAI e entre estas e a prática de exercício, tem existido alguma controvérsia acerca da função adaptativa ou maladaptativa do perfeccionismo e dos seus efeitos na prática desportiva (Flett & Hewitt, 2005; González-Hernández et al., 2022; Gotwals et al., 2012).

Na conceptualização multidimensional do perfeccionismo, as suas dimensões poderão exercer um impacto muito diferente no desempenho físico e no bem-estar do sujeito. As preocupações perfeccionistas, vertente considerada maladaptativa, encontram-se associadas a expectativas irrealistas, elevada autocrítica, receio de falhar, baixa autoconfiança e orientação para o fracasso e maior sensibilidade a avaliações negativas por parte dos outros (Flett & Hewitt, 2005; Gotwals et al., 2012; Stoeber, 2014), com impacto negativo na autoconfiança do sujeito (Stoeber, 2014). Já as aspirações perfeccionistas motivam para o alcance de níveis mais elevados de desempenho e a superação pessoal, podendo, por sua vez, exercer um impacto mais positivo nos padrões motivacional, emocional e comportamental do sujeito (Gotwals et al., 2012; Stoeber, 2014). Estas, por sua vez, associam-se a baixos níveis de ansiedade cognitiva e somática e a elevados níveis de autoconfiança e de autoeficácia (Stoeber, 2014)

Os indivíduos perfeccionistas podem ser mais suscetíveis a envolver-se em práticas excessivas e compulsivas de exercício, sobretudo com maiores níveis de perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito, pacientes com AN e homens praticantes de *bodybuilding* (Flett & Hewitt, 2005). Por sua vez, os padrões pessoais elevados associam-

se com dificuldades de concentração na performance e a preocupações com a reação da audiência (Flett & Hewitt, 2005).

Deste modo, desde cedo que o perfeccionismo tem sido uma dimensão associada ao desporto, reconhecendo-se níveis elevados em diferentes modalidades, com reconhecido impacto no desempenho a um nível cognitivo, através de expectativas e preocupações, afetivo e comportamental ou social (Gotwals et al., 2012).

Contudo, poucos têm sido os estudos dedicados à relação entre o perfeccionismo e o exercício físico regular (Shanmugam & Davies, 2015; Stoeber, 2014), ainda que o estudo da direção desta relação e das suas particularidades, nomeadamente os tipos de prática, a intensidade e impacto ao longo do tempo, seja importante para aferir consequências psicológicas, físicas e comportamentais (Shanmugam & Davies, 2015; Stoeber, 2014).

Complementarmente, em praticantes de exercício físico habituais, a necessidade de controlo inerente ao perfeccionismo pode resultar numa maior restrição calórica e rigidez nos padrões alimentares e de exercício que, associados à preocupação com elevados padrões de desempenho e de aparência, poderão culminar num padrão comportamental disfuncional (Costa et al., 2016).

Desta forma, tem sido evidenciado que os praticantes regulares de exercício físico tendem a estabelecer metas elevadas e a desenvolver um conjunto de mecanismos que visam a superação dos seus limites, de modo a alcançar níveis mais elevados de desempenho e a aumentar a sensação de gratificação subsequente (Flett & Hewitt, 2005; González-Hernández et al., 2022). Como tal, possuem uma maior motivação e excitação que, apesar da dor ou lesão, se traduzem numa maior predisposição para continuar a treinar, levando a maior compromisso com a prática e a aumento da culpa na sua impossibilidade (González-Hernández et al., 2022).

A autocrítica negativa, o principal indicador de perfeccionismo disfuncional associada ao excesso de exercício, e o perfeccionismo socialmente prescrito e auto-orientado são preditores de exercício disfuncional, na medida em que podem constituir-se como estratégias para a autossuperação e forma de lidar com emoções negativas (González-Hernández et al., 2022).

Contudo, parece ter um papel adaptativo quando os praticantes experienciam sucesso, são orientados para a tarefa e capazes de lidar com dificuldades de forma flexível, pelo que importa compreender as motivações para a prática (Flett & Hewitt, 2005). Face ao exposto, torna-se importante conhecer melhor a relação entre os diferentes tipos de perfeccionismo, a valorização da imagem corporal e a prática de exercício físico.

## **Capítulo II – Estudo Empírico**

### **2. Objetivos de Investigação**

O presente estudo tem como objetivo geral explorar a influência do perfeccionismo nos padrões de comportamento alimentar e na satisfação com a imagem corporal, em jovens-adultos com diferentes níveis de atividade física ou desportiva.

Por forma a concretizar o objetivo geral do estudo, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- a. Comparar o perfeccionismo, a satisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar entre indivíduos com e sem prática de exercício físico;
- b. Analisar a relação entre as dimensões do perfeccionismo (autodirigido, dirigido aos outros e socialmente prescrito), os níveis de satisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar nos participantes que praticam e não praticam exercício físico.

- c. Explorar o papel das diferentes dimensões do perfeccionismo (autodirigido, dirigido aos outros e socialmente prescrito) nos níveis de satisfação com a imagem corporal e no comportamento alimentar.
- d. Avaliar se a influência do perfeccionismo no comportamento alimentar é direta ou mediada pela satisfação com a imagem corporal.

### 3. Método

#### 3.1. Desenho da Investigação

Este estudo tem um *design* exploratório, de tipo descritivo-correlacional e comparativo, com corte transversal.

#### 3.2. Participantes

A amostra foi constituída por 226 participantes, sendo 81% do género feminino ( $N=183$ ), 18.6% do género masculino ( $N=42$ ) e 1 participante não quis especificar (0,4%). A amplitude de idades varia entre os 18 e os 35 anos, sendo a média de idades os 26,44 anos ( $DP=5.01$ ).

Quase a totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa ( $N=222$ ; 98.2%), são solteiros ( $N=175$ ; 77.4%) e, na sua maioria, são naturais da região geográfica do Alentejo<sup>1</sup> ( $N=67$ ; 29.6%).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos respondentes possui licenciatura ( $N=87$ ; 38.5%) e é trabalhador por conta de outrem ( $N=119$ ; 52.7%).

**Tabela 1** - Caracterização da amostra

	N	%
<b>Género</b>		
Feminino	183	81

<sup>1</sup> Regiões 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.

Masculino	42	18.6
Outro	1	0.4
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	222	98.2
Estrangeira	4	1.8
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	175	77.4
Casado(a)/União de facto	50	22.1
Divorciado(a)	1	0.4
<b>Zona geográfica onde reside</b>		
Algarve	10	4.4
Alentejo	67	29.6
Centro	34	15
Área Metropolitana de Lisboa	26	11.5
Norte	55	24.3
Região Autónoma dos Açores	4	1.8
Estrangeiro	11	4.9
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Secundário	54	23.9
Licenciatura	87	38.5
Mestrado	78	34.5
Outro	7	3.1
<b>Situação Profissional</b>		
Estudante	66	29.2
Desempregado	10	4.4
Trabalhador por conta de outrem	119	52.7
Trabalhador por conta própria	31	13.7

*Nota. N=226; %= percentagem.*

No que concerne às categorias profissionais (Tabela 2), houve um número elevado de não respondentes a esta questão ( $N=67$ ; 29.6%), sendo um número significativo da amostra constituído por estudantes/bolseiros ( $N=45$ , 19.9%), seguindo-se os profissionais

de saúde ( $N=20$ ; 8.8%) e os Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde ( $N=12$ ; 5.3%).

**Tabela 2** - Categorias profissionais da amostra

<b>Categoria Profissional</b>		
Não respondeu	67	29.6
Estudante/bolseiro	45	19.9
Profissionais de saúde	20	8.8
Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde	12	5.3
Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais	10	4.4
Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	8	3.5
Vendedores	8	3.5
Pessoal de apoio direto a clientes	6	2.7
Professores	5	2.2
Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares	5	2.2
Técnicos e profissionais das ciências e engenharia, de nível intermédio	4	1.8
Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados	4	1.8
Outro Pessoal das Forças Armadas	3	1.3
Especialistas em tecnologias de informação e comunicação	3	1.3
Especialistas de ciências físicas, matemáticas, engenharias e afins	3	1.3
Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios	3	1.3
Trabalhadores dos serviços pessoais	3	1.3
Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	3	1.3

Desempregado	3	1.3
Pessoal dos serviços de proteção e segurança	2	0.9
Operadores de instalações fixas e máquinas	2	0.9
Outros <sup>2</sup>	7	2.8
	1	0.4
	1	0.4

*Nota. N=226; %= percentagem.*

### **3.3.Instrumentos**

O protocolo de investigação foi constituído por um conjunto de questionários de autopreenchimento, um primeiro composto por questões relativas aos dados sociodemográficos e axiológicos dos participantes, e por três instrumentos de avaliação estandardizados. A aplicação foi realizada pela ordem seguidamente apresentada.

#### **3.3.1. *Questionário Sociodemográfico e axiológico***

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com recurso a um breve questionário, que possibilitou a caracterização da amostra quanto à idade, sexo, naturalidade e nacionalidade, estado civil e grau de escolaridade. Considerou-se também importante saber qual a situação profissional e atividade profissional dos sujeitos.

Seguidamente, procurou-se auscultar acerca da frequência da realização de restrição alimentar e da preocupação com a gestão do peso, bem como da perceção de bem-estar consigo mesmo/a.

---

<sup>2</sup> Na categoria “Outros” obteve-se 1 respondente (0.4%) para cada uma das seguintes categorias profissionais: Diretores de hotelaria, restauração, comércio e outros serviços; Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado; Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado; Trabalhadores qualificados em eletricidade e eletrónica; Trabalhadores da montagem; Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis; Trabalhadores de limpeza; Trabalhadores não qualificados da indústria extrativa, construção, indústria transformadora e transportes.

3.3.2. *Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP) (Multidimensional Perfectionism Scale, 1991; Hewitt & Flett; versão portuguesa validada por Soares et al., 2003).*

Esta é uma medida de perfeccionismo que conceptualiza este construto como multidimensional, baseando-se em Hewitt e Flett (1991, diferenciando-o em relação ao objeto a que se dirige. Deste modo, conceptualiza-se que o perfeccionismo pode englobar duas componentes, de ordem intrapessoal e interpessoal.

Estes autores conceptualizam-no como Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), quando se refere ao estabelecimento de elevados padrões perfeccionistas em relação a si próprio; Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO), quando o objeto dos padrões perfeccionistas são as outras pessoas; ou o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), quando o sujeito considera que existe um desejo de perfeição em relação a si por parte dos outros (Soares et al., 2003).

Como tal, este instrumento propõe-se a avaliar as três dimensões do perfeccionismo, sendo que ao fator 1, Perfeccionismo Auto-orientado correspondem as afirmações 1, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 26, 28, 34, 36, 40, 42 (ex.: 15. *Preocupo-me em ter um resultado perfeito em tudo.*). Ao fator 2. Perfeccionismo Socialmente Prescrito, correspondem as afirmações 5, 9, 11, 13, 21, 25, 27, 30, 31, 33, 35, 39, 41, 44 (ex.: 41. *As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.*). Por sua vez, ao fator 3, Perfeccionismo Orientado para os Outros, correspondem as afirmações 2, 3, 4, 10, 16, 19, 22, 24, 29, 37, 38, 43, 45 (ex: 43. *É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.*).

A análise de fidelidade desta escala apresentou um alfa de Cronbach de  $\alpha=.89$ , o que demonstrou ter uma boa consistência interna. Os valores de alfa de Cronbach para

cada uma das subescalas são de  $\alpha=.89$  para o Fator 1, de  $\alpha=.83$  para o Fator 2 e de  $\alpha=.69$  para o Fator 3 (Soares et al., 2003).

O instrumento compõe-se de 45 itens, cada um dos quais com 7 opções de resposta numa escala de tipo Likert cujas respostas variam desde *1 – Discordo Completamente*, *2 – Discordo bastante*, *3 – Provavelmente discordo*, *4 – Indeciso/a*, *5 – Provavelmente concordo*, *6 – Concordo bastante*, *7 – Concordo completamente*.

Esta escala é cotada de modo a que uma maior pontuação corresponda a níveis mais elevados de perfeccionismo. No entanto, em 19 das questões apresentadas a cotação é realizada em sentido inverso, mais especificamente as seguintes: 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 21, 22, 24, 30, 34, 36, 37, 38, 43, 44 e 45.

Neste estudo, os valores de consistência interna são de Quanto aos diferentes fatores, são de  $\alpha=.70$  para o Fator 1, de  $\alpha=.68$  para o Fator 2, de  $\alpha=.56$  para o Fator 3 e de  $\alpha=.75$  para a Escala Total.

### 3.3.3. **Questionário de Forma Corporal (QFC)** (*Body Shape Questionnaire, BSQ*); (Cooper et al., 1987; adaptado à população portuguesa por Pimenta et al, 2012).

Este instrumento destina-se a avaliar a insatisfação e a preocupação com o peso e a imagem corporal, um dos fatores mais associados a Perturbações da Alimentação e da Ingestão, e que é reconhecido como um dos critérios para o seu diagnóstico pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª edição).

É um questionário de autopreenchimento e é constituído por 34 questões, com referência ao período com uma escala de resposta tipo Likert que varia entre 6 pontos, desde o *1 – Nunca*, *2 – Raramente*, *3 – Às vezes*, *4 – Frequentemente*, *5 – Muito Frequentemente* e *6 – Sempre*.

A pontuação é feita pelo somatório da cotação dos itens, sendo que a mesma pode ter uma pontuação mínima de 34 pontos e máxima de 204. Quanto mais elevada a pontuação, mais elevada a insatisfação e preocupação com a imagem corporal.

Uma pontuação abaixo de 80 não revela preocupação excessiva com o corpo, entre 80 e 100 indica uma preocupação ligeira, entre 111 e 140 uma preocupação moderada e uma pontuação acima de 140 indica uma preocupação significativa (Carpine et al, 2022).

A análise de fidelidade desta escala apresentou um alfa de Cronbach de  $\alpha=.97$  (com proposta de exclusão do item 26) (Pimenta et al., 2012). Neste estudo, este valor foi de  $\alpha=.97$ , muito aproximado ao valor da aferição para a população portuguesa, valor considerado excelente.

#### 3.3.4. *Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI-2) (Eating Disorders Inventory – 2); (Gradner, Olmstead & Polivy, 1991; Machado et al., 2001).*

O *Eating Disorders Inventory-2* foi desenvolvido por Garner, Olmstead e Polivy (1991), com o objetivo original de avaliar características psicológicas, atitudes e comportamentos dirigidos à alimentação por parte de pacientes com AN e BN.

Neste estudo, foi o instrumento selecionado por se tratar de uma versão mais longa e atualizada, contando com três subescalas adicionais relativamente à primeira versão (Ascetismo, Impulsividade e Insegurança Social), ainda que quatro subescalas não tenham sido validadas no estudo de Machado (2001).

Contudo, já que a maioria das subescalas não foi alterada nesta última versão do instrumento e pelo facto de terem sido desenhadas de forma independente, considera-se adequada a utilização deste instrumento nos fins a que se propõe.

Esta é constituída por 91 itens que contribuem para um total de 11 subescalas: três escalas de risco (Obsessão pela Magreza, Bulimia e Insatisfação com o corpo), oito escalas com características psicológicas clinicamente relevantes no contexto das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (Ineficácia, Perfeccionismo, Mal-estar Interpessoal, Consciência Interoceptiva, Medo da Maturidade, Ascetismo, Impulsividade e Insegurança Social).

A subescala Obsessão pela Magreza indica uma preocupação excessiva com a dieta e com o peso, e reflete o desejo intenso de emagrecer e o receio de ganhar peso.

A subescala Bulimia aponta para a tendência para episódios de descontrolo alimentar, como a ingestão alimentar compulsiva, que podem ser seguidos de comportamentos compensatórios, como o vómito autoinduzido.

A subescala Insatisfação Corporal aponta para o descontentamento com a forma ou com partes do corpo, sendo o seu grau extremo associado a patologias como a AN e a BN.

A subescala Ineficácia refere-se a sentimentos de inadequação, insegurança, vazio e de falta de controlo sobre a própria vida, e encontra-se relacionada a uma baixa autoestima.

Por sua vez, a subescala Desconfiança Interpessoal reflete um desinteresse pelo estabelecimento de relações de intimidade e dificuldade em comunicar sentimentos e pensamentos, manifestando dificuldade em estabelecer relações de proximidade com os outros.

A Consciência Interoceptiva avalia a dificuldade para reconhecer e responder a estados emocionais, bem como dificuldade em reconhecer sensações corporais associadas a fome e saciedade.

O Medo da Aduldez indica o desejo de retorno à infância por medo de enfrentar as responsabilidades associadas à vida adulta.

O Ascetismo mede a tendência à busca de virtudes espirituais ou morais através da autodisciplina, sacrifício e autossuperação pelo controlo das necessidades biológicas.

A subescala Impulsividade avalia a dificuldade na regulação dos impulsos e tendência ao abuso de substâncias, hostilidade, comportamentos autodestrutivos, negligência e comportamentos autodestrutivos.

A subescala Insegurança Social avalia a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras e pouco gratificantes, de um modo geral.

A subescala Perfeccionismo avalia o grau em que o sujeito acredita que os seus resultados deveriam ser melhores.

Face ao facto de cada subescala medir uma característica independente, a interpretação total da escala não é considerada relevante.

As respostas são dadas numa escala que varia entre 6 pontos: Sempre, Normalmente, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Nunca. A pontuação mais elevada é dada à resposta mais extrema em cada pergunta (sempre ou nunca, de acordo com a direção), valendo 3 pontos. Já à resposta imediatamente seguinte atribui-se 2 pontos e à seguinte 1 ponto. As restantes são pontuadas com 0. Deste modo, a cotação varia entre 0 e 3 pontos.

As pontuações das subescalas correspondem à soma de todos os pontos dessa subescala. A pontuação total máxima irá corresponder à atribuição de 3 pontos em cada uma das 91 afirmações, pelo que poderá corresponder a um máximo de 273 pontos. Considera-se que quanto mais elevada a pontuação mais patologia será indicada.

Neste estudo, a análise de fidelidade desta escala apresentou uma boa consistência interna e fiabilidade, com um valor de alfa de Cronbach de  $\alpha=.95$  para a escala total. Já

nas subescalas foi de: Obsessão pela magreza  $\alpha=.58$ , Bulimia  $\alpha=.58$ , Insatisfação corporal  $\alpha=.69$ , Ineficácia  $\alpha=.70$ , Desconfiança  $\alpha=.63$ , Consciência interoceptiva  $\alpha=.69$ , Medo da adultez  $\alpha=.65$ , Ascetismo  $\alpha=.62$ , Impulsividade  $\alpha=.57$ , Insegurança social  $\alpha=.63$ , Perfeccionismo  $\alpha=.52$ .

### **3.4.Procedimento de Recolha de Dados**

O estudo foi realizado com recurso a uma técnica de amostragem simples, por conveniência, tendo-se recorrido à aplicação *GoogleForms* como meio de divulgação e de recolha dos instrumentos. A participação estava condicionada à aceitação do Consentimento Informado, o qual se encontrava no início do protocolo, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das respostas, bem como um uso exclusivo para fins de investigação.

O protocolo incluía uma breve nota introdutória acerca da sua finalidade e modo de resposta, sendo cada um dos instrumentos precedido pelas instruções para a sua resposta.

O instrumento de recolha de dados foi partilhado via e-mail e nas redes sociais, tendo-se estabelecido contacto com equipas desportivas na área do triatlo, ciclismo, atletismo e desportos coletivos, como futebol, basquete e hóquei e ginásios. Recorreu-se, também, aos chamados “influenciadores digitais”, solicitando-se a divulgação do instrumento através das redes sociais, sobretudo das áreas da nutrição e do exercício físico.

Como critérios de inclusão considerados na investigação estabeleceu-se a idade, admitindo-se sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos.

No total, foram eliminados 48 participantes da amostra inicial, por não corresponderem ao intervalo de idades previamente definido. Excluíram-se, também, dois sujeitos por respostas inválidas.

### ***3.5.Procedimento de Tratamento de Dados***

A análise dos resultados foi realizada com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.28 para Windows e ao *GPower* para o cálculo da magnitude do efeito. Os dados foram extraídos da aplicação *GoogleForms* para uma folha de cálculo em *Excel*, tendo sido feita depois a sua codificação informática para o SPSS.

Procedeu-se à análise descritiva das variáveis relativas ao questionário sociodemográfico dos participantes, por forma caracterizar a amostra. Recorreu-se à análise da frequência absoluta e de percentagens e medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Seguidamente, procedeu-se à análise da fidelidade dos instrumentos selecionados para o estudo, tendo-se calculado o alfa de Cronbach de cada um deles e de cada uma das subescalas, para aferir a consistência interna. Tomou-se como valor de referência o  $\alpha = .70$ .

A etapa seguinte consistiu na análise dos resultados dos instrumentos, através do cálculo das escalas totais e subescalas, do cálculo das médias e desvio-padrão. Foram usadas correlações para estudar as associações entre as variáveis (perfeccionismo, comportamento alimentar e imagem corporal), no grupo com e sem prática de exercício físico.

A análise das diferenças entre grupos (exemplo, sexo) foi efetuada através do teste *t de student* para amostras independentes. A magnitude das diferenças foi estimada com base no *d* de Cohen, considerando-se os seguintes valores de referência: 0.2 fraco, 0.5 moderado e 0.8 forte. O estudo do poder preditor das variáveis na prática de exercício físico foi efetuado através das regressões lineares.

O estudo das mediações foi realizado com base nos procedimentos propostos por Baron e Kenny (1986), nomeadamente (a) se há correlação entre a variável independente e a variável dependente; (b) se a variável independente está correlacionada significativamente com a variável mediadora; (c) se a variável mediadora afeta a relação entre a variável independente e dependente; (d) analisar se o efeito indireto da mediação é significativo se a mediação é total ou parcial. Aplicar-se-ia ainda o teste de Sobel para testar a significância do efeito indireto.

## 4. Resultados

### 4.1. Análise Descritiva

Relativamente ao comportamento alimentar, foram analisadas a frequência de restrição alimentar, a frequência da necessidade de controlar o peso, a perceção de bem-estar subjetivo e a existência prévia de diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar (Tabela 3).

Quanto às questões do questionário inicial referentes ao comportamento alimentar, 29.6% ( $N=67$ ) dos respondentes indica *Raramente* realizar restrição alimentar, 20.8% ( $N=47$ ) refere *Nunca* o fazer e a mesma percentagem de sujeitos refere realizá-la *Frequentemente*, enquanto 8.4% ( $N=19$ ) dos mesmos fá-lo *Sempre*. Este padrão de respostas perfaz um valor médio de 1.66 ( $DP=1.25$ ), o que é relativamente baixo considerando que a amplitude de respostas varia entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Sempre*).

Já em relação à frequência no controlo de peso, verificou-se que uma percentagem de 40.3% ( $N=91$ ) dos participantes se preocupa *Frequentemente* com esse aspeto. As restantes respostas distribuem-se entre o *Às vezes* ( $N=51$ , 22.6%), seguindo-se a opção *Sempre* ( $N=41$ , 18.1%), *Raramente* ( $N=29$ , 12.8%) e, por fim, *Nunca* ( $N=14$ , 6.2%). Nesta

categoria, a média de respostas é de 2.51 ( $DP=1.12$ ), denotam-se preocupações com o controlo de peso.

Por outro lado, 38.5% ( $N=87$ ) revelam *Frequentemente* sentir-se bem consigo mesmos e com 37.2% ( $N=84$ ) isso acontece *Às vezes*, seguindo-se a opção *Sempre* com 11.9% ( $N=27$ ), *Raramente* com 9.3% ( $N=21$ ) e *Nunca* com 3.1% ( $N=7$ ), tendo sido a média de respostas de 2.47 ( $DP=.93$ )

Quanto à existência prévia de PAI, 72.6% ( $N=174$ ) referem não ter tido diagnóstico anterior, contudo, 19.9% ( $N=45$ ) dos sujeitos indicam a possibilidade de afeição mas nunca obtiveram diagnóstico.

Da totalidade da amostra, 7.5% ( $N=17$ ) dos participantes referem ter uma PAI. Deste universo, 5.8% ( $N=13$ ) apontam para um diagnóstico prévio de Anorexia Nervosa, seguindo-se a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, com 3.5% ( $N=8$ ), e a Bulimia Nervosa, com 1.3% ( $N=3$ ).

**Tabela 3** - Caracterização do Comportamento Alimentar

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Realiza restrição alimentar?</b>			1.66	1.25
Nunca	47	20.8		
Raramente	67	29.6		
Às vezes	46	20.4		
Frequentemente	47	20.8		
Sempre	19	8.4		
<b>2. Com que frequência se preocupa em controlar o seu peso?</b>			2.51	1.12
Nunca	14	6.2		
Raramente	29	12.8		
Às vezes	51	22.6		

Frequentemente	91	40.3		
Sempre	41	18.1		
<b>Sente-se bem consigo mesmo?</b>			2.47	.93
Nunca	7	3.1		
Raramente	21	9.3		
Às vezes	84	37.2		
Frequentemente	87	38.5		
Sempre	27	11.9		
<b>Já foi diagnosticado(a) com alguma Perturbação do Comportamento Alimentar?</b>				
Sim	17	7.5		
Não	164	72.6		
Talvez, mas sem diagnóstico	45	19.9		
<b>Qual a Perturbação em caso de diagnóstico prévio:</b>				
Anorexia Nervosa	13	5.8		
Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	8	3.5		
Bulimia Nervosa	3	1.3		
Alterações da imagem /Dismorfia corporal	2	0.9		
Episódios de Compulsão Alimentar	2	0.9		
Obesidade	1	0.4		
Sem cumprir critérios de diagnóstico	1	0.4		

*Nota. N=226; %= percentagem; M=Média; DP=Desvio-padrão*

Complementarmente, foram questionados o peso e a altura, para possibilitar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e, deste modo, permitir uma medida o mais fiável possível deste indicador.

**Tabela 4** - Apresentação da amostra relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC)

	<i>N</i>	%
Baixo Peso (<18.5KG)	35	15.5
Normal (18.5 a 24.9 KG)	104	46
Sobrepeso (25 a 29.9 KG)	46	20.4
Obesidade Grau I (30 a 34.9 KG)	20	8.8
Obesidade Grau II (35 a 39.9 KG)	5	2.2

*Nota. N = número de sujeitos; % = Percentagem.*

Por forma a facilitar a análise destes parâmetros, os resultados foram agrupados de acordo com a classificação oficial da Organização Mundial de Saúde. Pela análise dos valores de frequência (Tabela 4), pode-se constatar que 46% ( $N=104$ ) dos participantes se encontram na categoria de peso Normal (de 18.5 a 24.9Kg), seguindo-se a categoria de Sobrepeso (20.4%,  $N=46$ ), Baixo Peso (15.5%,  $N=35$ ), Obesidade Grau I (8.8%,  $N=20$ ) e Obesidade Grau II (2.2%,  $N=5$ ).

A amostra foi questionada sobre a existência de hábitos de exercício físico, qual a regularidade da prática, a sua natureza, se lúdica ou profissional, assim como a duração de cada sessão, o tipo de exercício e as modalidades praticadas (Tabela 5).

Foram, ainda, endereçadas questões quanto à relação dos sujeitos com a alimentação, e com o papel que esta ou a prática de exercício físico poderia ter na modulação do humor, e da existência de algum diagnóstico prévio de Perturbação do Comportamento Alimentar.

No que concerne aos hábitos de exercício físico, verificou-se que quase a totalidade pratica exercício físico, variando a sua regularidade entre 1 ou 2 vezes por semana ( $N=56$ ; 24.8%), 3 ou 4 vezes ( $N=64$ ; 28.3%) e 5 a 7 vezes por semana ( $N=56$ ; 24.8%). Apenas 6.6% ( $N=15$ ) dos participantes pratica exercício com o intuito único de perder peso. Apenas 1.8% participantes praticam exercício mais do que uma vez por dia ( $N=4$ ).

Quase a totalidade da amostra pratica exercício físico por interesse pessoal e lúdico ( $N=213$ ; 94.2%), não estando o exercício físico relacionado com a prática profissional (89.9%;  $N=203$ ) e as sessões duram entre 1 a 2 horas (50.4%;  $N=114$ ) ou menos de 1 hora (47.3%;  $N=107$ ).

Das modalidades apresentadas, 40.3% ( $N=91$ ) dos participantes refere o treino de força como opção selecionada para a prática, o que correspondeu também à maioria das respostas quando se pediu para especificar as modalidades, sendo a Musculação / Treino resistido aquela que foi maioritariamente apontada por 32.3% dos sujeitos ( $N=73$ ), seguindo-se o Ginásio/aulas de grupo (11.1%,  $N=25$ ) e a caminhada (9.7%,  $N=22$ ).

**Tabela 5** - Caracterização da amostra relativamente à prática de exercício físico

	<i>N</i>	%
<b>Com que regularidade pratica exercício físico?</b>		
Não pratico	31	13.7
Pratico apenas quando pretendo perder peso	15	6.6
Pratico 1 ou 2 vezes por semana	56	24.8
Pratico 3 ou 4 vezes por semana	64	28.3
Pratico 5 a 7 vezes por semana	56	24.8
Pratico mais do que uma vez por dia	4	1.8
<b>Qual a motivação na prática?</b>		
Recreativa/lúdica	213	94.2
Profissional	13	5.8
<b>Qual a duração de cada sessão do seu treino?</b>		
Menos de 1 hora	107	47.3
1 a 2 horas	114	50.4
2 a 3 horas	5	2.2
<b>Qual o tipo de exercício que pratica?</b>		
Treino cardiovascular	53	23.5
Treino de força	91	40.3
Treino em casa	29	12.8

Desporto coletivo	15	6.6
Não sei especificar	25	11.1
<b>Modalidades praticadas:</b>		
Musculação / Treino resistido	73	32.3
Ginásio / Aulas de grupo	25	11.1
Caminhada	22	9.7
Corrida	21	9.3
Nenhum	18	8.0
Desporto coletivo: futebol, futsal, voleibol, basquetebol	13	5.8
Ioga / Pilates	10	4.4
Natação	6	2.7
Dança	4	1.8
Triatlo	4	1.8
Treino com Personal Trainer	4	1.8
Treino de alta intensidade	3	1.3
Treino em casa	3	1.3
Outras: Arco e flecha, Muay Thai, Skateboarding	3	1.3
Ciclismo	2	0.9
<b>A sua atividade profissional relaciona-se com a prática de exercício físico?</b>		
Sim	23	10.2
Não	203	89.9

*Nota. N = Número de sujeitos; % = Percentagem.*

A amostra foi questionada quanto à percepção subjetiva da sua relação com a alimentação, tendo-se obtido como respostas mais apontadas a adoção de uma alimentação o mais saudável possível, para gerir o peso ou manter a forma (24.3%,  $N=55$ ), seguindo-se a resposta de tentativa de controlo da alimentação, mas de descontrolo frequente (19.9%,  $N=45$ ) e, em terceiro lugar, a busca de uma alimentação saudável para manter a saúde (17.7%,  $N=40$ ).

Quando questionados se recorrem à alimentação ou ao treino como estratégia para melhor lidarem com estados emocionais negativos, a maioria dos participantes respondeu que o faz *Por vezes* (46%,  $N= 104$ ), seguindo-se da resposta *Frequentemente* (26.1%,  $N=59$ ). Subsequentemente, seguiram-se as respostas *Raramente* (12.8%,  $N=29$ ), *Nunca* (8.8%,  $N=20$ ) e *Sempre* (6.2%,  $N=14$ ), sendo a média de respostas 2.08 ( $DP=.99$ ), num amplitude de 0 a 4 (Tabela 6).

**Tabela 6** - Caracterização da amostra quanto à relação com a alimentação.

	<i>N</i>	%
<b>Como caracteriza a sua relação com a alimentação?</b>		
Tenho uma alimentação o mais saudável possível, para gerir o peso e/ou manter a forma	55	24.3
Tento controlar a minha alimentação, mas descontrolo-me muitas vezes/com frequência.	45	19.9
Tenho uma alimentação o mais saudável possível, para me manter sempre saudável.	40	17.7
Sigo um padrão alimentar normal e integrado na minha cultura.	30	13.3
Como o que me apetece, sem grandes preocupações.	27	11.9
Sigo uma dieta para procurar ter um corpo perfeito	9	4.0
Alimentação o mais saudável possível, para gerir o peso e/ou manter a forma + Tento controlar a minha alimentação, mas descontrolo-me muitas vezes/com frequência.	9	4.0

Tenho uma Alimentação o mais saudável possível, para ter energia para praticar exercício.	6	2.7
Tenho uma alimentação o mais saudável possível, para me manter sempre saudável. + Tento controlar a minha alimentação, mas descontrolo-me muitas vezes/com frequência.	5	2.2

---

**Com que frequência a alimentação ou o treino constituem formas de lidar com estados emocionais negativos?**

Nunca	20	8.8
Raramente	29	12.8
Por vezes	104	46
Frequentemente	59	26.1
Sempre	14	6.2

---

*Nota. N = Número de sujeitos; % = Percentagem.*

Na Tabela 7 estão apresentadas as médias e os desvios-padrão das escalas totais do perfeccionismo (MPSH), da imagem corporal (BSQ) e do comportamento alimentar (EDI-2), assim como das respetivas subescalas que as constituem.

**Tabela 7** - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>Valores de referência</i>
MPSH Total	184.10	21.09	118	260	185.76 (±27.13)
Perfeccionismo auto-orientado	78.45	12.65	44	106	82.73 (±16.41)
Perfeccionismo socialmente prescrito	55.74	8.92	36	82	49.19 (±10.62)
Perfeccionismo orientado para os outros	30.46	6.49	14	49	44.59 (±6.99)
BSQ Total	91.50	40.48	34	198	-

EDI-2 Total	62.31	38.78	7	206	-
Escala Obsessão pela Magreza	4.75	3.86	0	18	5.5 ( $\pm 5.5$ )
Escala Bulimia	4.68	3.68	0	18	1.2 ( $\pm 1.9$ )
Escala Insatisfação Corporal	6.53	5.02	0	22	12.2( $\pm 8.3$ )
Escala Ineficácia	5.54	4.58	0	23	2.3 ( $\pm 3.6$ )
Escala Desconfiança Interpessoal	5.70	4.49	0	20	2 ( $\pm 3.1$ )
Escala Consciência Interoceptiva	7.34	5.58	0	26	3 ( $\pm 3.9$ )
Escala Medo da Aduldez	4.95	4.23	0	22	2.7 ( $\pm 2.9$ )
Escala Ascetismo	4.75	3.86	0	19	3.4 ( $\pm 2.2$ )
Escala Impulsividade	7	4.48	0	27	2.3 ( $\pm 3.6$ )
Escala Insegurança Social	5.04	4.07	0	18	3.3 ( $\pm 3.3$ )
Escala Perfeccionismo	6.03	3.93	0	18	6.2 ( $\pm 3.9$ )

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *Min*= pontuação mínima; *Máx*= pontuação máxima.

Os resultados obtidos na dimensão perfeccionismo, avaliado através do *MPSH*, quando analisada a escala total, indicam a existência de um valor de perfeccionismo próximo dos valores de referência ( $M=184.10$ ,  $DP=21.09$ ). Contudo, ao observar-se com mais detalhe, verifica-se a existência de valores do Fator 1 – Perfeccionismo Auto-Orientado ( $M=78.45$ ,  $DP=12.65$ ) ligeiramente abaixo do valor médio e do Fator 3 – Perfeccionismo Orientado para os Outros ( $M=30.46$ ,  $DP= 6.49$ ) como significativamente abaixo dos valores médios de referência. Observa-se, no entanto, que as pontuações do Fator 2 – Perfeccionismo Socialmente Prescrito se encontram acima dos valores de referência ( $M=55.54$ ,  $DP= 8.92$ ).

Os resultados na dimensão imagem corporal, medida no instrumento *BSQ* – *Questionário da Forma Corporal*, revelam que os participantes têm uma ligeira insatisfação corporal e preocupação com a imagem ( $M=91.50$ ,  $DP=40.48$ ).

No que concerne ao comportamento alimentar, evidencia-se uma amostra sem pontuação que indique quadros de psicopatologia. No caso do instrumento adotado, a escala EDI-2, apesar de não possuir ponto de corte relativamente à escala total, assumiu-se que, considerando uma pontuação máxima total de 273 pontos, a pontuação atual da amostra ( $M=62.31$ ,  $DP=38.78$ ) é considerada baixa.

No que concerne aos resultados obtidos nas subescalas pela amostra, evidenciou-se que nas subescalas Obsessão pela Magreza ( $M=4.75$ ,  $DP=3.86$ ) e Insatisfação Corporal ( $M=6.53$ ,  $DP=5.02$ ) as pontuações obtidas se situaram abaixo dos valores tidos como referência. Já nas restantes subescalas, Bulimia ( $M=4.68$ ,  $DP=3.68$ ), Ineficácia ( $M=5.54$ ,  $DP=4.58$ ), Desconfiança Interpessoal ( $M=5.70$ ,  $DP=4.49$ ), Consciência Interoceptiva ( $M=7.34$ ,  $DP=5.58$ ), Medo da Adulter ( $M=4.95$ ,  $DP=4.23$ ), Ascetismo ( $M=4.75$ ,  $DP=3.86$ ), Impulsividade ( $M=7$ ,  $DP=4.48$ ) e Insegurança Social ( $M=5.04$ ,  $DP=4.07$ ) os valores obtidos situaram-se acima dos valores tidos como referência. Já na subescala Perfeccionismo ( $M=6.03$ ,  $DP=3.93$ ) os valores foram muito aproximados às pontuações de referência.

De seguida, foram explorados os valores médios obtidos no perfeccionismo, satisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar em função do género dos participantes (Tabela 8).

**Tabela 8** - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas comparando os grupos por género.

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>			
<b>MPSH Total</b>	183.60 (19.54)	185.50 (26.65)	-.44	-.091	.664
Fator 1 – Perfeccionismo auto-orientado	77.83 (12.44)	80.48 (13.32)	-1.23	-0.21	.220

Fator 2 – Perfeccionismo socialmente prescrito	55.79 (8.68)	55.17 (9.83)	.41	0.07	.684
Fator 3 – Perfeccionismo orientado para os outros	30.36 (6.47)	31.29 (6.66)	-.92	-0.16	.359
<b>BSQ Total</b>	97.31 (40.80)	64.55 (24.36)	6.80	.86	<b>.000</b>
<b>EDI-2 Total</b>	64.07 (39.29)	53.17 (34.68)	1.66	.28	.099
Escala Obsessão pela Magreza	4.94 (3.93)	3.90 (3.52)	1.57	.27	.118
Escala Bulimia	4.75 (3.71)	4.33 (3.61)	.66	.11	.512
Escala Insatisfação Corporal	6.68 (5.08)	5.74 (4.63)	1.10	.19	.274
Escala Ineficácia	5.59 (4.73)	5.14 (3.71)	.57	.10	.568
Escala Desconfiança Interpessoal	5.96 (4.57)	4.40 (3.79)	2.04	.35	<b>.042</b>
Escala Consciência Interoceptiva	7.63 (5.59)	5.93 (5.39)	1.79	.31	.078
Escala Medo da Aduldez	5.06 (4.30)	4.31 (3.87)	1.04	.18	.301
Escala Ascetismo	4.93 (3.86)	3.93 (3.80)	1.52	.26	.131
Escala Impulsividade	7.15 (4.69)	6.21 (3.26)	1.23	.21	.221
Escala Insegurança Social	5.17 (3.96)	4.24 (4.25)	1.35	.23	.177
Escala Perfeccionismo	6.22 (3.86)	5.02 (4.02)	1.80	.31	.074

*Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; d = d de Cohen.*

A análise dos resultados nos instrumentos por género, indica a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos no que respeita à MPSH – Escala Total e subescalas.

No Questionário de Forma Corporal (BSQ), quando comparados os resultados por sexos, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, sendo o

feminino ( $M=97.31$ ,  $DP=19.53$ ) mais insatisfeito e preocupado com o corpo do que o masculino ( $M=64.55$ ,  $DP=24.36$ ), com um nível de significância de  $p<0.01$  e com uma magnitude de efeito considerada “grande” ( $d$  de Cohen= .82).

Nos resultados da EDI-2, apenas se encontraram diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os géneros, na subescala Desconfiança Interpessoal [ $t(gI)=2.04(223)$ ;  $p=.042$ ] sendo o género feminino ( $M=5.96$ ,  $DP=4.57$ ) a obter valores mais elevados em relação ao masculino ( $M=4.40$ ,  $DP=3.79$ ). Esta diferença é de magnitude reduzida a moderada ( $d$  de Cohen=.35).

Na escala total do EDI-2 não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, apesar de uma pontuação ligeiramente superior por parte do sexo feminino ( $M=64.07$ ,  $DP=39.29$ ) em relação ao sexo masculino ( $M=53.17$ ,  $DP=34.68$ ). Também nas diferentes subescalas não se verificaram diferenças significativas entre os géneros, embora se observem pontuações mais elevadas por parte do sexo feminino quando comparadas com o sexo masculino.

Seguidamente, procedeu-se à análise das pontuações nos diferentes instrumentos em função da prática ou não prática de exercício físico (Tabela 9).

**Tabela 9** - Médias e Desvios-padrão das Escalas Totais e Subescalas comparando os grupos por prática de exercício físico.

	<b>Faz</b>	<b>Não faz</b>			
	<b>exercício</b>	<b>exercício</b>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
<b>MPSH Total</b>	187.37 (21.14)	188.68 (20.29)	-1.30	-.25	.194
Fator 1 – Perfeccionismo auto-orientado	78.55 (12.52)	77.45 (13.64)	.45	.09	.653
Fator 2 – Perfeccionismo socialmente prescrito	55.62 (8.79)	56.55 (9.83)	-.54	-.10	.590

Fator 3 – Perfeccionismo orientado para os outros	30.02 (6.20)	33.29 (7.57)	-2.64	-.51	<b>.009</b>
<b>BSQ Total</b>	92.54 (41.53)	84.94 (33.01)	1.15	.19	.258
<b>EDI-2 Total</b>	64.76 (39.42)	46.90 (30.75)	2.41	.47	<b>.017</b>
Escala Obsessão pela Magreza	5.02 (3.94)	3.06 (2.80)	3.38	.51	<b>.001</b>
Escala Bulimia	4.90 (3.71)	3.29 (3.18)	2.28	.44	<b>.024</b>
Escala Insatisfação Corporal	6.83 (5.14)	4.65 (3.58)	2.28	.44	<b>.024</b>
Escala Ineficácia	5.82 (4.69)	3.85 (3.38)	2.84	.44	<b>.006</b>
Escala Desconfiança Interpessoal	5.99 (4.53)	3.84 (3.80)	2.51	.49	<b>.013</b>
Escala Consciência Interoceptiva	7.66 (5.71)	5.32 (4.25)	2.69	.42	<b>.010</b>
Escala Medo da Aduldez	5.18 (4.25)	3.48 (3.67)	2.08	.40	<b>.038</b>
Escala Ascetismo	4.87 (3.92)	4.00 (3.39)	1.17	.23	.244
Escala Impulsividade	7.24 (4.56)	5.55 (3.66)	1.96	.38	.051
Escala Insegurança Social	5.12 (4.10)	4.52 (3.89)	.77	.15	.442
Escala Perfeccionismo	6.14 (4.01)	5.35 (3.46)	1.03	.20	.304

*Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; d = d de Cohen.*

No que respeita à comparação dos grupos relativamente à prática de exercício físico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão total do Perfeccionismo (MPSH – Escala Total), nem no Fator 1 – Perfeccionismo Auto-orientado e no Fator 2 – Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Contudo, existem diferenças significativas, de magnitude moderada, na dimensão Perfeccionismo orientado para os Outros ( $t(gl)=-2.64(224)$ ,  $d=-0.51$ ;  $p=.009$ ), sendo que os indivíduos que não praticam exercício físico apresentam valores médios mais elevados.

No que respeita à satisfação com a imagem corporal (BSQ) não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre quem pratica e quem não pratica exercício físico [ $t(gl)=1.15(46,54)$ ;  $d=0.19$ ;  $p=0.258$ ], embora os participantes do grupo que pratica exercício físico apresentem valores mais elevados de insatisfação corporal.

No que concerne à pontuação total obtida na Escala EDI-2, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da prática de exercício físico [ $t(gl)=2.41(224)$ ;  $p=.017$ ]. Os participantes que praticam exercício físico têm valores significativamente mais elevados ( $M=64.07$ ,  $DP=30.75$ ) no EDI-2 do que os participantes que não praticam exercício físico ( $M=46.90$ ,  $DP=39.42$ ), sendo essas diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.47).

Mais especificamente, verificaram-se também diferenças significativas entre quem pratica exercício físico e quem não pratica nas seguintes subescalas do EDI-2: Obsessão pela Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medo da Aduldez.

Na subescala Obsessão pela Magreza, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(gl)=3.38(51.07)$ ;  $p=0.001$ ], com valores mais elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=5.02$ ,  $DP=3.94$ ) comparativamente ao grupo não praticante ( $M=3.06$ ,  $DP=2.80$ ), com diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.51).

Na subescala Bulimia, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(gl)=2.28(224)$ ;  $p=.024$ ], com valores mais elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=4.90$ ,  $DP=3.71$ ) comparativamente ao grupo sem prática ( $M=3.29$ ,  $DP=3.18$ ), com diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.44).

Na subescala Insatisfação Corporal, também existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(gl)=2.28(224)$ ;  $p=.024$ ], novamente com valores mais

elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=6.83$ ,  $DP=5.14$ ) comparativamente ao grupo sem prática ( $M=4.65$ ,  $DP=3.58$ ), com diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.44).

Na Escala Ineficácia, verificaram-se também diferenças significativas [ $t(gI)=2.84(50.41)$ ;  $p=0.006$ ], com valores mais elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=5.82$ ,  $DP=4.69$ ) comparativamente ao grupo não praticante ( $M=3.85$ ,  $DP=3.38$ ), com diferenças de magnitude reduzida a moderada ( $d$  de Cohen=.44).

Na subescala Desconfiança Interpessoal, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(gI)=2.51(224)$ ;  $p=.013$ ], com valores mais elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=5.99$ ,  $DP=4.53$ ) em relação ao grupo não praticante ( $M=3.84$ ,  $DP=3.80$ ), com diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.49).

Na Escala Consciência Interoceptiva foram, também, verificadas diferenças estatisticamente significativas [ $t(gI)=2.69(49.07)$ ;  $p=0.010$ ], com uma pontuação mais elevada por parte do grupo que pratica exercício físico ( $M=7.66$ ,  $DP=5.71$ ) comparativamente à do grupo que não pratica exercício físico ( $M=5.32$ ,  $DP=4.25$ ), com uma diferença entre os grupos de magnitude reduzida a moderada ( $d$  de Cohen= .42).

Ainda na subescala Medo da Aduldez, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [ $t(gI)=2.08(224)$ ;  $p=.038$ ], com valores mais elevados por parte do grupo que pratica exercício ( $M=5.18$ ,  $DP=4.25$ ) comparativamente ao grupo sem prática ( $M=3.48$ ,  $DP=3.67$ ), com diferenças de magnitude moderada ( $d$  de Cohen=.40).

#### ***4.2. Análise correlacional entre o perfeccionismo, imagem corporal, comportamento alimentar em indivíduos com e sem prática de exercício físico***

De seguida, explorou-se a associação entre as variáveis em estudo, separadamente para o grupo com e sem prática de exercício físico (Tabela 10).

**Tabela 10** - Correlação dos Escalas totais e Subescalas comparando os grupos dos participantes que praticam e não praticam exercício físico.

	<b>PAO</b>	<b>PSP</b>	<b>POO</b>	<b>MPSH Total</b>	<b>BSQ Total</b>	<b>EDI-2 Total</b>
<b>PAO</b>		.62**	.01	.84**	.07	-.13
<b>PSP</b>	.12		.11	.81**	.07	-.09
<b>POO</b>	.02	.16		.38**	.01	-.10
<b>MPSH Total</b>	.64**	.60**	.55**		.07	-.14
<b>BSQ Total</b>	.09	.01	-.02	.09		-.06
<b>EDI-2 Total</b>	-.32	-.01	.02	-.08	.32	

*Nota.* PAO – Perfeccionismo auto-orientado; PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito; POO – perfeccionismo orientado para os outros; MPSH – perfeccionismo total; BSQ – imagem corporal; EDI-2 – comportamento alimentar. Diagonal superior - Grupo com prática de exercício físico. Diagonal inferior – Grupo sem prática de exercício físico

Nos participantes do grupo que pratica exercício físico, obteve-se, como seria expectável, que o nível do perfeccionismo total se encontra correlacionado de forma positiva com os 3 fatores da subescala: correlação forte e estatisticamente significativa com o perfeccionismo auto-orientado ( $r=.84$ ;  $p<.001$ ), com o perfeccionismo socialmente prescrito ( $r=.81$ ;  $p<.001$ ) e com o perfeccionismo orientado para os outros ( $r=.38$ ;  $p<.001$ ). O perfeccionismo socialmente prescrito e o perfeccionismo auto-orientado também apresentam uma correlação linear positiva, moderada e estatisticamente significativa ( $r=.62$ ;  $p<.001$ ).

Porém, o perfeccionismo (escala total) não se correlaciona de forma significativa nem com a imagem corporal ( $r=.07$ ;  $p<.001$ ), nem com o comportamento alimentar ( $r=-.14$ ;  $p<.001$ ). A imagem corporal também não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com o comportamento alimentar ( $r=-.06$ ;  $p<.001$ ) no grupo de participantes que fazem exercício físico.

No grupo que não pratica exercício físico, também não se verificaram diferenças significativas entre os valores de perfeccionismo (escala total) e a imagem corporal ( $r=.09$ ;  $p<.001$ ), nem entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar ( $r=.08$ ;  $p<.001$ ). A imagem corporal também não se mostrou associada de forma estatisticamente significativa com o comportamento alimentar ( $r=.32$ ;  $p<.001$ ).

Verifica-se, no entanto, que a escala total do perfeccionismo se encontra correlacionada de forma positiva e com linearidade moderada e estatisticamente significativa com o perfeccionismo auto-orientado ( $r=.64$ ;  $p<.001$ ), com o perfeccionismo socialmente prescrito ( $r=.60$ ;  $p<.001$ ) e com o perfeccionismo orientado para os outros ( $r=.55$ ;  $p<.001$ ) por parte de quem não pratica exercício físico.

### 4.3. Análise das regressões

Para estudar o efeito preditor do perfeccionismo, imagem corporal e comportamento alimentar na regularidade da prática de exercício físico procedeu-se a uma regressão linear na amostra total (Tabela 11).

**Tabela 11** - Contributo do Perfeccionismo, da Imagem Corporal e do Comportamento Alimentar na explicação da Regularidade do Exercício Físico

		Regularidade de exercício físico	
Perfeccionismo (Escala MPSH)		$\beta = -.097$	$R^2 = .023$

Imagem corporal (BSQ)	$\beta = -.011$	
Comportamento alimentar (EDI-2)	$\beta = -.101$	

Nota.  $\beta$  – Coeficiente padronizado Beta;  $R^2$  - coeficiente não estandardizado

Os resultados mostram que apenas 2.3% da variação ( $R^2=.023$ ) da regularidade da prática de exercício físico é explicada pelos níveis de perfeccionismo, imagem corporal e comportamento alimentar ( $Z=1.72$ ;  $p=.163$ ). Além disso, nenhum fator tem um contributo significativo.

A mesma análise de regressão foi efetuada apenas no grupo de sujeitos que pratica exercício físico, porém os resultados foram igualmente não significativos, quer para o modelo global ( $Z=1.0212$ ;  $p=.385$ ), quer para o contributo individual do perfeccionismo ( $B=-.073$ ;  $p=.319$ ), imagem corporal ( $B=-.099$ ;  $p=.172$ ) e comportamento alimentar ( $B=-.019$ ;  $p=.795$ ).

Procurou-se ainda perceber se o perfeccionismo e a preocupação com a imagem corporal predizem o comportamento alimentar (Tabela 12).

**Tabela 12** - Contributo do Perfeccionismo e da Imagem Corporal na explicação do Comportamento Alimentar

Comportamento alimentar (EDI-2)		
Perfeccionismo (Escala MPSH)	$\beta = -.14^{***}$	$R^2 = .020$
Imagem corporal (BSQ)	$\beta = -.003$	

Nota. Nota.  $\beta$  – Coeficiente padronizado Beta;  $R^2$  - coeficiente não estandardizado

O modelo mostra que apenas 2% da variação ( $R^2=.020$ ) do comportamento alimentar é explicada pelo perfeccionismo ( $\beta = -.14$ ;  $p=.035$ ) e pela imagem corporal ( $\beta = -.01$ ;  $p=.958$ ), sendo o perfeccionismo o único contributo significativo.

Quando se explorou a mesma regressão separando os grupos em função da prática de exercício físico, obteve-se de igual modo modelos explicativos não significativos do ponto de vista estatístico.

Na fase seguinte procurou-se testar o modelo mediador, ou seja, se a influência do perfeccionismo no comportamento alimentar é direta ou mediada pela satisfação com a imagem corporal. Para isso, seguiram-se os procedimentos de Baron e Kenny (1986), conforme indicado anteriormente.

Para testar a condição A, procedeu-se à correlação entre o perfeccionismo (escala total) e o comportamento alimentar (EDI-2), tendo obtido uma correlação fraca, mas estatisticamente significativa, no valor de  $r = -.14$  ( $p=.034$ ). Portanto, a condição A foi alcançada.

Para testar a condição B, procedeu-se à correlação entre o perfeccionismo (escala total) e a imagem corporal (BSQ). Obteve-se um valor coeficiente de correlação muito baixo e não significativo ( $r=.07$ ;  $p=.332$ ), pelo que não se cumpriu a condição B. Face ao exposto, não se reuniram as condições para se prosseguir com o estudo do modelo mediador.

## 5. Discussão

Os resultados obtidos neste estudo procuraram explorar a existência de relação entre o perfeccionismo, nas suas diferentes dimensões, a imagem corporal e a sua expressão a nível de comportamento alimentar ou de prática de exercício físico.

De uma forma global, pode-se observar com a análise dos resultados obtidos que a amostra recolhida evidencia parâmetros de perfeccionismo e de satisfação e preocupação

com a imagem corporal dentro de um padrão considerado saudável, o que se refletiu em resultados normativos no que concerne à existência de Perturbações da Alimentação e da Ingestão. Estes resultados apontam para a inexistência de níveis indicadores de patologia na comunidade, o que confirma a literatura (Stice et al., 2021).

Apesar dos resultados evidenciarem uma amostra saudável do ponto de vista do comportamento alimentar, existem alguns fatores a atender, nomeadamente uma pontuação ligeiramente elevada em relação aos valores de referência quanto ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito e as diferenças ao nível da preocupação e satisfação com a imagem corporal entre sexos, aspetos reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de PAI, e aos quais os autores reforçam a importância de dirigir intervenções na comunidade (Stice et al., 2021).

Estes valores vão ao encontro de Flett e Hewitt (2005), que sublinham que a preocupação com a demonstração de uma imagem perfeita para os outros é elevada em pacientes com distúrbios alimentares, bem como em pessoas com problemas com ansiedade, depressão sofrimento psicológico e sentimentos negativos face à aparência física (Flett & Hewitt, 2005).

No que respeita ao perfeccionismo socialmente prescrito, a crença de que os outros, têm expectativas muito elevadas acerca do seu desempenho, é, de acordo com Flett e Hewitt (2005) um fator desadaptativo, e tende a encontrar-se mais correlacionado com uma maior severidade de psicopatologia, como depressão e ansiedade (Shafran et al., 2002), e é também mais elevado em sujeitos com PAI (Egan et al., 2014). Estes autores defendem a existência de uma temática comum neste enquadramento, que é a expectativa pela avaliação dos outros, o que pode conduzir à persistência e extremismo de determinados padrões de comportamento.

Esta posição é, ainda, partilhada por Stoeber et al. (2020), que defendem uma maior probabilidade de que pessoas que almejam a uma aparência física perfeita se envolvam em comportamentos de dieta, por forma a obter a validação dos outros (Czepiel & Koopman, 2021).

Paralelamente, ainda que não exista uma prevalência significativa de PAI na amostra, a maioria dos sujeitos demonstra preocupação com a realização de comportamentos de controlo do peso. Neste sentido, evidencia-se uma relação com a alimentação devida à preocupação com a gestão do peso e manutenção da forma (24.3%), tentativa de manter um padrão saudável, mas com episódios de descontrole (19.9%).

Esta percentagem corresponde ao encontrado na literatura, na qual foi identificada uma prevalência de comportamentos de dieta entre 27% e 68%, em que 10% e 58% seriam comportamentos de dieta não saudáveis (Czepiel & Koopman, 2021).

Estes dados são também coincidentes com uma meta-análise recente que destaca que grande parte da população já tentou perder peso, embora estas tentativas se encontrassem associadas a comportamentos de saúde negativos, mas também a um índice de massa corporal (IMC) mais elevado, revelando a sua ineficácia (Halali et al., 2020).

A maioria dos participantes no estudo evidencia um IMC dentro de parâmetros considerados normativos. Contudo, há a salientar a existência de uma percentagem considerável de sujeitos com baixo peso e com sobrepeso, podendo justificar ações de promoção da saúde de natureza preventiva. Por outro lado, Stice et al. (2021) apontam para a existência de estudos que possam usar um baixo IMC como variável, o que foi incluído neste estudo, mas não era o seu objetivo principal.

Por outro lado, a existência deste parâmetro pode não ser o indicador mais fiável, já que não revela a composição corporal. Neste caso, alguém com o mesmo IMC poderá

ter níveis mais ou menos elevados de gordura corporal ou de massa muscular, e, conseqüentemente, revelar uma relação diferente com o corpo.

Neste contexto, salienta-se também o facto de um número significativo de sujeitos indicar recorrer à alimentação e ao treino como forma de lidar com emoções negativas, o que poderá corresponder ao traço transdiagnóstico do recurso a estes mecanismos na modulação do humor, e na influência que ambos podem ter no valor pessoal e, conseqüentemente, no bem-estar psicológico dos sujeitos (Fairburn, 2008).

A análise dos resultados embora reveladora de valores considerados normativos, indicia uma tendência a extremos no que respeita a comportamentos restritivos, existindo uma igual percentagem por parte daqueles que nunca os realizam e daqueles que os realizam frequentemente, com 20.8%. Paralelamente, se se considerar a percentagem de sujeitos que frequentemente recorrem a este tipo de comportamento (8.4%), e o número considerável de sujeitos que possui comportamentos de controlo do peso, pode-se estar perante um cenário que indica tendência à restrição, bem como uma preocupação com o corpo.

Adicionalmente, a percentagem de sujeitos que indica a possibilidade de ter já sofridos de PAI embora sem diagnóstico formal (19.9%) pode apontar para a possibilidade de um problema subclínico.

No que concerne às diferenças entre géneros, verificou-se que o sexo feminino ( $M=97.31$ ,  $DP=19.53$ ) é significativamente mais insatisfeito e preocupado com o corpo do que o masculino ( $M=64.55$ ,  $DP=24.36$ ), e os resultados obtidos na subescala do EDI-2 da Desconfiança Interpessoal indicam que o sexo feminino ( $M=5.96$ ,  $DP=4.57$ ) apresenta também maiores dificuldades no estabelecimento de relações de intimidade, proximidade afetiva e capacidades para comunicar pensamentos do que o sexo masculino ( $M=4.40$ ,  $DP=3.79$ ).

Assinala-se, também, quando comparados os grupos com e sem prática de exercício, a existência de valores mais elevados de alterações ao nível da imagem corporal, embora não significativos estatisticamente, e de comportamentos e atitudes disfuncionais relativamente à alimentação por parte de praticantes de exercício físico.

Estes resultados vão de encontro aos encontrados num estudo de Boone e Soenens (2015), em que a maioria dos participantes evidenciava uma ligeira insatisfação corporal. Contudo, nos casos em que os níveis de perfeccionismo e de insatisfação corporal eram mais elevados, também o eram os sintomas a nível alimentar.

Desta forma, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias das pontuações dos testes do grupo que pratica e do grupo que não pratica exercício físico na pontuação total e nas subescalas Obsessão pela Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medo da Aduldez.

Estes resultados revelam a existência de uma preocupação significativa com a magreza, com inerente desejo de emagrecer e receio associado de ganhar peso por parte de praticantes de exercício físico.

Os resultados encontrados indicam que o medo de ser gordo e a obsessão pela magreza são mediadores de insatisfação com o corpo e da prática de exercício, o que também foi encontrado num estudo de Rhode et al. (2017, cit. in Stice et al., 2021). Deste modo, a preocupação com o peso e a idealização da magreza promovem a insatisfação corporal e podem resultar em restrição calórica e em comportamentos compensatórios (Stice et al., 2021), dados coincidentes com os deste estudo.

A obsessão pela magreza, enquanto padrão pessoal de atração, constitui um fator de risco de grande significância na insatisfação corporal e nas perturbações alimentares e associa-se a uma baixa autoestima (Martin & Racine, 2017). Este fator, em conjunto com

a insatisfação corporal, constitui-se como fator de vulnerabilidade para comportamentos disfuncionais, como o caso das PAI (Linardon et al., 2021), e podem ser motivo da persistência de comportamentos de dieta mesmo após a perda de peso (Hamamoto et al., 2022; Withnell & Bodell, 2023),

De acordo com Costa et al. (2016), em praticantes habituais de exercício, o perfeccionismo poderia ser evidenciado através da necessidade de restrição e de controle, traduzindo-se as preocupações com a aparência em maior sintomatologia alimentar e prática de exercício físico.

Adicionalmente, quem pratica exercício físico, apresenta tendência para episódios de descontrole alimentar seguidos de comportamentos compensatórios (subescala Bulimia), e apesar da prática mantém descontentamento com o corpo (subescala Insatisfação Corporal), e sentimentos de inadequação e de insegurança, associados a uma baixa autoestima, pela pontuação obtida na subescala Ineficácia.

A pontuação na subescala Desconfiança Interpessoal remete, também, para dificuldades ao nível das relações de intimidade e na expressão emocional e de ideias.

Subsequentemente, estes resultados ao nível da Consciência Interoceptiva remetem para dificuldades no reconhecimento de estados emocionais e de sensações relativas a estados de fome e saciedade.

Já a pontuação obtida no Medo da Adulterez remete para receios de enfrentamento das responsabilidades da vida adulta.

Dificuldades ao nível da consciência interoceptiva estão ligadas a dificuldades no reconhecimento e compreensão de sensações relativas aos estímulos alimentares e à digestão, pelo que estes são muitas vezes evocadores de ansiedade e catalogados como ameaçadores (Duffy et al., 2019).

Num estudo longitudinal, Linardon et al. (2021) encontraram relação entre perturbações alimentares e da imagem corporal e consequências na idade adulta, sendo que os padrões bulímicos e a insatisfação corporal permaneceram estáveis nesta etapa. Neste sentido, estabelecem a possibilidade destes problemas poderem ser marcadores para problemas de saúde mental (Linardon et al., 2021).

Por sua vez, é reconhecido o papel da restrição alimentar como condição favorável para a AN e a ingestão alimentar compulsiva para a BN e PIAC (Hilbert et al., 2014),.

Apesar de tudo, os resultados não vão ao encontro dos partilhados por González-Hernández et al. (2022), em que, numa revisão sistemática, verificaram que o perfeccionismo se constituía enquanto variável preditora da prática e da adição ao exercício físico. Estes autores sugeriram que esta prática seria uma resposta à insatisfação com a imagem corporal ou a perturbações alimentares (González-Hernández et al., 2022). Neste estudo não se verificou que algum destes fatores tivesse um peso preditivo no estudo atual.

Por sua vez, reforça-se também a importância de dirigir intervenções preventivas a comportamentos restritivos extremos e de natureza subclínica, já que também os quadros de PAI- Não Especificada têm sido crescentes (Santomauro et al., 2021)

Considera-se importante destacar o facto de ser um estudo que procurou a averiguação de indicadores de perturbação na comunidade, e cujo contributo pode ser o de incorporar intervenções que possam ser favorecedoras uma maior autoimagem positiva e de uma maior autocompaixão e autoaceitação, e que possibilite a desconstrução dos ideais de beleza e de estatuto tão arraigados na sociedade ocidental atual. A existência de programas que promovam a autoimagem corporal positiva serão pertinentes, na medida em que poderão capacitar para uma maior resiliência no que respeita às pressões socioculturais e desportivas face à imagem (Baceviciene et al, 2023).

Complementarmente, a compreensão do impacto da satisfação e preocupação com a imagem corporal é relevante para que se possa, na prática, desenvolver abordagens de consciencialização e desconstrução de padrões corporais idealizados e veiculados pelos media (Longhurst, 2022). Para a sua eficácia podem contribuir um maior conhecimento de perfis de vulnerabilidade e características de personalidade (Hilbert et al., 2014).

O facto de se ter encontrado um autorreporte de episódios de compulsão alimentar e de eventual suspeita de padecimento de PIAC vai ao encontro de Santomauro et al. (2021), que indicam um aumento da prevalência destes quadros e reforçam a necessidade de se considerar esta realidade nas intervenções no contexto das PAI. Deste modo, há que considerar o contributo destes fatores no risco de obesidade, abuso de substâncias, depressão, stresse, impacto na funcionalidade e aumento da mortalidade (Stice et al., 2021).

Considera-se que os resultados evidenciados representam como vantagem a existência de uma amostra da comunidade e possibilitam a análise de uma população não-clínica, e constituída por adultos. Este estudo trouxe a oportunidade de observar a relação entre o comportamento alimentar e a prática desportiva em diferentes modalidades e numa população heterogénea sociodemograficamente, o que tem sido raro nos diferentes estudos, pelo que se considera uma mais-valia (Baceviciene et al, 2023).

Contrariamente a uma limitação encontrada por Danielsen et al. (2016), a auscultação do tipo de prática e da relação profissional com o exercício foi realizada, o que possibilitou a análise diferenciada destes resultados.

Deste modo, existem autores que reforçam como limitação a escassez de estudos com adultos e a existência de um maior número de investigações com amostras de conveniência, como população académica ou com patologia, o que limita a generalização dos resultados (Linardon et al., 2021), algo que o presente estudo procurou ultrapassar.

O facto de se ter recorrido a um instrumento difundido via digital teve a vantagem de poder recolher respostas de uma maior abrangência geográfica e de facilitar a disseminação do mesmo.

Por outro lado, Bryant et al. (2022) destacam que a maioria da investigação nesta área tem sido sobretudo realizada no diagnóstico, existindo poucos *screenings*, e que são sobretudo dirigidos a população universitária, evidenciando uma elevada prevalência, mas pouca procura de apoio. Estes autores enfatizam, ainda, a existência de uma condição de subdiagnóstico, uma vez que existe ainda pouca sensibilidade para a PIAC, PAI-NE ou que não cumpre todos os critérios de diagnóstico.

Todavia, o estudo apresenta algumas limitações, das quais se salienta a discrepância entre os géneros, uma vez que apenas 18,6% ( $N=42$ ) pertenciam ao sexo masculino.

O facto de se considerar uma amostra de pequena dimensão e de não existir homogeneidade nos grupos com diferentes níveis de prática de exercício limita as conclusões realizadas.

Na avaliação e tratamento é importante também recorrer à análise de outras medidas de avaliação, como as flutuações no peso, no IMC e a nível da bioquímica, de modo a acautelar a congruência das diferentes medidas, destacando-se também que o recurso a medidas de autorrelato pode condicionar os resultados obtidos, face à tendência para subjetividade no reporte da informação (Wade & Pellizzer, 2020).

Paralelamente, ainda que não de forma estatisticamente significativa, poder-se-ia ponderar a existência de resultados mais robustos se fosse analisada uma prática de exercício que tivesse considerado apenas exercício físico estruturado, sendo que uma parte significativa dos respondentes que indicou praticar apontou a prática de caminhadas, o que se considera atividade física e não exercício físico.

Seria interessante atender à existência de impacto na qualidade de vida e no funcionamento psicossocial dos participantes, derivado da prática de exercício físico. Contudo, a dimensão dos instrumentos e o tempo de resposta inerente poderia comprometer o envolvimento dos sujeitos na participação no estudo.

Não obstante, o facto de 29.6% dos sujeitos ( $N=67$ ) ter como proveniência a região do Alentejo representa uma condicionante em termos de representatividade da amostra e eventual generalização dos resultados.

Será interessante em futuros estudos analisar de forma mais aprofundada as cognições e perfil emocional dos sujeitos aquando da impossibilidade da prática, nomeadamente acerca da existência de emoções negativas como a culpa (Holland et al., 2014; Lampe et al., 2023). Será interessante, também, compreender a rotina de treino e a seleção de amostras em que se recolha com maior detalhe as estruturas e rotinas de treino ou maior representatividade de praticantes de modalidades específicas.

## **6. Conclusões**

Um dos fatores mais interessantes na emergência das abordagens transdiagnósticas tem sido a análise das relações entre processos inerentes a diferentes perturbações. No caso deste estudo, interessou averiguar a existência de relações para além da prática do exercício físico e das perturbações alimentares, procurando-se compreender qual o papel das diferentes dimensões do perfeccionismo e da imagem corporal. Estas têm sido dimensões com relação encontrada e documentada na literatura (González-Hernández et al., 2022).

A existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da prática quanto à Obsessão pela Magreza e de uma maior insatisfação com o corpo, ainda que nesta última variável não estatisticamente significativa, vão ao encontro do postulado no modelo Transdiagnóstico para as Perturbações Alimentares.

O exercício físico é um comportamento complexo e a exploração do seu papel na modulação afetiva e na confirmação do valor pessoal e enquanto comportamento compensatório é importante para uma abordagem efetivamente direcionada aos processos que mantêm uma baixa valorização pessoal persistente (Lampe et al., 2023; Nahman & Holland, 2022).

Desta forma, o facto de se endereçar a intervenção a estes fatores de risco ou de manutenção e processos críticos conduzirá a uma melhoria dos sintomas de várias patologias que podem ser causadas por eles, conduzindo a uma maior eficácia das intervenções (Egan et al., 2014).

Interessa no futuro aprofundar as motivações para a prática do exercício, como a existência de rotinas rígidas, preocupação na sua realização em detrimento do impacto da performance ou bem-estar ou para reduzir a culpa ou reduzir a ansiedade face à alimentação (Nahman & Holland, 2022). Esta exploração, a par de dimensões como traços obsessivo-compulsivos, autoestima e ansiedade (González-Hernández et al., 2022) poderá permitir a compreensão de mecanismos de base pressupostos nesta abordagem teórica.

Por sua vez, teria sido também interessante explorar quais as cognições associadas à motivação para a prática ou aquando da sua ausência, de modo a poder aferir de forma mais ajustada a existência de uma relação entre o exercício físico como modo de gestão do peso (Holland et al., 2014).

No entanto, este estudo contribui para o reconhecimento de que existem fatores que podem estar subindicados no contributo e favorecimento de uma perturbação, como o caso do perfeccionismo e da imagem corporal, bem como a existência de processos que envolvem a relação com a alimentação e a prática de exercício e que, fundamentalmente, poderão estar relacionados à autoexigência. Desta forma, a existência de abordagens

preventivas complementares, que possam endereçar-se não só à adoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico e de uma alimentação saudável, mas que incluam fatores psicológicos, como o perfeccionismo e a autoestima, por forma a agir de um modo preventivo.

Devido à presença de variáveis diversas e à heterogeneidade da amostra, seria desejável a existência de um número de participantes mais elevado, por forma a possibilitar a deteção de efeitos significativos na frequência e intensidade da prática e de poder proceder a procedimentos paramétricos em boas condições.

Em futuros estudos poderá ser interessante incluir uma pergunta sobre o uso de produtos para ganho de massa muscular seria importante para identificar padrões de insatisfação corporal associados sobretudo ao sexo masculino (Glazer et al., 2021), bem como explorar as cognições e emoções associadas ao início e à impossibilidade de prática de exercício.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª edição). Climepsi Editores
- Askew, A., Peterson, C., Crow, S., Mitchell, J., Halmi, K., Agras, W., & Haynos, A. (2020). Not all body image constructs are created equal: predicting eating disorder outcomes from preoccupation, dissatisfaction, and overvaluation. *International Journal of Eating Disorders*, *53*, 954–963. <https://doi.org/10.1002/eat.23277>
- Baceviciene, M., Jankauskiene, R., & Rutkauskaite, R. (2023). The comparison of disordered eating, body image, sociocultural and coach-related pressures in athletes across age groups and groups of different weight sensitivity in sports. *Nutrients*, *15* (2724). <https://doi.org/10.3390/nu15122724>
- 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://www.researchgate.net/publication/281274059>
- Başaran, S. (2022). Perfectionism: its structure, transdiagnostic nature, and cognitive behavioral therapy. *Current Approaches in Psychiatry*.*14*(4), 518-525. <https://10.18863/pgy.1096518>
- Boni, M., Acquarini, E., & Montecchi, L. (2022). Eating disorders in males. An update. *Journal of Psychopathology*. *28*, 120-126. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-472>
- Boone, L., Soenens, B. (2015). In double trouble for eating pathology? An experimental study on the combined role of perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. *47*, 77-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.005>

- Breton, E., Dufour, R., Côté, S., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R., & Boij, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*. 10(84). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00603-z>
- Bryant, E., Spielman, K.; Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*. 10(78). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00597-8>
- Carpine, L., Charvin, I., Da Fonseca, D., & Bat-Pitault, F. (2022). Clinical features of children and adolescents with anorexia nervosa and problematic physical activity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 27, 119–129. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01159-8>
- Costa, S., Hausenblas, H., Oliva, P., Cuzzocrea, F., & Larcán, R. (2016). Maladaptive perfectionism as mediator among psychological control, eating disorders, and exercise dependence symptoms in habitual exerciser. *Journal of Behavioral Addictions*. 5(1), 77–89. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.004>
- Czepiel, D., & Koopman, H. (2021). Does physical appearance perfectionism predict disordered dieting? *Current Psychology*. 42, 24-34. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01308-9>
- Danielsen, M., Rø, Ø., Romild, U., & Bjørnelv, S. (2016). Impact of female adult eating disorder inpatients' attitudes to compulsive exercise on outcome at discharge and follow-up. *Journal of Eating Disorders*. 4(7). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0096-0>
- Davidson, T., Jones, S., Roy, M., & Stevenson, R. (2019). The cognitive control of eating and body weight: it's more than what you "think". *Frontiers in Psychology*. 10(62), 10 – 62. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00062>

- Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D., Patten, S., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, & Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. 56, 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Duffy, M., Rogers, M., Joiner, T., Bergen, A., Berrettini, W., Bulik, C., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A., Klump, K., Lilenfeld, L., Magistretti, P., Mitchell, J., Schork, N., Strober, M.; Thornton, L., Treasure, J., Woodside, B., Kaye, W., & Keel, P. (2019). An investigation of indirect effects of personality features on anorexia nervosa severity through interoceptive dysfunction in individuals with lifetime anorexia nervosa diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*. 52, 200–205. <https://doi.org/10.1002/eat.23008>
- Egan, S., Wade, T., Shafran, R., & Antony, M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. The Guilford Press.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The Transdiagnostic Process of Perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 17(3), 279-294.
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*. 198, 8–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (2014). Eating disorders: a transdiagnostic protocol. In D. Barlow, D. (Ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. (pp. 670-702). The Guilford Press.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press.
- Farrell, N., Brosf, L., Vanzhula, I., Christian, C., Bowie, O., & Levinson, C. (2019) Exploring mechanisms of action in exposure-based cognitive behavioral therapy for

- eating disorders: the role of eating-related fears and body-related safety. *Behavior Therapy*, 50(6), 1125-1135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.008>
- Farstad, S., McGeown, L., & von Ranson, K. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Flett, G., & Hewitt, P. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *American Psychological Society*, 14(1), 14 – 18. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x>
- Glazer, K., Ziobrowski, H., Horton, N., Calzo, J., & Field, A. (2021). The course of weight/shape concerns and disordered eating symptoms among adolescent and young adult males. *Journal of Adolescent Health*, 69, 615-621. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.036>
- González-Hernández, J., Nogueira, A., Zangeneh, M., & López-Mora, C. (2022). Exercise addiction and perfectionism, joint in the same path? a systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1733–1756. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00476-w>
- Gotwals, J., Stoeber, J., Dunn, J., & Stoll, O. (2012) Are perfectionistic strivings in sport adaptive? a systematic review of confirmatory, contradictory, and mixed evidence. *Canadian Psychology*, 53 (4), 263–279 <http://doi.org/10.1037/a0030288>
- Hamamoto, Y., Suzuki, S., & Sugiura, M. (2022). Two components of body-image disturbance are differentially associated with distinct eating disorder characteristics in healthy young women. *PLoS ONE*, 17(1), e0262513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262513>

- Hamlin, E. (2022). Hollow women, stuffed women: body image and the imagined body in patients with eating disorders. *British Journal of Psychotherapy*, 38(1), 61–78. <https://doi.org/10.1111/bjp.12698>
- Halali, F., Lapveteläinen, A., Karhunena, L., & Kantanen, T. (2020). Eating behavior tendencies among Finnish adults in relation to previous weight loss attempts. *Appetite*, 150. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104650>
- Hill, A., Mallinson-Howard, S., Madigan, D., & Jowett, G. (2018). Perfectionism in sport, dance, and exercise: an extended review and reanalysis. In Tenenbaum, G. & Eklund, R. (Eds.). *Handbook of Sport Psychology* (4th Edition). <https://www.researchgate.net/publication/323425251>
- Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., Walsh, B., Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220, 500–506. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Holland, L., Brown, T., & Keel, P. (2014). Defining features of unhealthy exercise associated with disordered eating and eating disorder diagnoses. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 116-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.10.005>
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P., Rumsey, N., Frisé, A., Brandão, M., Silva, A., Dooley, B., Rodgers, R., & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body Image*, 30, 170–211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Lampe, E., Gorrell, S., Smith, K., Payne-Reichert, A., Juarascio, A., & Manasse, S. (2023). Divergent trajectories of positive affect following maladaptive and non-maladaptive exercise among individuals with binge-spectrum eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.23901>
- Levinson, C., Brosf, L., Vanzhula, I., Bumberry, L., Zerwas, S., & Bulik, C. (2017). Perfectionism group treatment for eating disorders in an inpatient, partial

- hospitalization, and outpatient setting. *European Eating Disorders Review*. 25, 579–585. <http://doi.org/10.1002/erv.2557>
- Linardon, J., Greenwood, C., Fuller-Tyszkiewicz, M., Macdonald, J., Spry, E., Hutchinson, D., Youssef, G., Sanson, A., Wertheim, E., McIntosh, J., Le Grange, D., Letcher, P., & Olsson, C. (2021). Young adult mental health sequelae of eating and body image disturbances in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*. 54, 1680–1688. <https://doi.org/10.1002/eat.23575>
- Longhurst, P. (2022). Incorporating positive body image in therapeutic practice: an overview of construct definitions, concepts and theoretical foundations. *Counselling and Psychotherapy Research*. 22, 257–266. <https://doi.org/10.1002/capr.12494>
- Luo, J., Forbush, K., Williamson, J., Markon, K., & Pollack, L. (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating Behaviors*. 14, 291–294. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.003>
- Martin, S., & Racine, S. (2017). Personality traits and appearance-ideal internalization: Differential associations with body dissatisfaction and compulsive exercise. *Eating Behaviors*. 27, 39 – 44. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.11.00>
- Mond, J., & Gorrell, S. (2021). “Excessive exercise” in eating disorders research: problems of definition and perspective. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 26, 1017–1020. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01075-3>
- Nahman, C., & Holland, J. (2022). Incorporating interventions for unhealthy exercise into eating disorders treatment: a survey of attitudes in those with lived experience of an eating disorder. *Sports Psychiatry*. 1(3), 100–106. <https://doi.org/10.1024/2674-0052/a000020>

- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Blackwell Publishers.
- Paulson, L., & Rutledge, P. (2014) Effects of perfectionism and exercise on disordered eating in college students. *Eating Behaviors*, 15, 116-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.11.005>
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Rosa, B. (2012). Validação do Body Shape Questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia-idade. *Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora LDA: <http://repositorio.fmh.ulisboa.pt/catalogo-de-instrumentos/lista-completa-por-temas/33?view=instrument&name=BSQ>
- Ralph-Nearman, C., Williams, B., Ortiz, A., & Levinson, C. (2023). Investigating the theory of clinical perfectionism in a transdiagnostic eating disorder sample using network analysis. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.001>
- Pellizzer, M. (2020): Assessment of eating disorders. (pp 371 – 384) . In Sellbom, M.; & Suhr, J. *The Cambridge Handbook of Clinical Assessment and Diagnosis*. Cambridge University Pres. <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/9781108235433.027>
- Santomauro, D., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 8, 320–28. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021) CBT at the crossroads: the rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 86–113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>

- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791.
- Shanmugam, V., & Davies, B. (2015) Clinical perfectionism and eating psychopathology in athletes: the role of gender. *Personality and Individual Differences*, 74, 99–105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.047>
- Schaumberg, K., Robinson, L., Hochman, A., & Micali, N. (2022). Prospective associations between driven exercise and other eating disorder behaviors in adolescence: a longitudinal cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 70, 781 - 787. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.022>
- Stice, E., Bohon, C., Gau, J., & Rohde, P. (2021). Factors that predict persistence versus non-persistence of eating disorder symptoms: a prospective study of high-risk young women. *Behaviour Research and Therapy*, 144, 103932. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103932>
- Stoeber, J., Madigan, D., & Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Personality and Individual Differences*, 161 (109846). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109846>
- 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/pdf/287/28750106.pdf>
- Stoeber, J. (2014). Perfectionism. In Eklund, R., & Tenenbaum, G. (Eds.), *Encyclopedia of sport and exercise psychology*, 2, 527-530). Sage.
- Tozzi, F., Aggen, S., Neale, B., Anderson, C., Mazzeo, S., Neale, M., & Bulik, C. (2004). The structure of perfectionism: a twin study. *Behavior Genetics*, 34(5), 483-494. <http://doi.org/0001-8244/04/0900-0483/0>

- Treasure, J., Duarte, T., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395, 899-911.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Troschianko, E., & Leon, M. (2020). Treating eating: a dynamical systems model of eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 11, 1801.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01801>
- Trott, M., Jackson, S., Firth, J., Jacob, L., Grabovac, I., Mistry, A., Stubbs, B., & Smith, L. (2021). A comparative meta-analysis of the prevalence of exercise addiction in adults with and without indicated eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 37-46.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00842-1>
- Vacca, M., Maria, A., Mallia, L., & Lombardo, C. (2021). Perfectionism and eating behavior in the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 580943.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.580943>
- Vartanian, L., Hayward, L., Smyth, J., Paxton, S., & Stephen, T. (2018) Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 322-330.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22835>
- Wade, E., & Pellizzer, M. (2020) Assessment of Eating Disorders. In Sellbom, M., & Suhr, J. (Eds). *The Cambridge Handbook Of Clinical Assessment And Diagnosis*. (pp. 371-384). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108235433>
- Withnell, S.; Bodell, L. (2023). Does suppressing weight improve body satisfaction? A longitudinal analysis in undergraduate men and women. *Body Image*: 45 (2023) 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.01.011>