

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A Influência do Perfeccionismo e da Supressão
de Pensamento nas Perturbações do
Comportamento Alimentar numa população
de Jovens Adultos***

Andreia Sofia Raposo Guerreiro

Dissertação de Mestrado para Obtenção de grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

2014

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A Influência do Perfeccionismo e da Supressão
de Pensamento nas Perturbações do
Comportamento Alimentar numa população
de Jovens Adultos***

Andreia Sofia Raposo Guerreiro

Dissertação de Mestrado para Obtenção de grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação da Prof.^a Doutora Cláudia Carmo

2014

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

(Andreia Sofia Raposo Guerreiro)

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Copyright© Andreia Sofia Raposo Guerreiro

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação de mestrado apresenta um marco na minha vida académica e pessoal. Por toda a disponibilidade e apoio não posso deixar de agradecer a todas as pessoas, que de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização da presente dissertação. Desta forma quero agradecer:

Em primeiro lugar a todos os participantes do estudo. Sem a sua colaboração e disponibilidade a realização deste projeto nunca teria sido possível.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Cláudia Carmo, obrigada por todas as reflexões e sugestões que fizeram com que nunca desistisse de melhorar cada vez mais. A elaboração deste projeto deve-se em grande parte ao rigor e exigência, e à dedicação e apoio que sempre demonstrou durante este percurso. Obrigada por me ensinar a ser mais perfeccionista!

À Rita, obrigada por tudo. Agradeço não só pela ajuda na recolha dos dados e interpretação dos resultados, mas principalmente por todas as palavras de conforto nos momentos de angústia e maior *stress*. Obrigada por todo o apoio, e pela tua genuína e sincera amizade. Sem ti este percurso tinha sido muito mais difícil.

À Ana Rita, por estar presente na minha vida há 23 anos, e por ser, sempre, a minha maior confidente.

A todas as minhas amigas, agradeço a preocupação e compreensão nos momentos de maior angústia a frustração. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, e receberem-me sempre com um sorriso nos lábios.

A todos os meus amigos e colegas de faculdade, e aos meus professores, obrigada por estes 5 anos de partilha, crescimento profissional e pessoal. Este trabalho também é vosso!

Agradeço ao meu namorado, por toda a atenção e paciência ao longo destes meses. O seu abraço, por vezes, foi o único que me confortou. Obrigada pelo teu persistente apoio, pelas palavras de motivação e por acreditares sempre em mim. Obrigada essencialmente pelo teu amor!

À minha irmã, por ser sempre o motivo dos meus sorrisos nos piores momentos. Há doze anos que vieste transformar o meu mundo. Obrigada por toda a ajuda a inserir os dados: “estou farta disto, o que é que me dás em troca?”. A “recompensa” há-de chegar.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus pais por todo o esforço ao longo destes 5 anos. Obrigada pelo apoio, pelo sacrifício e por acreditarem sempre em mim. A vocês, obrigada pelo encorajamento, motivação e carinho, e por estarem sempre presentes em todas as etapas da minha vida. Tudo o que sou devo a vocês.

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

RESUMO

Segundo a American Psychological Association (APA) (2013), as Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são consideradas um problema de saúde pública que, ao longo da vida, se manifesta não só a nível físico como psicológico. O perfeccionismo tem sido apontado como uma característica central no desenvolvimento e na manutenção das PCA. Padrões pessoais excessivamente elevados a nível de alimentação, da imagem física e do peso são características predominantes das PCA. Por outro lado, a Supressão do Pensamento, estratégia do controlo mental, parece ter também um papel importante na manutenção das PCA.

O presente trabalho teve como principal objetivo compreender o papel das tendências perfeccionistas e da supressão do pensamento nas atitudes e comportamentos relacionados com as PCA em jovens adultos. Para isso foram definidos cinco objetivos específicos: (1) examinar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar em função do sexo; (2) examinar a existência de diferenças nas dimensões do perfeccionismo e nas estratégias de supressão de pensamento em função do sexo; (3) explorar as relações entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo; (4) explorar as relações entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e os níveis de supressão de pensamento; (5) averiguar em que medida o efeito do perfeccionismo nas atitudes e nos comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar é mediado pela supressão de pensamento.

Participaram no presente estudo 120 sujeitos com idades entre os 18 e os 30 anos. A todos os sujeitos foi solicitado o preenchimento de um protocolo composto pelos seguintes instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica, Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorder Inventory - EDI-2*), a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale - MPS-H*) e o Inventário de Supressão do Urso Branco (*White Bear Suppression Inventory - WBSI*).

A análise dos dados permitiu-nos verificar que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres quanto às atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar.

Quanto à variável sexo no perfeccionismo, apesar dos jovens do sexo feminino apresentarem níveis menores, não foram encontradas diferenças significativas. Já os jovens do sexo masculino, parecem apresentar valores superiores na utilização de estratégias de supressão, apesar de continuar a não existir uma diferença significativa entre sexos.

A análise correlacional entre as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA e as dimensões de perfeccionismo relevou uma correlação moderada e positiva. De igual forma, se relacionam as PCA e a Supressão do Pensamento.

Por fim, a análise dos resultados permitiu-nos ainda observar que existe um efeito mediador da supressão do pensamento na relação entre as tendências perfeccionistas e as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA.

Este estudo pode ser um importante contributo na medida em que corrobora e aumenta os conhecimentos da relação do Perfeccionismo e da Supressão do Pensamento e nas PCA.

Palavras-Chave: Perturbações do Comportamento Alimentar; Perfeccionismo; Supressão do Pensamento.

ABSTRACT

According to APA (2013), eating disorders are considered a public health problem that, throughout life, expresses itself not only physically but also psychologically. The perfectionism has been seen as a central feature in the development and maintenance of the PCA. Excessively high level of nutrition, body image and weight personal standards are predominant features of the PCA. Moreover, suppression of thinking, mental control strategy also appears to play a crucial role in the maintenance of the PCA.

This study has the main objective to understand the role of perfectionistic tendencies and thought suppression in attitudes and behaviors related to eating disorders in young adults. Five specific objectives were defined: (1) examine the existence of differences in attitudes and behaviors related to eating disorders by gender; (2) examine the existence of differences in perfectionism dimensions and strategies for thought suppression based on gender; (3) explore the relationship between attitudes and behaviors related to eating disorders and perfectionism dimensions; (4) explore the relationship between attitudes and behaviors related to eating disorders and levels of thought suppression; (5) determine to what extent the effect of perfectionism in attitudes and behaviors related to eating disorders is mediated by thought suppression.

A sample of 120 subjects aged between 18 and 30 years old (77 females and 43 males) was considered. All subjects were asked to complete a protocol that consisted on the following instruments: A Sociodemographic Questionnaire, the *Eating Disorders Inventory-2* (Garner, 1991), the *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt & Flett, 1991) and the *White Bear Suppression Inventory* (Wegner Zanatos & 1994).

Data analysis allowed us to verify that there are no significant differences between men and women regarding attitudes and behaviors related to eating disorders.

When analyzing gender in perfectionism, despite the young women have lower levels, no significant differences were found. Already the young males, seem to have higher values on the use of strategies of suppression, despite not being a significant difference between sexes.

A correlational analysis between attitudes and behaviors related to PCA and dimensions of perfectionism has shown a moderate positive correlation. Similarly, they relate the PCA and the Suppression of Thought.

Finally, the analysis of the results allowed us to observe that there is a mediating effect of thought suppression in the relationship between perfectionist trends and attitudes and behaviors related to PCA.

This study can be an important contribution in the way that it confirms and improves the knowledge of the relationship between perfectionism and Thought Suppression and the PCA.

Keywords: Eating Disorder; Perfectionism; Thought Suppression.

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Metodologia	18
2.1. Participantes	18
2.2. Instrumentos	18
2.2.1. Questionário de caracterização sociodemográfica	18
2.2.2. Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (<i>Eating Disorder Inventory</i> – EDI-2)	19
2.2.3. Escala Multidimensional do Perfeccionismo (<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i> - MPS-H)	20
2.2.4. Inventário de Supressão do Urso Branco (<i>White Bear Suppression Inventory</i> – WBSI)	20
2.3. Procedimentos	21
2.3.1. Recolha de dados	21
2.3.2. Análise de dados	22
3. Resultados	23
3.1. Análise Descritiva	23
3.1.1. Estudo das atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar	25
3.1.2. Estudo dos níveis de perfeccionismo	27
3.1.3. Estudo da supressão do pensamento	28
3.2. Análise Correlacional	29
3.2.1. Relação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo	29
3.2.2. Relação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e a supressão do pensamento	31
3.2.3. O efeito do perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar	32
3.2.4. Efeito mediador da supressão do pensamento entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar	32
4. Discussão	33

5. Conclusão	36
Referências Bibliográficas	38
Anexos.....	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Valores das estatísticas para o peso mínimo e máximo em função do sexo...	23
Tabela 2. Estatísticas da diferença entre os valores do peso atual e peso ideal em função do sexo.....	24
Tabela 3. Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “ <i>Sente-se bem com o seu corpo?</i> ”.....	24
Tabela 4. Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente às questões: “ <i>Acha-se gordo?</i> ” e “ <i>Acha-se magro?</i> ”.....	25
Tabela 5. Valores de frequência observada (<i>f</i>) e valor percentual (%) relativamente à questão: “ <i>Já fez dieta para perder peso?</i> ”.....	25
Tabela 6. Diferença entre os sexos nas Dimensões do Comportamento Alimentar em função do sexo.....	26
Tabela 7. Diferença entre os sexos nas Dimensões do Perfeccionismo.....	28
Tabela 8. Diferença entre os sexos nas Dimensões da Supressão do Pensamento em função do sexo.....	29
Tabela 9. Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo.....	30
Tabela 10. Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e a supressão do pensamento.....	31

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Autorização para recolha de dados na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.....	49
Anexo II. Consentimento Informado.....	52
Anexo III. Questionário Sócio-demográfico e Axiológico.....	54
Anexo IV. Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (<i>Eating Disorder Inventory - EDI-2</i>).....	56
Anexo V. Escala Multidimensional do Perfeccionismo (<i>Multidimensional Perfectionism Scale - MPS-H</i>).....	60
Anexo VI. Inventário de Supressão do Urso Branco (<i>White Bear Suppression Inventory - WBSI</i>).....	64

Lista de Siglas

APA: *American Psychological Association*

PCA: Perturbação do Comportamento Alimentar

AN: Anorexia Nervosa

BN: Bulimia Nervosa

PCA-SOE: Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação

PAO: Perfeccionismo Auto-Orientado

PSP: Perfeccionismo Socialmente Prescrito

POO: Perfeccionismo Orientado aos Outros

EDI-2: *Eating Disorders Inventory -2*

MPS-H: *Multidimensional Perfectionism Scale*

WBSI: *White Bear Suppression Inventory*

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

“Não vemos as coisas como elas são, mas como nós somos.”

Anaïs Nin, 1961

Ao longo dos anos as PCA têm suscitado interesse por parte da comunidade científica, sendo consideradas um problema de saúde pública a nível nacional e internacional. Este aumento pode ser explicado pela pressão exercida pela sociedade (Gonçalves, 1998), que valoriza corpos mais magros e esbeltos, e a presença de fatores endógenos, influenciados, muitas vezes pela hereditariedade (Santos, 2005).

De acordo com o mais recente Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – DSM 5 (APA, 2013), cerca de 90 % dos pacientes com PCA são do sexo feminino. Relativamente à anorexia nervosa (AN), a prevalência estimada em jovens do sexo feminino é aproximadamente 0,4%, e a prevalência de bulimia nervosa (BN) é de 1% a 1,5%. A prevalência entre os jovens do sexo masculino é aproximadamente igual a um décimo da das mulheres, no caso da AN e da BN.

São vários os estudos que evidenciam uma superioridade significativa das PCA no sexo feminino (Carmo, 2001; Lewinshon, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Santos, 2005). Num estudo realizado em 2012 por Darcy, Doyle, Lock, Peebles, Doyle, e Grange, com o objetivo de comparar adolescentes de ambos os sexos com AN, os resultados evidenciam que os adolescentes do sexo masculino pontuam menos nas questões acerca da preocupação com o corpo e com o peso, em comparação com as adolescentes do sexo feminino (Darcy, Doyle, Lock, Peebles, Doyle, & Grange 2012).

Contudo, parece existir um crescente número de casos diagnosticados em indivíduos do sexo masculino. Segundo um estudo realizado por Silva e Fernandes (2010) com o objetivo geral de avaliar a presença de PCA em jovens adultos recorrendo, para isso, a uma amostra de 90 estudantes universitários, os autores concluíram que o género feminino apresentou uma pontuação média inferior quando comparada com o sexo masculino.

Em suma, as atitudes e os comportamentos relacionados com as PCA, têm menor incidência no sexo masculino (Dominé, Berchtold, Akre, Michaud & Suris, 2009; Bacalhau & Moleiro, 2010; Hudson & Court, 2012), no entanto, atualmente tem-se assistido a uma prevalência crescente nos rapazes (Rose et al., 2010; Salas, Hodgson,

Figuroa & Urrejola, 2011; Núñez-Navarro et al., 2012), estimando-se atualmente que o sexo masculino represente 1 a 10% dos casos de AN e 5 a 15% dos casos de BN (Salas et al., 2011; Núñez-Navarro et al., 2012).

Segundo o DSM-5 existe uma associação entre as PCA e outras perturbações mentais, nomeadamente, a Perturbações do Humor, Perturbações da Ansiedade, Perturbações da Personalidade, e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (APA, 2013).

No que respeita aos pacientes com BN foi encontrada comorbilidade com as Perturbações da Personalidade, nomeadamente a Perturbação da Personalidade *Borderline*, Obsessivo-compulsiva, Autodestrutiva e Narcísica (Lopez-de-Andres, Carrasco-Garrido, Hernández-Barreta, Gil-de-Miguel, Jiménez-Trujillo & Jiménez-García, 2010). Na AN tem sido referido uma comorbilidade significativa com as Perturbações do Humor, as Perturbações de Personalidade e o Abuso de Substâncias.

As PCA apresentam-se como uma preocupação mórbida acerca do peso e da imagem corporal que influencia a autoestima conduzindo a graves perturbações a nível somático que comprometem o bem-estar físico e psicológico (Carmo, 2007). Encontram-se associadas a uma ideia sobrevalorizada da magreza, preocupação excessiva com o peso e medo despropositado de engordar. Os pacientes com PCA alteram os seus comportamentos alimentares com a finalidade de evitar o aumento de peso.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), na classificação das PCA são distintas duas categorias diagnósticas específicas, a AN e a BN, e uma categoria de Perturbação Alimentar sem Outra Especificação (PCA-SOE). Neste manual são ainda incluídas a Pica, Ruminação, Perturbação da Eliminação, Perturbação da Ingestão Alimentar Restritiva/Evitante e Perturbações da Ingestão Alimentar Impulsiva. Os diferentes quadros clínicos apresentam muitas características em comum e observa-se frequentemente uma tendência para os pacientes oscilarem entre os diferentes quadros (Fairburn & Harrison, 2003; Machado, Conceição & Vaz, 2009).

No que diz respeito à AN, esta perturbação caracteriza-se pela manutenção de um baixo peso inadequado, distorções cognitivas e excessiva preocupação acerca da comida, peso e forma corporais, a qual determina uma marcada e voluntária restrição alimentar, com vista a alcançar o ideal de magreza (Attia & Walsh, 2007). É mais frequente em adolescentes do sexo feminino (90 a 95% dos casos), na maioria dos casos, o início coincide com os 12 e os 18 anos de idade, embora, existiam formas de

início mais precoce e mais tardio. Nestes pacientes, a perda de peso é obtida, numa fase inicial, através da diminuição da quantidade total de alimentos ingeridos. Posteriormente, começam a eliminar os alimentos que consideram de elevado teor calórico, recorrendo a métodos adicionais de perda de peso, como por exemplo, os métodos purgativos (vómitos, abuso de laxantes, e diuréticos) e o aumento e/ou excesso do exercício físico. Apresentam um medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso é insuficiente (APA, 2013). Esta perda de peso conduz o paciente a uma significativa morbidez a nível biológico, psicológico e social levando por vezes à própria morte (Carmo, 2007).

Os sintomas mais frequentes nos pacientes com AN são os sintomas depressivos e de ansiedade, irritabilidade, labilidade de humor, concentração debilitada, diminuição do interesse sexual, desinteresse pelo mundo exterior e isolamento social (Fairburn & Harrison, 2003).

De acordo com a classificação do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), os critérios de diagnóstico para a AN são: restrição da entrada de energia relativamente às necessidades, que conduz a um peso corporal significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e estado de saúde física. O peso significativamente baixo pode ser definido como um peso que é inferior ao mínimo normal, ou inferior ao mínimo esperado para crianças e adolescentes; medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo/a, mesmo quando muito emagrecido/a; perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência destes na autoavaliação ou negação da gravidade do baixo peso atual.

Segundo o mesmo manual de classificação devemos considerar dois subtipos de AN: a restritiva, caracterizada por dieta rigorosa e recusa em manter um peso normal; e o subtipo ingestão compulsiva/purgativo onde predominam os episódios bulímicos e os comportamentos desadequados ou excessivos para evitar o aumento de peso (APA, 2013).

Relativamente à BN caracteriza-se, essencialmente, por ciclos de dieta restrita, alternando com episódios de comer excessivo (episódios bulímicos) e comportamentos compensatórios (vómitos autoinduzidos, abuso de laxantes/diuréticos, etc.). Os pacientes com BN ingerem num espaço curto de tempo uma quantidade de alimentos muito maior do que a maioria das pessoas conseguiriam comer em circunstâncias semelhantes, sendo os alimentos devorados durante os episódios de ingestão compulsiva, geralmente, alimentos de elevado teor calórico. Durante o episódio de

ingestão compulsiva os pacientes referem sentir falta de controlo do próprio comportamento alimentar, o que leva a um sentimento de vergonha e angústia (Fairburn & Harrison, 2003). Na BN os pacientes desenvolvem um conjunto de métodos compensatórios inadequados com o objetivo de perderem peso, nomeadamente a purga, o exercício físico e o jejum excessivo (APA, 2002).

A idade média de início da BN é ligeiramente mais tardia que a AN (cerca dos 18 anos) e afeta predominantemente o sexo feminino. A BN diferencia-se da AN no que diz respeito ao peso, uma boa parte das pacientes com BN têm peso normal ou acima do normal.

Os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2013) para a BN são: episódios recorrentes de voracidade alimentar; comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal; os episódios de voracidade alimentar e os comportamentos inapropriados ocorrem, em média, uma vez por semana durante três meses; a autoavaliação está exageradamente influenciada pelo peso e formas corporais; a perturbação não surge exclusivamente no curso de um quadro de AN.

Nesta classificação existe a BN subtipo purgativo, onde o sujeito recorre a vómitos, laxantes e diuréticos e o subtipo não purgativo, onde os comportamentos compensatórios se restringem à prática de jejum ou exercício físico excessivo (APA, 2013).

AS PCA-SOE, devido ao crescente número de casos acolhe uma especial atenção. Segundo o DSM-5 (2013), o indivíduo preenche todos os critérios para a anorexia nervosa, exceto: a amenorreia; e/ou, exceto o facto do peso atual se encontrar dentro da média, mesmo havendo perda significativa de peso; comportamentos de controlo do peso após ingestão de pequenas quantidades de comida; ou ingestão alimentar compulsiva “*binge-eating disorder*” na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados.

Atualmente, as PCA têm despertado um interesse crescente para os profissionais de saúde por apresentarem um grau significativo de morbilidade e uma mortalidade elevada, o que impulsionou estudos epidemiológicos, com o objetivo de observar a evolução desta perturbação ao longo do tempo.

Num estudo realizado em Portugal (Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007), as PCA-SOE representam o diagnóstico mais comum com 2.37%, seguindo-se a AN com 0.39% e a BN com 0.30%, sendo a prevalência de perturbações alimentares entre estudantes femininas de 3.06%.

A AN é uma das causas de morbidade, como evidenciam alguns estudos. Segundo um estudo onde foram comparadas adolescentes anoréticas e bulímicas, 41 adolescentes das 758 com diagnóstico de AN morreram, sendo as principais causas de morte a má nutrição e o suicídio. Contudo, no total de todos os casos de PCA em 1040 casos seguidos morreram 59 pacientes (Crisp, Gowers, Joughin, MacClelland, Rooney & Nielsen, 2006).

Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer (2009) realizaram estudos acerca dos efeitos das imagens corporais idealizadas e obtiveram três importantes resultados: (1) a insatisfação corporal e a internalização sociocultural de ideais de beleza ocidental aumentam a distorção da imagem corporal; (2) a exposição a imagens de corpos magros ou gordos pode alterar a percepção de normalidade do corpo e do corpo idealizado; e (3) quanto maior a insatisfação corporal e a internalização de ideais de beleza ocidentais menor será o efeito da exposição a corpos gordos.

Apesar dos estudos realizados ao longo das décadas existe ainda alguma controvérsia e incertezas no que diz respeito à etiologia das PCA. Apesar de a literatura identificar alguns fatores de risco para o desenvolvimento das PCA, as suas verdadeiras causas ainda permanecem por explorar.

De acordo com Moreno (2004) mantém-se em aberto a definição de uma etiologia multifatorial única, o que nos leva a considerar que as PCA ou síndromas parciais devem ser entendidas de um ponto de vista biopsicossocial.

Os diversos estudos realizados ao longo dos últimos anos evidenciam a influência dos fatores socioculturais (Wildes, 2001; Miller & Pumarieg, 2001; Beker, 2002), familiares (Halmi, 2005; Muela, 2002; Redgrave, 2007), genéticos (Carmo 2007), acontecimentos de vida traumáticos (Fairburn & Harrison, 2003; Fischer, Stojek & Hartzell, 2010), e determinados traços de personalidade (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002), como causas do desenvolvimento das PCA.

Atualmente, o modelo etiopatogénico que permite explicar a génese e manutenção das perturbações alimentares mais consensual é o modelo biopsicossocial. Este modelo refere que o desenvolvimento das PCA é uma consequência da interação dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, sob a forma de predisponentes, precipitantes e fatores de manutenção (Carmo, 2007). Em suma, as PCA podem ser entendidas como perturbações complexas e multidimensionais, que refletem a interação entre diversos fatores.

Segundo Fairburn e Harrison (2003) os fatores de risco para a AN e BN dividem-se pelos fatores de risco gerais (e.g. ser do sexo feminino, ser adolescente ou jovem adulto e viver numa sociedade ocidental), fatores de risco específicos individuais (e.g. perturbações alimentares, depressão, alcoolismo e obesidade na família), e determinados traços de personalidade, nomeadamente, o perfeccionismo.

O perfeccionismo tem sido apontado como uma característica central no desenvolvimento das PCA, bem como na manutenção desta perturbação (Fairburn, Cooper, & Tabosa, 2003). Num estudo realizado por Stice (2002), os resultados revelaram que o perfeccionismo pode ser um fator de risco para a BN, e um fator de manutenção para as PCA. Na mesma linha, um estudo realizado por Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell (2006) concluiu que o perfeccionismo é um traço de personalidade que predispõe e aumenta o risco para o desenvolvimento e manutenção das PCA.

No que diz respeito à definição deste constructo existem muitas controvérsias, nomeadamente em termos das suas características nucleares, do seu carácter unidimensional ou multidimensional, bem como dos aspetos positivos e negativos que o perfeccionismo abrange (Tozzi et al., 2004). Não sendo esse o objetivo do presente estudo não será explorado o carácter e a dimensionalidade do constructo, contudo, apesar dos avanços significativos na compreensão do perfeccionismo, alguns aspetos permanecem ainda por esclarecer.

Relativamente à definição do perfeccionismo, o termo possui uma variedade de significados, e tem sido usado para se referir a diferentes conceitos (Flett & Hewitt, 2002)

Um dos primeiros autores a definir o perfeccionismo foi Hollender (1978), que considerou o perfeccionismo como o hábito de exigir a si próprio ou aos outros uma elevada qualidade de desempenho, maior do que a requerida pela situação. Para Hollender os indivíduos perfeccionistas são indivíduos cujos esforços por maior que sejam nunca lhes parecem suficientes, considerando que podem e devem sempre fazer melhor.

Na mesma linha, também Hamachek (1978) defende que os perfeccionistas são pessoas cujos esforços, mesmos os maiores, nunca são suficientemente bons, ao menos para os seus próprios olhos.

No ano de 1980, Burns publica na revista *Psychology Today* um artigo onde define o perfeccionismo como uma rede de cognições que envolve expectativas, interpretações dos acontecimentos e avaliações de si próprio e dos outros.

Atualmente não existe ainda um consenso entre os diversos autores no que diz respeito à conceção do perfeccionismo, contudo é evidente que a existência de padrões pessoais elevados apresenta-se como um aspeto central do constructo (Flett & Hewitt, 2002).

Assim, os indivíduos perfeccionistas estabelecem padrões pessoais excessivamente elevados e procuram atingir a perfeição, avaliando-se a si próprios e ao seu desempenho de forma demasiado crítica (Flett & Hewitt, 2002). Os padrões elevados devem-se ao medo de falhar, que é acompanhado por atenção exagerada dos erros e por repetidas e exageradas dúvidas acerca da qualidade do seu desempenho. O perfeccionismo é marcado por uma tendência para a preocupação excessiva com os erros, para a ruminação e generalização de falhas.

No que diz respeito ao género sexual, são vários os estudos que relevaram a inexistência de diferenças no Perfeccionismo relativamente ao sexo do sujeito enquanto outros reportaram a existência de diferenças, algumas das quais significativas. Um estudo recente (Hassan et al., 2012), revelou não existirem diferenças no que se refere às dimensões Perfeccionismo Auto-Orientado e Perfeccionismo Socialmente Prescrito no que diz respeito ao sexo do sujeito corroborando os resultados obtidos por outros estudos que reportaram a inexistência de diferenças no que se refere ao género do sujeito para estas duas dimensões do perfeccionismo (Benjamin, Roberts & Gotlib, 1997; Flett et al., 1992; Hewitt & Flett, 1991; Jonge & Waller, 2003). No entanto, um estudo conduzido por Caglar, Bilgili, Karaca, Ayaz & Aşçi (2010), recorrendo a uma amostra constituída por adolescentes turcos, mostrou que o sexo feminino obteve resultados significativamente superiores relativamente ao sexo masculino para a dimensão Perfeccionismo Auto-Orientado e o contrário para a dimensão Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Também Gawlick (2012) conclui no seu estudo que as mulheres são mais perfeccionistas que os homens.

O perfeccionismo desde há muito tempo que tem sido associado aos comportamentos alimentares, tanto na prática clínica como a nível da investigação empírica, como uma característica central das PCA (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Algumas das características centrais da AN e da BN parecem ser inerentemente perfeccionistas, tal como a definição de padrões pessoais excessivamente elevados a

nível da alimentação, da imagem física e do peso (Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003).

Existem vários modelos explicativos que integram o perfeccionismo como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PCA. Os modelos cognitivo-comportamentais atribuem especial relevo ao papel do perfeccionismo, não só na gênese mas também na manutenção das PCA.

Slade (1982) descreveu a importância do perfeccionismo como uma das condições básicas para o desenvolvimento da AN. Segundo o modelo de Slade, as tendências perfeccionistas, paralelamente com um sentimento por parte do paciente de insatisfação com a vida e consigo, geram no indivíduo a necessidade de controlar completamente alguns aspetos da vida e/ou a necessidade de atingir sucesso em algum domínio específico (Slade, 1982).

Neste modelo o autor faz referência à importância atribuída à imagem corporal na sociedade ocidental, o que contribui para que o controlo do peso possa ser uma área-alvo sobre a qual as pessoas podem exercer um controlo excessivo. Ou seja, se por alguma razão, a dieta se tiver iniciado, o indivíduo pode centrar a sua necessidade de controlo na restrição alimentar, conseqüentemente, a dieta é reforçada positivamente, pela perda progressiva de peso, e o sentimento de êxito, associados ao facto de se estar a conseguir ter controlo sobre alguma coisa. Por outro lado, o comportamento de dieta é reforçado negativamente pelo receio de “engordar” e pelo evitamento de outras dificuldades da vida. Desta forma, a dieta tende a perpetuar-se e o peso a baixar, o que pode eventualmente levar à AN (Slade, 1982).

Na mesma linha, o modelo de Vitousek e Orimoto (1993) também faz referência às crenças culturais e à importância que a sociedade atribui à magreza. Segundo este modelo a AN e a BN são mantidas por um conjunto de crenças relativas à forma corporal e ao peso. O distúrbio cognitivo central consiste num esquema organizado, unificador das características individuais e das crenças culturais, relacionadas com a hipervalorização da imagem de magreza que a sociedade atribui e valoriza positivamente. Ou seja, num contexto em que o indivíduo tem baixa autoestima, tem sentimentos de inferioridade, sente-se imperfeito e sem valor pessoal, alguns esquemas dão origem à crença de que a magreza e o peso podem aumentar a autoestima e os sentimentos de valor pessoal (Vitousek & Orimoto, 1993).

De acordo com este modelo a autoestima é definida em função da forma e peso corporais, e a magreza é procurada, de forma inflexível, através da dieta restritiva ou de

outros comportamentos de alimentação e eliminação, como a ingestão alimentar compulsiva e os comportamentos purgativos. As crenças e os sintomas manifestados na AN são mantidos por mecanismos de reforço. São reforçados positivamente pelos sentimentos de sucesso, realização pessoal, superioridade e controlo, associados à dieta restritiva e negativamente pelo aumento de peso (Vitousek & Orimoto, 1993).

O modelo de Fairburn, Shafran e Cooper (1999, 2003) considera que o perfeccionismo é um traço central de personalidade que, contribui para a génese de algumas perturbações mentais, incluindo as PCA. O modelo postula que a necessidade de controlo, focada no domínio alimentar e corporal, é a psicopatologia central das PCA. Neste sentido, o paciente define padrões excessivamente elevados sobre a sua alimentação, forma, peso corporal e sobre o seu controlo, e os padrões perfeccionistas são aplicados à dieta restritiva e frequentemente são operacionalizados por normas de dieta muito rígidas. A necessidade de autocontrolo pode refletir-se em comportamentos como o vómito induzido, abuso de laxantes, diuréticos, exercício físico excessivo, preocupações com a forma e o peso corporal (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, 2003).

Os fatores individuais que contribuem para a centralização da necessidade de controlo na esfera alimentar estão relacionados com a importância dada pelo sujeito à forma e peso corporal a nível da sua autoavaliação pessoal e à dieta como forma de atingir os elevados padrões de beleza física. A restrição alimentar consiste numa evidência imediata de autocontrolo. Por sua vez, os sentimentos de autocontrolo e de valorização pessoal, que se associam à dieta restritiva, acabam por reforçar positivamente este comportamento alimentar, facilitando a sua manutenção. Por outro lado, a dieta é também reforçada secundariamente na medida em que o indivíduo ao controlar a comida evita enfrentar outras dificuldades que são uma ameaça ao seu autocontrolo (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, 2003).

No entanto, outros fatores parecem influenciar a centralização da necessidade de controlo sobre o domínio alimentar, nomeadamente o contexto familiar e sociocultural.

A focalização do controlo sobre a alimentação ou as preocupações sobre a comida podem ser encorajadas pelo facto de, em algumas famílias, existirem membros com PCA ou onde o contexto socio cultural valoriza também a magreza (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

A centralização da necessidade de controlo pode depender, como referido, do contexto sociocultural, uma vez que a associação da dieta restritiva ao controlo é encorajada pelo valor dado nas sociedades ocidentais à magreza e à dieta, como meio de controlar a forma corporal e o peso (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, 2003).

Um outro mecanismo de manutenção das PCA, específico da AN, relaciona-se com os efeitos fisiológicos e psicológicos da inanição, resultantes da dieta restritiva, que são vivenciados como ameaça ao auto controlo. O estado de inanição é caracterizado por preocupações com a comida e a fome intensa; pela elevada saciedade, pela restrição de interesses e pela falta de concentração (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, 2003).

Alguns processos de manutenção adicionais, que interatuam com os fatores de manutenção centrais das PCA, podem ser apresentados pelos doentes, nomeadamente o perfeccionismo clínico, como referido anteriormente, a baixa autoestima e as dificuldades em lidar com estados de humor intensos. Algumas características da PCA podem ser manifestações do perfeccionismo na esfera alimentar, como: a definição de padrões excessivamente elevados a nível alimentar e corporal; o medo de falhar (medo de ter episódios de voracidade alimentar, medo de engordar, medo de ganhar peso); a atenção seletiva para o desempenho (contagem de calorias consumidas, medições repetidas do peso e do corpo); e a autocrítica, resultante de uma apreciação enviesada e negativa dos desempenhos. Em suma, pode ocorrer uma autoavaliação negativa secundária que, por sua vez, encoraja uma procura mais determinada dos objetivos valorizados, relacionados com o controlo alimentar, a forma e o peso corporal, que, desta forma, mantêm a doença (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999, 2003).

Por fim, o modelo cognitivo-comportamental de Macedo (2002) foi construído com vista a explicar a relação entre o perfeccionismo e a Perturbação Obsessivo-compulsiva, que inclui as PCA. Este modelo postula que o perfeccionismo tem determinantes biológicos (genéticos), ambientais (exposição a padrões perfeccionistas; aprendizagem) e individuais (baixa autoestima), e consideram que o indivíduo perfeccionista coloca a si próprio e aos outros padrões elevados e metas irrealistas, avaliando desta forma o seu valor pessoal em função do atingir desses padrões pessoais elevados (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002; Macedo, Soares, Azevedo, Gomes, Pereira, Maia, & Pato, 2007).

No domínio alimentar, quando os objetivos irrealistas a nível da restrição alimentar, forma e peso corporal não são atingidos, o indivíduo pode vivenciar

sentimentos de fracasso e culpa, assim como afetos negativos, tendência para a autocrítica e à autoculpabilização, e baixa autoestima. Estas características têm sido encontradas nos pacientes com PCA, o que associa e evidencia o perfeccionismo como um traço de personalidade importante na etiologia e manutenção desta perturbação. (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002).

No que diz respeito à associação entre perfeccionismo e PCA, são muitos os estudos que têm demonstrado consistentemente esta associação (Franco-Paredes, Macilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar, & Álvarez-Rayón, 2005; Sherman & Thompson, 1999; Lilenfeld et al., 2000).

Hewitt, Flett e Ediger (1995) estudaram 81 sujeitos estudantes do sexo feminino, encontrando correlações entre o Perfeccionismo Auto-Orientado e sintomatologia e atitudes ligadas à anorexia, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito com vários sintomas ligados às perturbações do comportamento alimentar.

Os estudos subsequentes sobre o perfeccionismo, nos pacientes com PCA, basearam-se sobretudo no EDI. Vários estudos (Bastiani, Rodrigues, Weltzin, & Kaye, 1995; Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, & Fichter, 2000; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003), mostraram elevações significativas na subescala do perfeccionismo nos pacientes com PCA, comparativamente a populações não clínicas. Em 1998, Ashby, Kottman & Shoen encontraram correlações significativas entre subescalas específicas do EDI e perfeccionismo maladaptativo.

Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, e Fichter (2000), os autores avaliaram o papel do perfeccionismo na AN, usando a F-MPS numa amostra de 322 doentes, e verificaram que os níveis de perfeccionismo eram significativamente superiores em comparação com o grupo de controlo.

Segundo um estudo realizado em 2002, onde o objetivo era comparar os níveis de perfeccionismo nos pacientes com AN em relação ao grupo de controlo, os resultados evidenciaram que os pacientes com AN apresentavam cotações mais elevadas nas subescalas do perfeccionismo auto-orientado (PAO) e socialmente prescrito (PSP) em comparação com o grupo de controlo (Cockell, Hewitt, Seal, Sherry, Goldner, & Flett, 2002)

Num estudo realizado por Sherry, Hewitt, Flett, e Harvey, (2003) numa amostra não clínica a adolescentes de ambos os sexos, os resultados mostraram uma relação direta entre o PAO e o PSP e comportamentos alimentares disfuncionais.

Um outro estudo realizado em 2007, numa população de grandes dimensões ($n = 2482$), encontrou-se uma forte relação entre o perfeccionismo e os comportamentos alimentares disfuncionais, nomeadamente a AN e BN (Forbush, Heatherton, & Keel, 2007). Outro estudo realizado um ano depois verificou a mesma relação em estudantes universitárias dos Estados Unidos da América (Chang, Ivesaj, Donney, Kashima, & Morady, 2008).

Segundo um estudo realizado por Bardone-Cone em 2007, com o objetivo de estudar a relação entre o PAO e o PSP e os comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes universitárias, os resultados mostraram que existe uma forte relação entre as duas dimensões e a AN e a BN.

García-Villamizar, Dattilo, & Del Pozo (2012), avaliaram 216 estudantes do sexo feminino, com o objetivo de comparar o PAO e o PSP como mediadores da relação entre os sintomas atuais de depressão e PCA. Os resultados demonstraram a importância do PSP na mediação da relação entre o humor depressivo e sintomas de PCA.

Um estudo realizado em Portugal por Macedo, *et al.* (2007), analisou a relação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar em ambos os sexos. Os autores aplicaram as versões portuguesas da *Multidimensional Perfectionism Scale* e o *Eating Attitude Test-40* a uma amostra de 1163 estudantes universitários com idades entre os 17 e os 25 anos e encontraram uma associação significativa entre os níveis mais elevados de perfeccionismo e comportamentos alimentares mais disfuncionais.

Mais recentemente, com o objetivo de examinar a interação entre esquemas cognitivos e perfeccionismo em relação ao corpo, Boone, Soenens, Mouratidis, Vansteenkiste, Verstuyf, & Braet (2012) realizaram um estudo com 88 mulheres diagnosticadas com PCA. Os resultados sugerem que os esquemas cognitivos e o perfeccionismo foram significativamente associados a preocupações com a imagem corporal.

O perfeccionismo nos familiares de pacientes com PCA também tem vindo a ser estudado. Em 2002, Woodside, Bulik, Halmi, Fichter, Kaplan, & Berrettini, realizaram um estudo onde compararam mães de pacientes anorécticas com mães do grupo de controlo, aplicando o *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS). Os resultados mostraram que as mães das pacientes com AN apresentavam níveis mais elevados de perfeccionismo, em relação ao grupo de controlo. Na mesma linha, Lilenfeld, Stein, Bulik, Strober, Plotnicov & Pollice, (2000) realizaram um estudo onde compararam

familiares de pacientes com BN e familiares sem histórico de PCA. Os resultados evidenciaram que os familiares de pacientes com BN apresentavam pontuações mais elevadas nas subescalas do perfeccionismo.

São vários os estudos que referem uma associação entre as PCA, o perfeccionismo e outras perturbações mentais. Num estudo realizado por Bulik, Klump, Thornton, Kaplan, Devlin, & Fichter, (2004), utilizando a escala *Multidimensional Perfectionism Scale*, com o objetivo de comparar pacientes com PCA com o abuso de álcool, e pacientes com PCA sem abuso de álcool, os resultados mostraram que os pacientes com PCA com comorbidade de abuso de álcool obtiveram pontuações mais elevadas nas subescalas do perfeccionismo. Num estudo realizado por Halmi, Tozzi, Thornton, Crow, Fichter, & Kaplan (2005) os resultados mostraram que os pacientes com PCA com comorbidade com a perturbação obsessivo-compulsiva tinham níveis mais elevados de perfeccionismo quando comparados com os pacientes com PCA sem comorbidade com a perturbação obsessivo-compulsiva. Esta associação também foi evidenciada num estudo realizado por Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Masters, & Price (2004) com o objetivo de comparar os níveis de perfeccionismo nos pacientes com PCA com comorbidade para a perturbação de ansiedade e nos pacientes com PCA sem comorbidade de perturbação de ansiedade. Os resultados revelaram que os pacientes com PCA e perturbação de ansiedade pontuavam mais alto nos níveis de perfeccionismo.

Em síntese, os pacientes com PCA e comorbidade com outra perturbação mental tendem a pontuar mais alto nas subescalas do perfeccionismo, quando comparados com os pacientes com PCA sem comorbidade com outras perturbações. No conjunto da investigação da relação entre o perfeccionismo e as PCA, quer em amostras não-clínicas, quer clínicas, podemos dizer que existe uma associação que sugere que o perfeccionismo constitui um fator de risco para as PCA.

Como detalhado anteriormente, são muitos os fatores de risco (biológicos, socioculturais, e psicológicos) que interagem entre si e contribuem para o desenvolvimento das PCA. Contudo, são utilizadas estratégias do controlo mental que parecem ter também um papel importante para a manutenção desta perturbação, nomeadamente a supressão do pensamento (Lavender, Anderson & Gratz, 2012).

A supressão do pensamento define-se como a tentativa de ignorar, evitar, neutralizar ou mesmo eliminar pensamentos indesejados e persistentes. A supressão refere-se especificamente ao afastar da consciência determinados conteúdos mentais

(Wenzlaff & Wegner, 2000). Ou seja, referimo-nos a processos de supressão quando estes são desencadeados com o objetivo de afastar determinado conteúdo da consciência. Esta estratégia de controlo mental inclui os próprios metapensamentos relativos à natureza indesejada do alvo de supressão e do envolvimento numa estratégia de controlo mental. Assim, durante o processo de supressão o indivíduo deixa estar consciente que está envolvido em supressão (Wenzlaff & Wegner, 2000).

Ao longo das últimas décadas o estudo da supressão do pensamento e as suas consequências tem recebido atenção. Segundo alguns estudos a supressão do pensamento está diretamente relacionada com as diferenças individuais, ou seja, algumas pessoas têm maior tendência para se envolverem no processo de supressão (Rassin, 2003; Wegner & Zanakos, 1994). Num estudo realizado por Wegner & Zanakos (1994), com uma amostra de 735 sujeitos, encontraram diferenças significativas no que diz respeito a homens e mulheres, sendo que estas apresentaram resultados estatisticamente superiores face aos homens. Um outro estudo realizado em 2000 por Robichaud (2000), concluiu que as mulheres exercem maior supressão do pensamento do que os homens. No entanto, segundo Peterson (2008) não existem muitos estudos que se foquem nas diferenças entre os géneros.

A supressão do pensamento é utilizada em diversas situações no nosso quotidiano (Rachman & de Silva, 1978; Wenzlaff & Wegner, 2000), sendo as situações mais frequentes o evitamento de pensamentos indesejados ou desagradáveis. Como exemplos de supressão de pensamentos pode-se referir situações em que pretendemos manter um segredo e para tal procuramos nem pensar no assunto, ou em que estamos a tentar não pensar em algo como forma de resistir a tentações como fumar ou de certo tipo de alimentos (Erskine, 2008). Em conformidade com o objetivo deste estudo iremos abordar detalhadamente, mais adiante, a relação da supressão do pensamento com o comportamento alimentar.

Em síntese, a supressão do pensamento diz respeito ao esforço para controlar, ignorar ou eliminar pensamentos que originam emoções negativas. No entanto esta estratégia tem-se revelado mal adaptativa, resultando frequentemente num aumento da frequência dos pensamentos indesejados (Wegner, Schneider, Carter, & White., 1987).

Esta estratégia de controlo mental mesmo eficaz pode trazer consequências indesejadas. Ao processo de supressão associam-se frequentemente efeitos irónicos, resultando numa maior manifestação do alvo de supressão do que se não tiver lugar

qualquer procura de controlo mental. Ou seja, aumenta-se o impacto daquilo que se procura evitar.

O estudo dos efeitos irónicos dos processos de supressão é mencionado inicialmente por Wegner, *et al.* (1987). Os autores realizaram uma experiência em população não clínica, com o objetivo de observarem os efeitos que os esforços de supressão têm nos pensamentos alvo.

Neste estudo foi pedido aos participantes que pensassem num “urso branco” durante 5 minutos. Após esta tarefa, foi solicitado apenas a metade do grupo para realizarem uma tarefa semelhante mas na qual lhes foi solicitado que não pensassem num urso branco. Os resultados revelaram que os participantes que se envolveram numa primeira fase em supressão apresentavam maior frequência desses pensamentos durante o período de expressão. Estes resultados evidenciam que, existia um aumento na frequência de pensamentos sobre ursos brancos quando era solicitado aos indivíduos que os tentassem suprimir, ficando este fenómeno conhecido por *efeito ricochete*.

O efeito ricochete refere-se ao maior impacto subsequente do alvo de supressão do que se não tivesse ocorrido tentativa de controlo mental prévia. Deste modo, a própria tentativa de suprimir algo pode ironicamente aumentar a influência indesejada que procuramos evitar (Wegner *et al.*, 1987).

Para explicar o efeito paradoxal na supressão do pensamento Wegner (1994; Wegner e Erber, 1992) propôs a *Teoria dos processos irónicos do controlo mental*. A importância desta teoria recai sobre a afirmação de que a supressão intencional e empenhada de pensamentos intrusivos e indesejados terá o efeito oposto, tornando o pensamento alvo ainda mais frequente ou acessível do que se o sujeito nada fizesse. Quanto maior for o recurso à supressão, maior será a recorrência intrusiva de alguns pensamentos indesejados, bem como a preocupação com os mesmos, daí que esta estratégia seja tão importante na compreensão de diversas patologias, tais como, depressão, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbação obsessivo-compulsiva, e também perturbação do comportamento alimentar (Wenzlaff e Wegner, 2000).

Num estudo realizado por Yorulmaz, Gençöz e Woody (2010) com o objetivo de analisar a relação entre os fatores de vulnerabilidade e os sintomas da perturbação obsessivo-compulsiva, numa população não clínica, os autores evidenciaram o perfeccionismo como um fator de vulnerabilidade para a perturbação obsessivo-compulsiva, e a supressão do pensamento como uma estratégia cognitiva nos pacientes com esta perturbação.

As PCA apresentam semelhanças com a perturbação obsessivo-compulsiva, contudo, o interesse na supressão do pensamento relativamente às PCA é recente, existindo a necessidade de mais estudos nesta área.

Os poucos estudos experimentais que associam a supressão do pensamento com as PCA evidenciam esta estratégia como mal adaptativa. Os indivíduos que foram solicitados a suprimir pensamentos desagradáveis relacionados com a alimentação ou com determinados alimentos demonstraram uma hiperacessibilidade a esses pensamentos indesejados, bem como o aumento dos comportamentos alimentares disfuncionais (Soetens & Braet, 2006; Wenzlaff & Wegner, 2000).

Num estudo de Johnston, Bulik e Anstiss (1999), foi solicitado a um grupo de participantes para suprimirem o pensamento acerca de chocolate, e noutro grupo não foi dada nenhuma indicação. Após o período de supressão, o grupo que tinha tentado suprimir o pensamento acerca de chocolate, demonstrava muito mais desejo por este alimento. Os autores concluíram com este estudo que os indivíduos que recorrem a estratégias de supressão do pensamento evidenciaram uma maior procura por comida ou um aumento da ingestão de alimentos, o que contribui para a manutenção das PCA (Johnston *et al.*, 1999). No mesmo sentido, Alves (2003) a supressão do pensamento apresenta-se fortemente correlacionada com as atitudes e comportamentos face às perturbações alimentares, o que vai de encontro aos resultados obtidos.

Em suma, apesar de a literatura enfatizar a supressão do pensamento como uma estratégia de regulação emocional associada ao sofrimento e à psicopatologia (Ward, Bulik, & Johnston, 1996; Wenzlaff & Wegner, 2000), no domínio das PCA existem ainda muitas lacunas.

A presente investigação tem como principal objetivo compreender o papel das tendências perfeccionistas e da supressão de pensamento nas atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar nos jovens adultos.

De modo a concretizar estes objetivos gerais, definimos diversos objetivos específicos: (1) examinar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar em função do sexo; (2) examinar a existência de diferenças nas dimensões do perfeccionismo e nas estratégias de supressão de pensamento em função do sexo; (3) explorar as relações entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo; (4) explorar as relações entre as atitudes e

comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e os níveis de supressão de pensamento; (5) averiguar em que medida o efeito do perfeccionismo nas atitudes e nos comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar é mediado pela supressão de pensamento.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Os participantes foram selecionados por conveniência, uma vez que se pretendia como amostra jovens adultos entre os 18 e os 30 anos ($M = 22,48$; $DP = 2,73$).

Recorreu-se a uma amostra de 120 pessoas, composta por jovens adultos, 77 do sexo feminino (64,2%) e 43 do sexo masculino (35,8%).

A amostra é composta maioritariamente por participantes do distrito de Beja (36,7 %, 44 participantes) e Faro (29,2%, 35 participantes).

A maior parte dos participantes são estudantes do ensino superior (77,5%), na maioria do 3º ano (25%), com maior prevalência nas áreas de agricultura e recursos naturais (19,2%), e de direito, ciências sociais e serviços (16,7%).

2.2. Instrumentos

De forma a atingir os objetivos do presente estudo, foram utilizados 4 instrumentos de avaliação: (1) um questionário de caracterização sociodemográfica, (2) Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorder Inventory - EDI-2*), (3) a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale - MPS-H*) e (3) o Inventário de Supressão do Urso Branco (*White Bear Suppression Inventory - WBSI*).

2.2.1. Questionário de caracterização sociodemográfica

Para proceder à caracterização da amostra, construiu-se um instrumento descritivo de autopreenchimento específico para esta investigação. Este questionário versou questões relativas à caracterização sociodemográfica (idade, estado civil e naturalidade); questões relativas à situação académica atual e/ou situação profissional; e, tendo em consideração os objetivos da investigação, a última componente do questionário versou a recolha de dados axiológicos (peso atual, altura, aceitação em relação ao corpo, comportamentos de dieta). Na sua totalidade o questionário versou 17 questões.

2.2.2. *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*

O *Eating Disorder Inventory - 2 (EDI-2)* foi um inventário desenvolvido por Garner, Olmstead e Polivy em 1991, e adaptado à população portuguesa por Machado, Gonçalves, Martins, e Soares em 2001.

O EDI na sua versão original é composto por 64 itens divididos em oito subescalas que procedem a um levantamento de atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar.

Posteriormente, foi publicado o EDI-2 (Garner, 1991) com mais 27 itens que o inventário original. Atualmente esta medida é composta por um total de 91 itens divididos por 11 subescalas: Desejo de emagrecer (7 itens) (e.g., “Fico aterrorizada (o) com a ideia de ganhar peso”); Bulimia (7 itens) (e.g., “Empanturro-me em comida”); Insatisfação Corporal (9 itens) (e.g., “Acho as minhas nádegas grandes demais”); Ineficácia (10 itens) (e.g., “Sinto-me inútil como pessoa”); Perfeccionismo (6 itens) (e.g., “Detesto quando não sou a (o) melhor”); Desconfiança Interpessoal (7 itens) (e.g., “Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros”); Mal-estar (10 itens) (e.g., “Saber que emoção estou a sentir, deixa-me confusa (o)”); Medo da Maturidade (8 itens) (e.g., “Desejava poder voltar à segurança da infância”); Ascetismo (8 itens) (e.g., “A minha fraqueza humana envergonha-me”); Impulsividade (8 itens) (e.g., “Dizem que sou emocionalmente instável”) e Insegurança Social (8 itens) (e.g., “Para onde quer que vá sinto-me perdida”).

As respostas são dadas numa escala de 6 pontos que varia entre: Sempre, Normalmente, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Nunca. A resposta mais extrema para cada pergunta (Sempre ou Nunca, consoante a direção dada) vale 3 pontos, a resposta imediatamente adjacente, 2 e a seguinte, 1. As três respostas seguintes não têm pontuação. As respostas são assinaladas numa escala do tipo *Likert* e a cotação varia entre 0 e 3, sendo a pontuação máxima referente à sintomatologia agravada. As pontuações das subescalas são a soma de todos os pontos dessa subescala específica. A pontuação total máxima corresponde a 3 pontos por cada uma das 91 afirmações, o que corresponderá a um máximo possível de 273 pontos. Quanto mais elevada a pontuação mais patológico. Os 91 itens, escritos sob a forma afirmativa, não têm respostas certas nem erradas.

2.2.3. *Multidimensional Perfectionism Scale- MPS-H*

A *Multidimensional Perfectionism Scale* foi desenvolvida por Hewitt e Flett (1991), e tem por base o modelo teórico postulado por estes autores, segundo o qual o perfeccionismo possui três dimensões (perfeccionismo auto orientado, perfeccionismo orientado aos outros e o perfeccionismo socialmente prescrito). Este instrumento foi adaptado à população Portuguesa por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003).

A Escala Multidimensional do Perfeccionismo é composta por 45 itens de resposta fechada, distribuídos por três subescalas que medem os três traços do perfeccionismo: Perfeccionismo Auto-orientado (PAO) (18 itens) (e.g., “Preocupo-me em ter um resultado perfeito em tudo”); Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) (14 itens) (e.g., “Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim”); Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) (8 itens) (e.g., “Espero muito das pessoas que são importantes para mim”).

O PAO é uma medida intrapessoal que envolve a definição de padrões excessivamente elevados para o próprio e encontra-se associado a elevados níveis de desajustamento, nomeadamente, ansiedade, AN e depressão; o PSP é uma medida interpessoal que se encontra relacionada com as exigências perfeccionistas percebidas, impostas pelos outros ao indivíduo, em particular pelas pessoas significativas; o POO é uma dimensão interpessoal do perfeccionismo que envolve uma forte tendência do indivíduo para impor expectativas e exigências perfeccionistas ao outro (Hewitt & Flett, 1991).

As escalas são assinaladas numa escala tipo *Likert* de 7 pontos de opção, na qual 1 corresponde a “discordo completamente” e 7 a “concordo completamente”. A pontuação total é obtida pela soma das pontuações de cada um dos itens, pelo que cada resposta é cotada de 1 a 7 nos itens de ordem normal, e de 7 a 1 nos itens inversos. Os itens inversos são 19 sendo estes os itens 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 21, 22, 24, 30, 34, 36, 37, 38, 43, 44 e 45.

2.2.4. *The White Bear Suppression Inventory -WBSI*

O WBSI [*The White Bear Suppression Inventory*; Wegner, & Zanakos, (1994); adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011)] é um questionário que recolhe a uma listagem de 15 pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis

de controlar. Pede-se ao participante que indique o grau de concordância com cada uma delas. A escala utilizada subdivide-se em 5 pontos: (1) completamente em desacordo; (2) bastante em desacordo; (3) nem de acordo, nem em desacordo; (4) bastante de acordo; e (5) completamente de acordo.

A pontuação total oscila entre 15 e 75, quanto maior é a pontuação total, maior é a tendência para suprimir.

Rassin (2003) salienta que o WBSI é constituído por dois fatores, o fator “tentativa de supressão” e o fator “intrusão”. Partindo da análise fatorial realizada por Muris, Merckelbach, e Horselenberg (1996), Rassin (2003) confirmou a existência de dois fatores neste inventário através de um estudo realizado inicialmente com uma amostra de estudantes universitários e replicado com uma amostra clínica. A análise fatorial dos dados de ambos os grupos definiu os itens 13, 10, 11, 8, 14, 1 e 7 (e.g., “Às vezes mantenho-me ocupado para não deixar que alguns pensamentos se infiltrem na minha mente”), como pertencentes ao fator “tentativa de supressão” e os itens 3, 5, 6, 9, 4, 12, 15 e 2 (e.g., “Tenho pensamentos que não posso parar”) como representativos de pensamentos intrusivos- fator de “tentativa de intrusão”.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de Dados

A recolha de dados foi efetuada diretamente pelo próprio investigador, após contato prévio com a Universidade do Algarve (Anexo I), que se mostrou prontamente receptiva à aplicação dos questionários. A recolha dos dados foi efetuada entre janeiro de 2014 e maio de 2014.

No sentido de proceder à recolha de dados, foi solicitado aos participantes o preenchimento do questionário, que incluía uma folha de instruções gerais de preenchimento (Anexo II), o Questionário Sociodemográfico (Anexo III), o EDI-2 (Anexo IV), a MPS-H (Anexo V) e o WBSI (Anexo VI), sendo previamente explicado o caráter anónimo e voluntário do preenchimento do mesmo e o objetivo da investigação. Os participantes foram ainda informados que o preenchimento do protocolo demoraria aproximadamente 15 minutos.

2.3.2. Análise de Dados

Após recolhida a informação, procedeu-se ao tratamento dos dados sendo calculada as pontuações para as diferentes dimensões de cada um dos instrumentos utilizados.

Para análise estatística, recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences* (versão 22.0).

Recorreu-se à estatística descritiva (média, desvio-padrão) para a descrição da amostra, e às frequências dos dados da entrevista dos participantes. Posteriormente, procedeu-se à análise de correlações (coeficiente de correlação de Pearson) e à análise de regressão múltipla para avaliar a associação entre as variáveis em estudo.

3. Resultados

De forma a responder aos objetivos delineados na presente investigação, procedeu-se neste ponto, à análise e descrição dos resultados. Num primeiro momento pretendeu-se realizar uma descrição da amostra em relação aos dados sociodemográficos e axiológicos e, à descrição das variáveis em estudo, nomeadamente, perfeccionismo, supressão do pensamento e atitudes e comportamentos disfuncionais do comportamento alimentar, em função do sexo, do IMC e da profissão/atividades dos participantes. Num segundo momento, pretendeu-se averiguar a relação entre as variáveis em estudo.

3.1. Análise Descritiva

Na totalidade da amostra observámos que o peso mínimo é de 41 kg, e o máximo 110 kg. No sexo masculino, o peso mínimo é 57 kg, e o máximo 110 kg ($M = 77,2$; $DP = 11,6$). No sexo feminino, o peso mínimo 41 kg, e o máximo 90 kg ($M = 58,25$; $DP = 9,6$) (Tabela 1).

Tabela 1
Estatísticas descritivas para o peso mínimo e peso máximo, em função do sexo.

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Masculino	43	57	110	76,20	11,6
Feminino	77	41	90	58,2	9,6

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão.

Realizámos um teste *t*-Student para verificar a diferença de médias com o objetivo específico de analisar se existiriam diferenças entre o peso atual e o peso ideal (*o que gostaria de pesar*) em função do sexo.

Foi possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas em ambos os sexos. Os participantes do sexo masculino ($t = 2,09$; $p = 0,047$) e do sexo feminino ($t = 5,782$; $p = 0,000$) gostariam de pesar *menos* do que na realidade pesam (Tabela 2).

Tabela 2

Estatísticas da diferença entre os valores do peso atual e peso ideal em função do sexo.

	Média da diferença	DP	Média do Peso		t	P
			Peso Atual	Peso Ideal		
Masculino	4,0	9,5	77,33	73,3	2,09	,047
Feminino	4,5	5,7	59,81	55,31	5,782	,000

Nota. DP = Desvio-Padrão; t = teste t-Student para amostras independentes; p < 0,05.

Relativamente à condição física da amostra procedemos ao cálculo do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$), que nos indica se um adulto, de acordo com a sua altura, se encontra acima, ou abaixo do peso ideal considerado saudável. No âmbito das perturbações do comportamento alimentar, a avaliação do IMC assume mesmo o carácter de critério de diagnóstico. Nesta investigação, a média total do IMC dos participantes foi de 22,82 ($DP = 3,4$). Ao analisar a amostra segundo as condições da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, é possível concluir que a maioria da amostra ($n = 90$) apresenta um IMC correspondente a um peso normal (IMC entre 18,5 e 25); 5 dos participantes apresentam um IMC abaixo do peso normal (IMC abaixo de 18,5). Por outro lado, 4 dos participantes encontram-se na condição obeso (IMC acima de 30).

Para caracterizar a satisfação com o corpo e os comportamentos de dieta da amostra foram realizadas várias questões. Quanto à questão: “*Sente-se bem com o seu corpo*”, 57,5% ($n = 69$) diz sentir se bem com o seu corpo (Tabela 3).

Tabela 3

Valores de frequência observada (f) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Sente-se bem com o seu corpo?”

	f	%
Sim	69	57,5
Não	51	42,5
Total	120	100

Dos 51 participantes que responderam não à pergunta anterior, 84,3% justificam-no por se acharem gordos, e 15,7% por se achar magro (Tabela 4).

¹ Abaixo do peso < 18,5
Peso normal entre 18,5 e 25
Acima do peso entre 25 e 30
Obeso > 30

Tabela 4

Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente às questões: “Acha-se gordo?” e “Acha-se magro”.

	<i>f</i>	%
Acha-se gordo	43	84,3
Acha-se magro	8	15,7
Total	51	100,0

Quanto à questão: “Já fez dieta para perder peso?”, 39,2% assinalou a resposta disse “*sim*” (Tabela 5).

Tabela 5

Valores de frequência observada (*f*) e valor percentual (%) relativamente à questão: “Já fez dieta para perder peso?”

	<i>f</i>	%
Sim	47	39,2
Não	73	60,8
Total	120	100

É de notar que, relativamente à vivência de amenorreia aquando da perda de peso, no total das raparigas, todas as respostas foram negativas.

No momento da recolha dos dados 21 jovens responderam que estavam nesse momento a fazer dieta para perder peso (17,5%).

3.1.1. Estudo das atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar

Para analisar a relação entre os comportamentos e atitudes dos sujeitos em relação às PCA, em função do sexo, foi realizada uma análise *t*-Student. Os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à escala EDI-2 total ($t = 0,401$; $p = ,689$). Quando a análise é realizada a cada uma das subescalas, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da subescala Desejo de Emagrecer ($t = -3,410$; $p = ,001$), a Insatisfação Corporal ($t = -2,469$; $p = ,015$) e o Perfeccionismo ($t = 2,109$; $p = ,037$) como é possível observar na Tabela 6.

Os resultados mostraram que as jovens do sexo feminino apresentaram um somatório total das médias das escalas ligeiramente superior ($M = 43,39$) em comparação com os resultados do sexo masculino ($M = 41,49$).

Tabela 6

Diferenças nas Dimensões do Comportamento Alimentar em função do sexo.

	Amostra Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>(n = 120)</i>		<i>(n = 77)</i>		<i>(n = 43)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DT	3,67	4,50	4,52	5,10	2,14	2,53	-3,410	,001
B	1,78	2,77	2,00	3,10	1,40	2,04	-1,286	,201
BD	5,14	3,98	5,73	4,40	4,09	2,84	-2,469	,015
I	2,54	3,00	2,30	2,78	2,98	3,33	1,191	,236
P	5,17	3,52	4,68	3,36	6,07	2,68	2,109	,037
ID	3,22	3,29	2,99	3,28	3,67	3,28	1,027	,307
IA	3,23	4,15	3,26	4,22	3,19	4,07	-0,093	,926
MF	5,92	4,57	5,96	4,63	5,84	4,53	-,142	,888
A	3,83	2,96	3,79	2,96	3,88	2,99	,162	,872
IR	4,42	4,53	4,69	4,77	3,93	4,06	-,920	,360
SI	4,26	3,32	4,21	3,54	4,35	2,94	,234	,816
EDI_Total	42,71	24,80	43,39	26,54	41,49	21,63	-,401	,689

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *t* = Teste *t*-Student; *p* < 0,05. DT = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; BD = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfiança Interpessoal; IA = Consciência Introspectiva; MF = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; IR = Impulsividade; SI = Insegurança Social.

No sentido de compreender as diferenças entre os comportamentos e atitudes relacionadas com as PCA e o IMC dividiu-se a amostra em dois grupos. No primeiro grupo os sujeitos que apresentam um IMC inferior ou igual a 18,5 ($n = 5$), e no segundo grupo os sujeitos com IMC superior a 18.5 ($n = 115$).

Apesar dos níveis médios de comportamento alimentar se revelarem mais elevados no grupo abaixo do peso ($M = 43$ kg), estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t = 0,027$; $p = 0,979$).

A única subescala do questionário onde se encontram diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,867$; $p = 0,018$) foi na subescala Insatisfação Corporal, sendo que o valor médio ($M = 5,22$) se encontra mais elevado no grupo acima dos 18,5.

Ao analisar as dimensões do comportamento alimentar com a atividade dos participantes, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados entre estudantes e não estudantes ($t = 0,978$; $p = 0,33$). No entanto, foi possível compreender que o somatório das médias das subescalas do grupo “Estudante” foi superior ($M = 43,88$) ao “Não Estudante” ($M = 38,50$) em 5,38 pontos. Concluimos, então, que o grupo de estudantes apresenta uma maior intensidade de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais.

3.1.2. Estudo dos níveis de perfeccionismo

Em relação à variável perfeccionismo analisaram-se os valores normativos da população portuguesa (Soares et al., 2003) podendo concluir-se, no presente estudo, que os resultados da Escala Multidimensional de *Perfeccionismo (MPSH) Total*, para as jovens do sexo feminino ($M = 188,16$) encontram-se no percentil 50 e os jovens do sexo masculino ($M = 197,49$) no percentil 60.

Pode observar-se que o sexo feminino apresenta valores que traduzem uma menor intensidade da variável *Perfeccionismo*, quer no valor total da escala, quer em qualquer uma das dimensões que o constituem. Das três subescalas em estudo, o *Perfeccionismo Orientado aos Outros (POO)* é o que menos difere, em intensidade, entre sexos, o que já não acontece com o *Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO)* que difere em maior amplitude entre sexo feminino ($M = 83,38$) e o sexo masculino ($M = 88,49$).

Na escala total de *Perfeccionismo* e nas subescalas *PAO*, *PSP* e *POO* não foram encontradas diferenças significativas em função do sexo (Tabela 7).

Tabela 7

Diferença entre sexos nas Dimensões do Perfeccionismo

	Amostra Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 120)		(n = 77)		(n = 43)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
PAO	85,21	17,51	83,38	16,69	88,49	18,64	1,542	0,126
PSP	48,48	10,87	47,12	10,54	50,91	11,15	1,850	0,067
POO	41,77	7,59	41,70	7,77	41,93	7,52	0,167	0,868
MPSH-Total	191,50	28,40	188,16	27,78	197,49	28,82	1,741	0,084

Nota. PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste t-Student; *p* < 0,05.

Em relação ao perfeccionismo e o IMC, foi repetido o mesmo processo anterior dividindo a amostra geral em dois grupos: um primeiro grupo de sujeitos com o IMC de valores inferiores ou igual a 18,5 e um segundo grupo constituído por sujeitos com IMC de valor superior.

Através da análise realizada foi possível perceber que não existem diferenças estatisticamente significativas com a escala total (MPSH) e as subescalas. No entanto, ao nível médio o PAO (*M* = 97,80) e o POO (*M* = 43,60) apresentam maiores níveis no grupo de sujeitos com baixo peso.

Quando analisada a atividade dos participantes, a comparação entre médias nos dois grupos mostra que, em uma qualquer das subescalas desta variável, não existe uma diferença significativa entre “Estudantes” e “Não Estudantes”. No entanto, observa-se que o grupo estudante manifestou valores superiores na escala de *Perfeccionismo Total*, assim como nas três subescalas do inventário.

3.1.3. Estudo da supressão do pensamento

A análise das diferenças na variável supressão do pensamento (WBSI), em função do sexo, mostrou que as médias das subescalas são sempre superiores no sexo feminino, i.e., nas subescalas *Intrusão* e *Supressão* ou no resultado total do inventário.

Apesar desta constatação, quando realizada a comparação entre estes valores, a partir do teste *t*-Student, percebemos que não existem diferenças significativas entre os resultados em nenhuma das comparações (Tabela 8).

Tabela 8

Diferença nas Dimensões da Supressão do Pensamento em função do sexo

	Amostra Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>t</i>	<i>P</i>
	(n = 120)		(n = 77)		(n = 43)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Supressão	23,53	6,46	24,34	6,06	22,09	6,95	-1,843	,068
Intrusão	26,70	6,33	27,25	6,20	25,71	6,54	-1,264	,209
WBSI-Total	50,14	11,46	51,44	10,43	47,81	12,89	-1,561	,123

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = Teste *t*-Student; *p* < 0,05.

No sentido de analisar a supressão do pensamento e o IMC, deu-se início à análise dividindo a amostra em dois grupos, o primeiro com sujeitos com IMC inferior ou igual a 18,5 e o segundo com os restantes sujeitos.

A supressão do pensamento total não apresenta diferenças estaticamente significativas quando comparada com o IMC ($t = -1,594$; $p = 0,114$). No entanto, na subescala Supressão verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,277$; $p = 0,025$), sendo o valor médio mais elevado no segundo grupo ($M = 23,81$).

Ao analisar a atividade dos participantes com as dimensões do WBSI o grupo de “Não Estudantes” apresenta resultados médios superiores na escala total e nas duas subescalas. Aquando da análise de comparação de médias, através de *t*-Student, não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das comparações.

3.2. Análise Correlacional

3.2.1. Relação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo

A análise correlacional entre os valores totais das atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de

perfeccionismo relevou uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($r = ,309$).

Analisando a correlação entre as subescalas destas duas variáveis verificou-se uma correlação moderada entre o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) e o Perfeccionismo ($r = ,590$) e uma correlação com o Ascetismo ($r = ,219$) e o EDI Total ($r = ,216$). Em relação ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito encontra-se correlacionado com o Perfeccionismo ($r = ,363$), a Desconfiança Interpessoal ($r = ,355$), a Consciência Introspectiva ($r = ,392$) e o Medo da Maturidade ($r = ,295$). Encontra-se também correlacionado com a Ineficácia ($r = ,224$), o Ascetismo ($r = ,203$), a Impulsividade ($r = ,190$) e a Insegurança Social ($r = ,245$). Por fim, o Perfeccionismo Orientado aos Outros encontra-se correlacionado com o Perfeccionismo ($r = ,219$) e a Impulsividade ($r = ,180$) (Tabela 9).

Tabela 9

Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo

Subescalas	PAO	PSP	POO	MPS-H Total
DT	,126	,137	,020	,139
B	,002	,045	,023	,028
BD	,020	,176	-,042	,072
I	,034	,224*	-,035	,111
P	,590**	,363**	,219*	,563**
ID	,062	,355**	-,096	,154
IA	,158	,392**	,064	,263**
MF	,086	,295**	,130	,207*
A	,219*	,203*	,106	,251**
IR	,166	,190*	,180*	,231*
SI	,033	,245*	-,085	,096
EDI Total	,216*	,392**	,077	,309**

Nota. PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado aos Outros. DT = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; BD = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfiança Interpessoal; IA = Consciência Introspectiva; MF = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; IR = Impulsividade; SI = Insegurança Social.

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

3.2.2. Relação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e a supressão do pensamento

A análise correlacional entre os valores totais das variáveis revelou uma correlação positiva entre as PCA e supressão do pensamento (EDI-2 Total e WBSI Total), ($r = 0,312$). Ao nível da supressão existe correlação com o Desejo de Emagrecer ($r = ,231$) e a Insatisfação Corporal ($r = ,229$). A intrusão verifica-se correlacionada com o Desejo de Emagrecer ($r = ,261$), a Bulimia ($r = ,302$), a Insatisfação Corporal ($r = ,265$), a Desconfiança Interpessoal ($r = ,272$), a Consciência Introspectiva ($r = ,276$), Impulsividade ($r = ,254$) e a Insegurança Social ($r = ,238$) (Tabela 10).

Tabela 10

Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e a supressão do pensamento

Subescalas	Supressão	Intrusão	WBSI_total
DT	,231*	,261**	,282**
B	,109	,302**	,236*
BD	,229*	,265**	,281**
I	,046	,211*	,147
P	,042	,176	,121
ID	,169	,272**	,243**
IA	,022	,276**	,166
MF	,118	,215*	,192*
A	-.043	,102	,025
IR	-.003	,254**	,138
SI	,115	,238**	,208*
EDI Total	,165	,390**	,312**

Nota. DT = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; BD = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; ID = Desconfiança Interpessoal; IA = Consciência Introspectiva; MF = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; IR = Impulsividade; SI = Insegurança Social.

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

3.2.3. O efeito do perfeccionismo nas atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar

O perfeccionismo contribui de forma significativa para os resultados obtidos nas PCA [$F(1,117) = 6918,248; p = 0,001$]. O contributo das atitudes e comportamentos face às perturbações do comportamento alimentar representa 9,5% ($R^2 = 0,095$) da variância do perfeccionismo. Constatando-se que por cada valor na escala do perfeccionismo maiores os valores nas PCA ($\beta = ,269, p = 0,001$).

O modelo que pretende prever os comportamentos e atitudes face às PCA a partir das três dimensões do perfeccionismo (PAO, PSP e POO) explica 15,8% ($R^2 = 0,158$) da variância, sendo esse contributo estatisticamente significativo [$F(3,115) = 11463,68; p = 0,000$]. Na análise do contributo específico das diferentes dimensões do perfeccionismo foi possível verificar que somente o Perfeccionismo Socialmente Prescrito contribui de forma significativa para a explicação dos comportamentos e atitudes face às PCA ($\beta = ,880; p = 0,000$).

3.2.4. Efeito mediador da supressão do pensamento entre o perfeccionismo e as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar

Em conjunto, as duas variáveis preditoras – perfeccionismo e PCA – explicam 10,5% ($R^2 = 0,105$) da variância da supressão do pensamento. Na análise individual do contributo das duas variáveis preditoras verificou-se que os comportamentos e atitudes face às PCA contribuem de forma significativa ($\beta = 0,129; p = 0,003$) para explicar a supressão do pensamento. O perfeccionismo não contribui de forma significativa ($\beta = 0,038; p = 0,313$) para a explicação da supressão do pensamento.

Em suma, podemos concluir que existe uma relação ente as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA e as dimensões do perfeccionismo. No entanto, somente o PSP contribui de forma significativa para a explicação dos comportamentos e atitudes face às PCA. Verifica-se também uma relação entre as PCA e a supressão do pensamento.

4. Discussão

Após a apresentação dos resultados obtidos, importa efetuar uma análise e discussão dos mesmos tendo por base os objetivos delineados.

No que se refere ao objetivo específico em que se pretendia *examinar a existência de diferenças nas atitudes e comportamentos relacionados com as PCA em função do sexo*.

No presente estudo, a análise das atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar em função do sexo do sujeito relevou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, embora o somatório total das médias do Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorder Inventory - EDI-2*) tenha sido ligeiramente superior no sexo feminino, o que vai de encontro com alguns estudos (e.g. Carmo, 2001; Lewinshon, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Santos, 2005). De acordo com o mais recente Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), cerca de 90% dos pacientes com PCA são do sexo feminino, apesar do crescente número de casos diagnosticados em indivíduos do sexo masculino (e.g. Silva & Fernandes, 2010).

Quando falamos em diagnóstico completo as jovens do sexo feminino são superiores, no entanto a sintomatologia está a crescer nos jovens do sexo masculino. Se, por um lado, as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA, têm menor incidência no sexo masculino, numa proporção que varia de um para seis a um para vinte, de acordo com alguns estudos recentes (Dominé, Berchtold, Akre, Michaud & Suris, 2009; Bacalhau & Moleiro, 2010; Hudson & Court, 2012); por outro, tem-se assistido recentemente a uma prevalência crescente nos rapazes e progressivamente em idades mais jovens (Salas, Hodgson, Figueroa & Urrejola, 2011; Núñez-Navarro et al., 2012), estimando-se atualmente que o sexo masculino represente 1 a 10% dos casos de AN e 5 a 15% dos casos de BN (Salas et al., 2011; Núñez-Navarro et al., 2012).

Uma razão para este facto, de acordo com Bryant-Waugh e Lask (2002) é que a imagem corporal se encontra sob uma crescente pressão no género masculino, atribuindo importância de relevo à adoção de uma forma física musculada, sendo esta equivalente a um estado de bem-estar.

No que diz respeito ao objetivo que pretendia *examinar a existência de diferenças nas dimensões do perfeccionismo em função do sexo*. No presente estudo, as análises efetuadas permitem concluir que os indivíduos do sexo feminino apresentam valores que traduzem uma menor intensidade na variável perfeccionismo do que o sexo

masculino, quer no valor global da escala, quer em qualquer uma das dimensões (PAO, PSP e POO). Porém, nem na escala total de Perfeccionismo nem nas respectivas subescalas foram encontradas diferenças significativas quando comparadas entre gêneros, o que vai de encontro os vários estudos existentes na literatura (e.g., Hassan et al., 2012; Benjamin, Roberts & Gotlib, 1997; Flett et al., 1992; Hewitt & Flett, 1991; Jonge & Waller, 2003). De acordo com alguns resultados da literatura, relevaram a inexistência de diferenças no perfeccionismo e respectivas dimensões relativamente ao sexo do sujeito (Hassan et al., 2012; Benjamin, Roberts & Gotlib, 1997; Flett et al., 1992; Hewitt & Flett, 1991; Jonge & Waller, 2003) enquanto outros reportaram a existência de diferenças, algumas das quais significativas (Caglar, Bilgili, Karaca, Ayaz & Aşçi, 2010; Gawlick, 2012).

Relativamente ao terceiro objetivo, *examinar a existência de diferenças nas dimensões da Supressão do Pensamento em função do sexo* no presente estudo, averiguou-se igualmente a existência de diferenças nas estratégias de supressão de pensamento em função do sexo do sujeito, recorrendo ao Inventário de Supressão do Urso Branco. Verificou-se que, quer nas subescalas Intrusão e Supressão quer no resultado total do inventário, os valores foram sempre superiores nos jovens do sexo feminino do que diz respeito ao sexo masculino, embora estatisticamente as diferenças em função do sexo não sejam significativas. Estes resultados contrariam os obtidos no estudo de Wegner e Zanakos (1994), no qual as mulheres apresentaram resultados estatisticamente superiores face aos homens. No mesmo sentido, os resultados encontrados por Robichaud (2000), que concluiu que as mulheres exercem maior supressão do pensamento do que os homens. Apesar de existirem estudos que sugerem que as mulheres recorrem com maior frequência à supressão do pensamento do que os homens (Wenzlaff & Luxton, 2003; Wegner & Zanakos, 1994), de acordo com Peterson (2008) não existem muitos estudos que se foquem nas diferenças entre os gêneros.

Quanto ao objetivo em que se pretendia *explorar as relações entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e as dimensões de perfeccionismo*, no presente estudo a análise correlacional relevou uma correlação moderada e positiva, de um modo geral, embora numa análise mais profunda tenham existido algumas correlações negativas entre subescalas, mas sempre fracas. É de salientar as correlações moderadas verificadas entre o Perfeccionismo Auto-Orientado (MPS-H) e a dimensão *Perfeccionismo* (EDI-2) e o PSP (MPS-H) com as dimensões *Perfeccionismo*, *Desconfiança* e *Mal-Estar* (EDI-2). Os nossos resultados parecem

assim, corroborar os resultados encontrados por vários estudos realizados ao longo dos últimos anos com o objetivo de estudar a correlação entre estas duas variáveis (e.g., Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Ashby, Kottman & Shoen, 1998; Sherry, Hewitt, Besser, McGee, & Flett, 2003).

Como detalhado na introdução deste trabalho, os diferentes estudos que têm analisado a correlação entre perfeccionismo e PCA, sublinharam o papel importante desempenhado pelo primeiro no segundo (Franco-Paredes, Macilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar, & Álvarez-Rayón, 2005). A relevância do perfeccionismo nas PCA tem sido documentada, tendo sido descritas correlações entre estas duas variáveis por muitos autores (e.g., Bastiani, Rodrigues, Weltzin, & Kaye, 1995; Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, & Fichter, 2000; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003).

No que diz respeito ao objetivo *explorar as relações entre as atitudes e comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar e os níveis de supressão de pensamento*, a análise correlacional entre as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA e a supressão do pensamento revelou uma correlação moderada e positiva. Uma análise mais aprofundada revelou correlações negativas entre algumas subescalas das variáveis em estudo, embora sempre fracas. É porém importante salientar a correlação moderada verificada entre a Intrusão (WBSI) e a Bulimia (EDI-2). Estudos anteriores têm também mostrado que a supressão crónica do pensamento está associada com uma variedade de perturbações afetivas. No entanto, a sua relação global com as PCA ainda requer alguma elaboração (Lavender, Anderson & Gratz, 2012). De acordo com Alves (2013) a supressão do pensamento apresenta-se fortemente correlacionada com as atitudes e comportamentos face às perturbações alimentares, o que vai de encontro aos resultados obtidos.

Por último, com o objetivo de *averiguar em que medida o efeito do perfeccionismo nas atitudes e nos comportamentos relacionados com as perturbações do comportamento alimentar é mediado pela supressão de pensamento*, foi realizada uma análise de regressão que revelou que 10,5% da variância do WBSI pode ser explicada pelas escalas de EDI-2 e MPS-H, o que significa que em conjunto o perfeccionismo e as PCA explicam 10,5% da supressão do pensamento.

5. Conclusão

De forma a concluir o estudo realizado, iremos neste ponto apresentar os principais resultados encontrados. Seguidamente serão identificadas as mais-valias deste estudo, assim como, as principais limitações sentidas durante a investigação, servindo estas como base para sugestões de estudos futuros.

Tendo em conta os principais objetivos deste trabalho, globalmente foram observados os seguintes resultados:

- relativamente a análise das atitudes e comportamentos relacionados com as PCA em função do sexo não existem diferenças significativas, embora o somatório total tenha sido ligeiramente superior no sexo feminino;

- no que diz respeito à análise das dimensões do perfeccionismo em função do sexo podemos concluir que os sujeitos do sexo feminino apresentam valores que traduzem uma menor intensidade do que o sexo masculino;

- os sujeitos do sexo masculino recorrem mais à supressão, embora estatisticamente as diferenças face ao sexo feminino não sejam significativas;

- existe uma correlação moderada positiva ente as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA e as dimensões do perfeccionismo;

- a análise correlacional entre as atitudes e comportamentos relacionados com as PCA e a Supressão do Pensamento revelou uma correlação moderada e positiva;

- 10,5% da variância da supressão do pensamento pode ser explicada pelas dimensões do comportamento alimentar (EDI-2) e dimensões de perfeccionismo (MPSH).

Relativamente a este último resultado não foram encontrados estudos na literatura que relacionem estas variáveis.

Este estudo pode ser um importante contributo na medida em que corrobora e aumenta os conhecimentos da relação do Perfeccionismo e da Supressão do Pensamento e nas PCA. No entanto, não é possível afirmar que a Supressão do Pensamento seja causa ou efeito das PCA.

Apesar da validade dos resultados obtidos com este trabalho e com a contribuição que constitui esta investigação, existem certas limitações que são importantes referir.

As PCA são uma temática muito abordada, no entanto não existem estudos que relacionem as três variáveis em estudo.

A utilização de instrumentos de autorresposta, particularmente suscetíveis de enviesamento, constitui uma desvantagem na precisão dos resultados obtidos.

Outra limitação apontada é o reduzido número de sujeitos presentes na amostra o que não permite a extrapolação dos resultados obtidos para a população em geral, nomeadamente na comparação entre sexos.

Por último, e em termos futuros, seria importante replicar este estudo com amostras diferentes ao nível da população alvo permitindo assim tecer comparações entre diferentes grupos para além do sexo, do IMC e da atividade dos participantes.

Referências Bibliográficas

- Alves, V. F. M. (2013). O impacto da supressão do pensamento na explicação do comportamento alimentar perturbado (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório Digital da Universidade de Coimbra. (10316/24121).
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Texto Revisto, 4ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). USA: American Psychiatric Association.
- Ashby, J., Kottman, T., & Shoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counselling, 20*, 261-271.
- Attia, E. & Walsh, T. (2007). Anorexia Nervosa. *American Journal Psychiatry, 164*(12), 1805-1810.
- Bacalhau, S., & Moleiro, P. (2010). Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes: o que procurar? *Acta Médica Portuguesa, 23*, 777-784.
- Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1977-1986.
- Bastiani, A.M; Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*(2), 147-152.
- Beker, A. E., Burwell, R. A., Gliman, S. E., Herzog, D. B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry, 180*, 509-514.
- Benjamin, B. L., Roberts, J., & Gotlib, I. H. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 663-679.
- Boone, L., Soenens, B., Mouratidis, A., Vansteenkiste, M., Verstuyf, J. & Braet, C. (2012). Daily fluctuations in perfectionism dimensions and their relation to eating disorder symptoms. *Journal of Research in Personality, 46*(6), 678-687.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2002). *Doenças do comportamento alimentar: Um guia para os pais*. Editorial Presença: Lisboa.

- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., & Kave, W.H. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(7), 1000–1006.
- Burns, D. D. (1980). The Perfectionists Script for Self-Defeat. *Psychology Today*, *14*(6), 34-52.
- Caglar, E., Bilgili, N., Karaca, N., Ayaz, S. & Aşçi, F. H. (2010). The psychological characteristics and health related behavior of adolescents: The possible roles of social physique anxiety and gender. *Spanish Journal of Psychology*, *13*, 741-750.
- Carmo, C. (2007). A Personalidade como factor de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar. In M. Siqueira, S. Jesus, & V. Oliveira. (Eds.), *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (199-218). São Paulo: Universidade Metodista.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Chang, E.C; Ivezaj, V.; Downey, C.A.; Kashima, Y. & Morady, A.R. (2008). Complexities of Measuring Perfectionism: three Popular Perfectionism Measures and Their Relations with Eating Disturbances and Health Behaviors in a Female Student College Sample. *Eating Behaviors*, *9*(1), 102-110.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L. & Remick, R.A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(6), 745–758.
- Crisp, A. (2006). Death, Survival and Recovery in Anorexia Nervosa: A Thirty Five Year Study. *European Eating Disorders Review*, *14*(3), 168–175.
- Darcy, A.M., **Doyle, A.C.**, Lock, J., Peebles, R., **Doyle, P.** & Le Grange, D. (2012). The Eating Disorders Examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*, *45*(1), 110-114.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. D., & Suris, J. C. (2009). Disordered Eating Behaviors: What About Boys? *Journal of Adolescent Health*, *44*(2), 111–117.
- Erskine, J. A. (2008). Resistance can be futile: Investigating behavioural rebound. *Appetite*, *50*(2-3), 415-421.

- Fairburn C.G., Shafran R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(3), 190–192.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). Washington DC: American Psychological Association.
- Forbush, K., Heatherton, T.F. & Keel, P.K. (2007). Relationship between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *The international journal of eating disorders*, 40(1), 37-41.
- Franco-Paredes, K., Macilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and Eating Disorders: A Review of the Literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- García-Villamizar, D., Dattilo, J., & Del Pozo A. (2012). Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female college students: a mediation analysis. *Eating Disorders*, 20(1), 60-72.
- Garner, D. (1991). *The Eating Disorder Inventory 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmstead M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Gawlik, M. E. (2012). Variables Related to Perfectionism. McKendree University Online Journal of Undergraduate Research, 18. Retrieved from <https://www.mckendree.edu/academics/scholars/issue18/gawlik.htm>.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B., & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 443-452.

- Gonçalves, S. (1998). Perturbações do Comportamento Alimentar, estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina. (Dissertação de Mestrado Não Publicada). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799–1805.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Bulik, C.M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive–compulsive personality disorder and obsessive–compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371–374.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Hassan, H. K., Abd-El-Fattah, S. M., Abd-El-Maugoud, M. K. & Badary, H. A. (2012). Perfectionism and performance expectations at university: Does gender still matter? *European Journal of Education and Psychology*, 5(2), 133-147.
- Hewitt P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social Contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-70.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes, characteristics and symptoms. *The International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(5), 384.
- Hudson, L., & Court, A. (2012). What paediatricians should know about eating disorders in children and young people? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(10), 869-875.
- Johnston, L., Bulik, C. M., & Anstiss, V. (1999). Suppressing thoughts about chocolate. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 21-27.
- Jonge, L., & Waller, G. (2003). Perfectionism levels in African-American and Caucasian adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34, 1447-1451.

- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215–2221.
- Lavender, J., Anderson, D., & Gratz, K. (2012). Examining the Association between thought suppression and eating disorders symptoms in men. *Cognitive Therapy and Research*, *36*, 788-795.
- Lewinshon, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *The International Journal of Eating Disorders*, *32*(4), 426-440.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C.,...Kaye, W.H. (2000). Personality traits among current eating disordered, recovered, and never ill first-degree relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, *30*(6), 1399–1410.
- Lopez-de-Andres, A., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Gil-de-Miguel, A., Jiménez-Trujillo, I., & Jiménez-García, R. (2010). Hospitalization trends in Spanish children and adolescents with eating disorders (1998–2007). *Appetite*, *55*(1), 147–151.
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, *15*(4), 296-304.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(3), 212-217.
- Machado, P., Conceição, E. M., & Vaz, A. R. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, *27*(2), 189-197.
- Miller, M. N., & Pumariega, A.J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, *64*(2), 93-110.
- Moreno, C., & Bonfim, T. (2004). A Imagem Corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* 573-579. Lisboa: Ispa.
- Muela, E.G. (2002). Complicaciones médicas en los trastornos de la conducta alimentaria. In *Neuropsychobiology*; *54*(1): 82-6.

- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34(6), 501-513.
- Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Araguz, N., & Gorwood, P. (2012). Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23–31.
- Peterson, R. D. (2008). Food for Thought: The Relationship between thought suppression and weight control. (Dissertação de Mestrado). Retrieved From University of Central Florida.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Rassin, E. (2003). The White Bear Suppression Inventory (WBSI) focuses on failing suppression attempts. *European Journal of Personality*, 17(4), 285-298.
- Redgrave, G. W., Coughlin, J. W., Heinberg, L. J. & Guarda, A.S. (2007). First-degree relative history of alcoholism in eating disorder patients: relationship to eating and substance use psychopathology. *Eating Behaviors*, 8(1), 15-22.
- Robichaud, M. (2000). Gender Differences in Worry and Associated Cognitive-Behavioural Variables. (Dissertação de Mestrado). Retrieved From Bibliothèque et Archives Canada.
- Salas, F., Hodgson, M. I., Figueroa, D., & Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino com transtornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Revista Médica de Chile*, 139(2), 182-188.
- Santos, A. (2005). *Propensão para perturbações do comportamento alimentar, alexitimia e factores de eficácia no processamento de informação*. (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório Aberto da Universidade do Porto (10216/10461).
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791.
- Sherman, T. R., & Thompson, A. R. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. Mexico: Trillas.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Harvey, M. (2003). Perfectionism dimensions, perfectionistic attitudes, dependent attitudes, and depression in

- psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 373–386.
- Silva, M. R. & Fernandes, V. (2010). Distúrbios do comportamento alimentar em estudantes universitários. *Cadernos de Estudos Mediáticos*, 7, 137-153.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., Santos V., & Azevedo, M. H. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55.
- Soetens, B., & Braet, C. (2006). The weight of a thought: food-related thought suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite*, 46(3), 309-317.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848..
- Sutandar-Pinnock, K, Blake, W. D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-months follow-up study. *The international journal of eating disorders*, 33(2), 225-229.
- Tozzi, F., Aggen, S. H., Neale, B. M., Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Neale, M. C., & Bulik, C. M (2004). The structure of perfectionism: a twin study. *Behavior Genetics*, 34(5), 483-94.
- Vitousek, K.B., & Orimoto, L. (1993). *Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity*. In K.S. Dobson & P.C. Kendall (Eds.), *Psychopathology and Cognition* (pp. 191-243). San Diego: Academic Press
- Ward, T., Bulik, C. M. & Johnston, L. (1996). Return of the suppressed: Mental control and bulimia nervosa. *Behaviour Change*, 13(2), 79-90.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34-52.
- Wegner, D. M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 903-912.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 616-640.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.

- Wenzlaff, R. M. & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293-308.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51, 59-91.
- Wildes, J., Emery, R. E., & Simons, A.D. (2001). The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 521-551.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 290-299.

Anexos

Anexo I

**Autorização para recolha de dados na Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais**

De: a38837@ualg.pt

Enviada: quarta-feira, 4 de Dezembro de 2013 11:19

Para: diretorfchs@ualg.pt

Assunto: Colaboração em projeto de investigação “A influência do perfeccionismo na perceção da imagem corporal de jovens adultos”.

Exmo. Sra. Professora Doutora Mirian Tavares Presidente do Conselho Diretivo da Faculdade Ciências Humanas e Sociais

O meu nome é Andreia Guerreiro, sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve e encontro-me neste momento a realizar a dissertação de mestrado em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica, projeto intitulado "A influência do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo na perceção da imagem corporal de jovens adultos”.

Esta investigação tem como objetivo estudar a relação entre o traço de personalidade perfeccionismo e os níveis de satisfação e insatisfação corporal. Para proceder à recolha de dados, é fundamental a participação de estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, através do preenchimento de um protocolo de autoresposta versando questões acerca do perfeccionismo e da perceção da imagem corporal.

A participação dos alunos no estudo é voluntária. Os questionários serão acompanhados por um documento de consentimento informado que assegura o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização para poder contactar os docentes desta Faculdade/Instituto e pedir a sua colaboração, ao disponibilizarem os alunos para que possam proceder ao preenchimento dos questionários durante o horário letivo, sem prejuízo do normal funcionamento das aulas.

Estarei desde já à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas acerca do projeto de investigação e/ou dos procedimentos de recolha de dados.

Agradeço toda a colaboração e disponibilidade, Os meus sinceros cumprimentos,
Andreia Guerreiro

Data: Fri, 3 Jan 2014 10:54:02 -0000 [03-01-2014 11:54:02 CEST]

De: Diretor FCHS <diretorfchs@ualg.pt> República Portuguesa

Para: a38837@ualg.pt

Assunto: RE: Colaboração em projeto de investigação “A influência do perfeccionismo na perceção da imagem corporal de jovens adultos”.

Exma. Senhora,

Dra. Andreia Guerreiro,

No seguimento do solicitado vimos por este meio informar que foi autorizado o seu pedido. Os docentes deverão ser contactados através de email que poderá obter na nossa pagina oficial.

<http://fchs.ualg.pt/home/pt/cursos/mestrado>

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da Direção da FCHS

Carla Santos

Anexo II

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente recolha de dados insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde sobre o impacto da supressão do pensamento nas perturbações do comportamento alimentar nos jovens adultos.

A sua colaboração é muito importante. Caso aceite participar neste estudo, agradecemos que responda o mais sinceramente possível a todas as questões.

Os dados recolhidos são totalmente **confidenciais** e destinam-se exclusivamente a fins de investigação.

O trabalho final ficará disponível para consulta na Biblioteca Central da Universidade do Algarve e poderá também obter quaisquer informações adicionais sobre a natureza desta investigação através do contacto a38837@ualg.pt.

Salienta-se ainda que **a sua colaboração é voluntária**. Caso recuse participar ou desista durante o preenchimento dos questionários, isso não terá qualquer consequência negativa.

Não existem respostas certas nem erradas.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade!

Anexo III

Questionário Sociodemográfico e Axiológico

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E AXIOLÓGICOS

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

Leia atentamente as perguntas

Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: Solteiro Casado/União de Facto Divorciado Viúvo

Curso que frequenta ou Profissão:

Ano: _____

1. Qual o seu peso atual? _____ kg

2. Qual a sua altura atual? ____ m ____ cm

3. Sente-se bem com o seu corpo? Sim (ir ao item 15) Não

4. Se não se sente bem, é porque se acha gordo(a)? Sim Não

5. Se não se sente bem, é porque se acha magro (a)? Sim Não

6. Já fez dieta para perde peso? Sim Não

7. Se sim, quantos kilos perdeu? _____ kg

8. Quanto gostaria de pesar? _____ kg

9. Quando perdeu peso ficou sem menstruação? Sim Não

10. Quantos meses seguidos? _____

11. Faz atualmente dieta para perder peso? Sim Não

Anexo IV

**Inventário de Perturbações do Comportamento
Alimentar (*Eating Disorder Inventory - EDI-2*)**

EDI-2

A escala que se segue quantifica os vários tipos de atitudes, reacções e comportamentos. Algumas questões estão relacionadas com a comida e alimentação. Outras interrogam-na(o) sobre a sua atitude em relação a si própria(o). Não há respostas certas ou erradas. O objetivo deste inventário é a pesquisa científica, por isso tente ser totalmente honesta(o) nas suas respostas, responda cuidadosamente a cada uma das perguntas e, contribua para o avanço da ciência. Os resultados são totalmente confidenciais. Leia cada pergunta e coloque um X na coluna que melhor se aplica ao seu caso. Verifique se respondeu a todas as questões.

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa (o).						
2. Acho que o meu estômago é grande demais.						
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.						
4. Quando estou aborrecida (o) tenho que comer.						
5. Empanturro-me de comida.						
6. Gostava de ser mais nova (o).						
7. Penso em fazer dieta.						
8. Fico assustada (o) quando os meus sentimentos são muito intensos.						
9. Acho as minhas coxas muito gordas.						
10. Sinto-me inútil como pessoa.						
11. Sinto-me extremamente culpada (o) depois de comer demais.						
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.						
13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família.						
14. A época mais feliz da vida é a infância.						
15. Falo abertamente dos meus sentimentos.						
16. Fico aterrorizada (o) com a ideia de ganhar peso.						
17. Confio nos outros.						
18. Sinto-me sozinha (o) no mundo.						
19. Gosto da forma do meu corpo.						
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida.						
21. Saber que emoção estou a sentir, deixa-me confusa (o).						
22. Preferia ser adulto a ser criança.						

23. Comunico facilmente com os outros.						
24. Desejava ser outra pessoa.						
25. Exagero na importância do peso.						
26. Facilmente identifico o que sinto.						
27. Sinto-me inadequada (o).						
28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar.						
29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.						
30. Tenho relações de amizade próximas.						
31. Gosto da forma das minhas nádegas.						
32. Estou preocupada (o) com o desejo de ser magra (o).						
33. Não sei o que se passa dentro de mim.						
34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.						
35. As exigências da vida adulta são demasiadas.						
36. Detesto quando não sou a (o) melhor.						
37. Sinto-me segura (o) de mim.						
38. Penso, frequentemente, em empanturrar-me com comida.						
39. Estou feliz por já não ser uma criança.						
40. É confuso perceber se tenho fome ou não.						
41. Tenho fraca opinião a meu respeito.						
42. Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos.						
43. Os meus pais esperam o máximo de mim.						
44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos.						
45. Penso que as minhas ancas são muito largas.						
46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturro-me quando se vão embora.						
47. Sinto-me enfiada (o) depois de comer uma refeição normal.						
48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças.						
49. Se aumento 1Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso.						
50. Sinto que sou uma pessoa capaz.						
51. Quando estou aborrecida (o) não sei se estou triste, assustada (o) ou zangada (o).						
52. Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer.						
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso.						
54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.						
56. Sinto-me emocionalmente vazia (o).						
57. Consigo falar dos meus pensamentos e sentimentos.						

58. Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos.						
59. Acho as minhas nádegas grandes demais.						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.						
61. Como ou bebo às escondidas.						
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.						
63. Tenho objectivos muito elevados.						
64. Quando ando aborrecida (o), receio começar a comer.						
65. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar.						
66. A minha fraqueza humana envergonha-me.						
67. Dizem que sou emocionalmente instável.						
68. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais.						
69. Sinto-me relaxada (o) na maioria das situações.						
70. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito.						
71. Vou mudar para experimentar o prazer.						
72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas.						
73. Tenho saído com a maioria das pessoas que conheço.						
74. Sinto-me ultrajada (o) nas relações que estabeleço.						
75. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte.						
76. As pessoas percebem os meus problemas reais.						
77. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos.						
78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral.						
79. Sou perita (o) em exteriorizar a raiva e a fúria.						
80. Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço.						
81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso do álcool.						
82. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo.						
83. As pessoas dizem que me irrito facilmente.						
84. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida.						
85. Tenho períodos de humor marcados.						
86. Os meus impulsos corporais embaraçam-me.						
87. Prefiro passar o tempo comigo mesma (o) do que com outras pessoas.						
88. O sofrimento faz as pessoas melhores.						
89. Sei que as pessoas gostam de mim.						
90. Sinto que tenho que me martirizar ou magoar alguém.						
91. Sei quem realmente sou.						

Anexo V

Escala Multidimensional do Perfeccionismo
(Multidimensional Perfectionism Scale - MPS-H)

Multidimensional Perfectionism Scale

De seguida, vai encontrar uma lista de características ou traços pessoais, com os quais se pode sentir, ou não, identificado.

Centre-se na sua própria experiência e indique o grau de concordância ou discordância, relativamente a cada um dos comportamentos em questão. Utilize a escala que lhe é apresentada de seguida e assinale, com um *círculo*, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações.

1 Discordo completamente	2 Discordo bastante	3 Provavelmente discordo	4 Indeciso	5 Provavelmente concordo	6 Concordo bastante	7 Concordo completamente
--------------------------------	---------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------------	---------------------------	--------------------------------

1. Quando estou a trabalhar nalguma coisa, não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.	1 2 3 4 5 6 7
2. Não tenho tendência para criticar alguém que desiste muito facilmente.	1 2 3 4 5 6 7
3. Não é importante que as pessoas que me rodeiam tenham tido sucesso.	1 2 3 4 5 6 7
4. Raramente critico os meus amigos, quando eles se contentam com má qualidade.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim.	1 2 3 4 5 6 7
6. Um dos meus objetivos é ser perfeito(a) em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
7. Tudo o que as outras pessoas fazem deve ser de excelente qualidade.	1 2 3 4 5 6 7
8. No meu trabalho, nunca tenho como objetivo a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
9. As pessoas que me rodeiam aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros.	1 2 3 4 5 6 7

10. Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7
11. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Raramente sinto o desejo de ser perfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7
13. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
14. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
16. Espero muito das pessoas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Esforço-me para ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
18. As pessoas que me rodeiam esperam que eu seja bem sucedido em tudo.	1	2	3	4	5	6	7
19. Não tenho expectativas muito elevadas sobre as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
20. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
21. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Não me importo com as pessoas que não se esforçam para melhorar.	1	2	3	4	5	6	7
23. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
24. Não espero muito dos meus amigos.	1	2	3	4	5	6	7
25. Para mim ser bem sucedido significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros.	1	2	3	4	5	6	7
26. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
27. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros.	1	2	3	4	5	6	7
28. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
29. As pessoas que me são queridas, nunca deveriam deixar de me apoiar.	1	2	3	4	5	6	7
30. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedido(a).	1	2	3	4	5	6	7
31. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7

32. Em todos os momentos, devo dar o meu rendimento máximo.	1 2 3 4 5 6 7
33. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbados quando falho numa tarefa.	1 2 3 4 5 6 7
34. Não preciso de ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
35. A minha família espera que eu seja perfeito(a).	1 2 3 4 5 6 7
36. Os meus objetivos não são muito elevados.	1 2 3 4 5 6 7
37. Os meus pais só raramente esperavam que eu fosse excelente em tudo na vida.	1 2 3 4 5 6 7
38. Respeito as pessoas vulgares.	1 2 3 4 5 6 7
39. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
40. Estabeleço normas muito elevadas para mim.	1 2 3 4 5 6 7
41. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1 2 3 4 5 6 7
42. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem sucedido.	1 2 3 4 5 6 7
43. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1 2 3 4 5 6 7
44. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro.	1 2 3 4 5 6 7
45. Raramente espero que as outras pessoas sejam excelentes em tudo.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo VI

**Inventário de Supressão do Urso Branco (*White Bear
Suppression Inventory – WBSI*)**

WBSI²

A maioria das pessoas tem por vezes pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis de controlar. A seguir, perguntamos-lhe por este tipo de experiências.

Por favor, responda a todas as perguntas segundo o seu grau de concordância com cada uma delas, tendo em conta a seguinte escala.

- 1: Completamente em desacordo**
- 2: Bastante em desacordo**
- 3: Nem de acordo nem em desacordo**
- 4: Bastante de acordo**
- 5: Completamente de acordo**

1. Há coisas nas que prefiro não pensar	1 2 3 4 5
2. As vezes me pergunto porque tenho determinados pensamentos	1 2 3 4 5
3. Tenho pensamentos que não posso parar	1 2 3 4 5
4. Há imagens que aparecem na minha mente e que não posso apagar	1 2 3 4 5
5. Os meus pensamentos frequentemente giram em torno de uma só ideia	1 2 3 4 5
6. Desejava poder deixar de pensar em certas coisas	1 2 3 4 5
7. Às vezes a minha mente anda tão depressa que desejaria poder pará-la	1 2 3 4 5
8. Às vezes trato de afastar os problemas da minha mente	1 2 3 4 5
9. Há pensamentos que ficam a rondar a minha cabeça	1 2 3 4 5
10. Às vezes mantenho-me ocupado para não deixar que alguns pensamentos se infiltrem na minha mente	1 2 3 4 5
11. Há coisas sobre as que tento não pensar	1 2 3 4 5
12. Às vezes desejaria realmente poder parar o meu pensamento	1 2 3 4 5

13. Com frequência faço coisas para distrair-me dos meus pensamentos	1	2	3	4	5
14. Com frequência tenho pensamentos que tento evitar	1	2	3	4	5
15. Tenho muitos pensamentos que não conto a ninguém	1	2	3	4	5