

MARIA BEATRIZ DA SILVA MOREIRA

***Mindfulness* e Regulação Emocional em Estudantes
Universitários com (sem) Comportamentos
Alimentares Disfuncionais**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Setembro de 2023

MARIA BEATRIZ DA SILVA MOREIRA

***Mindfulness* e Regulação Emocional em Estudantes
Universitários com (sem) Comportamentos
Alimentares Disfuncionais**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho efetuado sob a orientação da Prof^a. Doutora Cláudia Carmo



Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Setembro de 2023

***Mindfulness* e Regulação Emocional em Estudantes
Universitários com (sem) Comportamentos
Alimentares Disfuncionais**

Declaração de autoria de trabalho

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

Assinatura

(Maria Beatriz da Silva Moreira)

Copyright em nome de Maria Beatriz da Silva Moreira

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

Agradecimentos

No final de uma etapa que teve tanto de desafiadora como de gratificante, quero agradecer a todas as pessoas que contribuíram para tornar esta caminhada mais bonita.

Começo por exprimir o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que se disponibilizaram para participar neste estudo e que tiraram um pouco do seu tempo para fazerem parte do meu trabalho. Sem elas, não seria possível.

À minha orientadora Prof^a Doutora Cláudia Carmo que tem sido uma referência para mim. Expresso-lhe a minha gratidão por todos os conhecimentos que me transmitiu ao longo deste caminho, por vezes turbulento, bem como pelas palavras securizantes que tantas vezes aparam as minhas inseguranças. Foi um prazer ser sua aluna.

Aos meus amigos, por serem mesmo meus amigos. Pelo reforço e motivação. Quer tenha sido pela disponibilidade para ajudar ou pelo precioso ombro amigo que me ofereceram sempre.

À minha irmã, que é presença constante em todas as etapas da minha vida. Obrigada por estarmos sempre de mãos dadas e partilhares todos os momentos, da tua e da minha vida, comigo. Maguinha!

Ao meu Rui, por amparar as minhas quedas e empurrar-me para os desafios. Por nunca me deixar duvidar que seria capaz. Pelo amor.

Aos meus pais, que sempre me deram asas para voar. Por me inspirarem a ser livre, a sonhar e a lutar por aquilo que acredito. Pelos valores e pelos ensinamentos que resultaram naquilo que sou hoje. Sei que estão orgulhosos. Obrigada, Mãe. Obrigada, Pai. Por serem pais e os meus pais. Amo-vos. Sempre!

A mim. Pela resiliência. Pelo esforço. E pela concretização!

Dedico todo este meu trabalho à minha avó Irene que tanto queria ter-me visto Mulher, formada e independente. Acredito que a tua luz vai sempre iluminar o meu caminho.

Resumo

O aumento progressivo das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI), tanto na população geral como no meio académico, constitui-se como uma preocupação de saúde pública que resulta da interação entre vários fatores. Neste sentido, a saúde mental dos estudantes universitários deve ser um tópico de importância central, dada a vulnerabilidade acrescida a que estão expostos nesta determinada fase. As mudanças ao nível financeiro, social, familiar, expõem-nos a níveis elevados de stress e podem acarretar riscos acrescidos para os estudantes desenvolverem psicopatologias. A preocupação com a imagem corporal que surge nestas faixas etárias pode estar a contribuir para o aumento das PAI que se observa no contexto universitário. As dificuldades de regulação emocional parecem ter um papel central no desenvolvimento e manutenção das PAI. Como tal, considera-se relevante a exploração de fatores de proteção no âmbito destas perturbações, como é o caso do *mindfulness*, que tem vindo a ser abordado como um mecanismo eficiente. Apesar do suporte teórico existente sobre a temática, a investigação no meio académico português é praticamente nula. O presente estudo procura analisar o contributo do *mindfulness* e da desregulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Participaram 400 estudantes universitários que responderam a um Questionário Sociodemográfico, ao Teste de Atitudes Alimentares-40, ao Questionário das Cinco Facetas *Mindfulness* e à Escala de Dificuldades de Regulação Emocional. A análise correlacional das atitudes e comportamentos alimentares com *mindfulness* revelou-se negativa e com a desregulação emocional revelou-se positiva. A relação entre o *mindfulness* e o comportamento alimentar é mediada pela desregulação emocional. Este estudo representa um contributo para a compreensão dos fatores envolvidos no comportamento alimentar e dos mecanismos de desenvolvimento e manutenção das PAI, corroborando a literatura. Para além disso, promove a reflexão acerca da interação das variáveis em estudo, que se encontra pouco fundamentada na investigação. Considerando que existem de facto mecanismos protetores, como é o caso do *mindfulness*, no que diz respeito às PAI, a sua exploração precoce, através de programas nas universidades, permitiria prevenir comportamentos alimentares desadaptativos e promover estratégias adaptativas que permitissem aos estudantes a perseverança da sua saúde mental.

Palavras-Chave: Dificuldades de regulação emocional, Estudantes universitários, Fatores de Proteção, *Mindfulness*, Perturbações da Alimentação e da Ingestão.

Abstract

The progressive increase of Eating Disorders among the general population and university students is considered a public health concern that results from the interaction of several factors. The students' mental health should be an important matter since they are a more vulnerable population. The financial, social and familiar changes experienced by them can lead to higher levels of stress, increasing the risk of developing psychopathologies. On top of that, concerns regarding body image that tend to emerge in this age may be contributing to the increase of Eating Disorders in the academic environment. Emotional regulation difficulties seem to play an important role in the development and maintenance of Eating Disorders. It is also relevant to explore protective factors, such as *mindfulness*, that has been discussed as a useful mechanism. Despite all the theoretical support on this topic, research in Portuguese university context is nearly non-existent. The present study aims to analyse the role of mindfulness and emotional dysregulation in attitudes and behaviours related to Eating Disorders. Participants were 400 university students who answered a Sociodemographic Questionnaire, the Eating Attitudes Test-40, the Five Facet *Mindfulness* Questionnaire and the Difficulties of Emotional Regulation Scale. The correlational analysis between dysfunctional eating behaviors and emotional dysregulation revealed positive associations, and between dysfunctional eating behaviors and *mindfulness* showed mostly negative associations. The relationship between *mindfulness* and eating behavior is mediated by emotional dysregulation. This study represents a contribution on the understanding of the factors involved in the development mechanisms of Eating Disorders, corroborating the previous knowledge. Despite that, it promotes a reflection on the interaction of the variables, that appears to be poorly represented in the literature. Considering the existence of protective mechanisms against Eating Disorders, like *mindfulness*, the exploration of those factors through university programs, could prevent maladaptive eating habits and provide adaptive strategies that allow the students to preserve their mental health.

Keywords: College students, Emotional regulation difficulties, Eating Disorders, Protective mechanisms, *Mindfulness*.

Índice

Capítulo I – Enquadramento Teórico	1
Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	1
Saúde Mental nos estudantes universitários.....	2
Regulação Emocional.....	4
<i>Mindfulness</i>	8
Capítulo II – Estudo Empírico	13
Objetivos de Investigação.....	13
Metodologia.....	13
Desenho da Investigação.....	13
Participantes.....	13
Instrumentos.....	15
Questionário de caracterização sociodemográfica e axiológica.....	15
Teste de Atitudes Alimentares-40.....	16
Questionário das Cinco Facetas <i>Mindfulness</i>	17
Escala de Dificuldade de Regulação Emocional.....	17
Procedimento.....	19
Procedimento para recolha de dados.....	19
Procedimento para tratamento de dados.....	19
Resultados.....	21
Análise Descritiva.....	21
Análise Correlacional das variáveis.....	24
Relação entre as facetas <i>mindfulness</i> e a regulação emocional.....	24

Relação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com PAI e a regulação emocional.....	26
Relação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com PAI e as facetas <i>mindfulness</i>	27
Análise das diferenças no traço <i>mindfulness</i> e nas dificuldades de regulação emocional em indivíduos com e sem PAI.....	28
Análise do papel das dificuldades de regulação emocional na relação entre as facetas <i>mindfulness</i> e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.....	29
Discussão.....	39
Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas.....	52

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema Genérico do Modelo de Mediação das Dificuldades de regulação emocional entre o <i>Mindfulness</i> e as Atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	29
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.....	14
Tabela 2. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI.....	21
Tabela 3. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas dificuldades de regulação emocional.....	23
Tabela 4. Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas cinco facetas de <i>mindfulness</i>	24
Tabela 5. Correlação entre as facetas <i>mindfulness</i> e as dificuldades de regulação emocional.....	25
Tabela 6. Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI e as dificuldades de regulação emocional	26
Tabela 7. Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI e as facetas <i>Mindfulness</i>	27
Tabela 8. Diferenças entre indivíduos com e sem PAI nas dificuldades de regulação emocional.....	28
Tabela 9. Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no traço <i>mindfulness</i>	29
Tabela 10. Efeito do <i>mindfulness</i> nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI: análise do estatuto mediador das dimensões Estratégias, Não-Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.....	30
Tabela 11. Efeito do <i>mindfulness</i> nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Objetivos e Não Aceitação (N = 400).....	31
Tabela 12. Efeito do <i>mindfulness</i> nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador da dimensão Consciência (N = 400).....	32
Tabela 13. Efeito do <i>mindfulness</i> nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400).....	33

Tabela 14. Efeito do *mindfulness* nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400).....35

Tabela 15. Efeito do *mindfulness* nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400).....37

Lista de Siglas

AN: Anorexia Nervosa

APA: American Psychological Association

BN: Bulimia Nervosa

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAT-40: Eating Attitudes Test- 40

EDRE: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

FFMQ: Five Facet *Mindfulness* Questionnaire

IMC: Índice de Massa Corporal

M: Variável Mediadora

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TAA-40: Teste de Atitudes Alimentares- 40

VD: Variável Dependente

VI: Variável Independente

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Perturbações da Alimentação e da Ingestão

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) caracterizam-se por alterações nos comportamentos alimentares, relativamente ao consumo e absorção dos alimentos, provocando um défice na saúde física e funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, APA, 2013). De acordo com a APA (2013), as PAI integram a Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva, Pica, Mericismo, Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada.

Neste âmbito, uma revisão de literatura conduzida por Gamiche et al. (2019), assinalou um aumento da prevalência de PAI na população geral, entre 2000 e 2018, de 3,5% para 7,8%. As mulheres representam 19,4% dessa prevalência, constituindo uma maioria em relação ao sexo masculino (13,8%). À semelhança, já em 2011, Eisenberg et al. (2011), encontraram um aumento da prevalência de sintomatologia associada às PAI entre os estudantes universitários de 8% para 17%, numa investigação com estudantes universitários americanos. Os resultados obtidos revelam que 20% dos estudantes adotaram atitudes alimentares disfuncionais em alguma altura da sua vida, 3% das mulheres e 0,4% dos homens com diagnóstico de anorexia, 2% das mulheres e 0,2% dos homens com diagnóstico de bulimia, e 4% das mulheres e 1% dos homens adotam comportamentos purgativos (vómitos/uso de laxantes) com o objetivo de perder peso.

Dada a prevalência de sintomatologia subclínica de PAI entre os estudantes universitários, é de considerar relevante a identificação e exploração de fatores de proteção, para o desenvolvimento de comportamentos disfuncionais e/ou quadros clínicos associados a esta população.

Assim, é importante abordar o tema da saúde mental no contexto universitário, para compreender a prevalência, intensidade e tipologia da sintomatologia psicopatológica mais comum nos estudantes, e quais os riscos a que os mesmos estão expostos para desenvolver e manter eventuais perturbações mentais.

Saúde Mental nos estudantes universitários

A saúde mental e o bem-estar dos estudantes universitários devem ser considerados tópicos importantes no que concerne a questões de saúde pública (Aldridge et al., 2018), já que constitui uma fase acompanhada por diversas mudanças e alterações psicossociais, que posicionam esta população em especial risco de desenvolvimento de doença mental, tal como é salientado por Duffy et al. (2020). Estes autores constituem os jovens universitários como população de risco para desenvolvimento de doença psicológica uma vez que os níveis de saúde mental tendem a ser inferiores quando comparados aos da população geral. A entrada no ensino superior representa um acontecimento de vida marcante para a maioria dos estudantes (Sheldon et al., 2021), tratando-se de um período de transição e de adaptação ao contexto universitário caracterizado por inúmeras mudanças, capazes de gerar situações de elevado stresse e ansiedade no quotidiano dos jovens (e.g., Duffy et al., 2020). Esta fase surge simultaneamente a novos problemas e pressões característicos da idade adulta, tal como a atenção à aparência. Os comportamentos alimentares disfuncionais poderão surgir como resposta à imagem negativa que constroem do seu aspeto e forma corporal, na tentativa de a tornarem mais satisfatória. Estas crenças estão relacionadas com a comparação social e os padrões sociais de beleza que definem o “corpo perfeito”, e conduzem à insatisfação corporal que se associa a índices de saúde mental reduzidos, tais como diminuição do bem-estar subjetivo e da satisfação com a vida, baixa autoestima, humor deprimido (Shofiyah & Sovitrina, 2021).

De um modo geral, a literatura indica que a separação das principais fontes de suporte, sendo elas a família e os amigos, constitui um dos desafios mais stressantes e que mais condiciona o bem-estar dos estudantes que se encontram nesta fase da vida (Granja & Mota, 2018; Kronfol et al., 2018; Duffy et al., 2020). Viver sozinho implica a adaptação a uma nova dinâmica com um extenso conjunto de novos papéis e o assumir de novas responsabilidades, tais como a gestão de tarefas domésticas, do tempo e do dinheiro (Kronfol et al., 2018; Granja & Mota, 2018).

Frequentar o ensino superior pressupõe ainda que os estudantes respondam a uma modalidade de ensino mais complexa e que o conjuguem com as expectativas pessoais e parentais relativamente ao seu aproveitamento, às preocupações financeiras e com a

necessidade de estabelecer novas relações sociais (Soares et al., 2015; Granja & Mota, 2018; Kronfol et al., 2018).

Para além dos desafios do ensino superior, acrescenta-se o facto de a faixa etária em que se inserem tradicionalmente estes estudantes coincidir com um período crítico de desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social, caracterizado por intensas alterações biológicas e pela instabilidade psicossocial decorrentes da adolescência e do início da idade adulta (Soares et al., 2015; Duffy et al., 2020), que se associam a novos problemas e pressões, tal como a atenção à aparência. Os comportamentos alimentares disfuncionais poderão surgir como resposta à imagem negativa que constroem do seu aspeto e forma corporal, na tentativa de a tornarem mais satisfatória. Estas crenças estão relacionadas com a comparação social e os padrões sociais de beleza que definem o “corpo perfeito”, e conduzem à insatisfação corporal que se associa a índices de saúde mental reduzidos, tais como diminuição do bem-estar subjetivo e da satisfação com a vida, baixa autoestima, humor deprimido (Shofiyah & Sovitrina, 2021).

Para compreender o modo como o stress influencia o padrão de hábitos alimentares em estudantes universitários de medicina, foi conduzido um estudo com uma amostra de 723 estudantes, de ambos os sexos, com uma idade média de 20.6 +/- 1.9. Saltar o pequeno-almoço e refeições diárias pouco frequentes foram os hábitos não saudáveis mais reportados, particularmente por estudantes femininas. Estes resultados foram associados significativamente com níveis elevados de stress. Este fator foi também significativamente associado a estudantes com famílias com baixo rendimento. Concluiu-se também que a alimentação induzida por stress se manifestava mais em estudantes do sexo feminino e que se associa significativamente com obesidade e excesso de peso (Al-Asadi, 2014).

Ainda que que a maioria dos jovens supere adequadamente os desafios impostos por este período, verifica-se que outros tendem a experienciar estados emocionais desadaptativos (Kronfol et al., 2018; Duffy et al., 2020).

Uma revisão sistemática com o objetivo de averiguar a prevalência e os principais fatores de risco para doença mental nos estudantes universitários, verificou que, de entre a amostra total de 66 estudos, a prevalência depressiva se encontrava nos 25% e a prevalência de resultados relacionados com suicídio se posicionava em 14%. Fatores como rumações negativas, separação dos pais, experiências de assédio sexual e

depressão parental, estão fortemente associadas com problemas de saúde mental e constituem preditores de resultados associados a depressão. Por outro lado, experiências adversas na infância, vulnerabilidades base de saúde mental e dificuldades financeiras são preditores significativos de resultados associados a suicídio. Neste sentido, os autores reforçam que a exposição simultânea à vulnerabilidade inerente à transição académica e à transição desenvolvimental tende a exacerbar dificuldades psicológicas pré-existentes (Sheldon et al. 2021).

Ainda que se tenha conhecimento de que se trata de um momento marcante ao nível do funcionamento do estudante, a compreensão do estado de saúde mental destes indivíduos ainda é imprecisa (Auerbach et al., 2016; Duffy et al., 2020). A maioria dos dados disponíveis a nível mundial provém dos centros de aconselhamento, o que significa que apenas se conhece o estado dos alunos que procuram ajuda psicológica (Auerbach et al., 2016). Assim sendo, pode considerar-se relevante a continuidade dos estudos neste sentido para melhor compreender os estados de saúde mental dos estudantes, comportamentos disfuncionais e/ou outros fatores que possam colocá-los em risco de desenvolver perturbação mental, para que seja possível investir na prevenção em contexto universitário.

Por conseguinte, poderá ser interessante investir também na análise de variáveis com efeito protetor no que diz respeito à doença mental, nomeadamente ao nível do funcionamento psicológico e da adoção de estratégias que possam regular os estados mentais e atuar de forma positiva no comportamento. Neste sentido, abordar-se-á a Regulação Emocional, dado o seu papel central na autorregulação dos indivíduos.

Regulação Emocional

De acordo com o modelo de Fairburn et al. (2003), alguns indivíduos diagnosticados com PAI são extremamente sensíveis a estados de humor adversos, como os estados ansiosos, depressivos e a raiva. Por não possuírem competências suficientes para lidar com os afetos negativos e não se acharem capazes de gerir os seus pensamentos e sentimentos, têm dificuldades em tolerá-los, podendo experienciá-los de modo intenso e ampliado (Fairburn, 2008). Nesta sequência, surgem os comportamentos modulatórios

de humor que se referem à resposta comportamental desencadeada através da utilização de mecanismos de coping disfuncionais. Com o objetivo de autorregular os estados internos, estes tomam a forma de comportamentos alimentares desadaptativos que permitem um distanciamento a curto prazo das emoções negativas, colocando as atenções nos alimentos, no peso e na forma corporal do indivíduo (Fairburn et al., 2013).

No entanto, o sentimento de alívio instantâneo impede que estes indivíduos desenvolvam competências para aplicar estratégias adaptativas de lidar com estados emocionais negativos a longo prazo. Cria-se um ciclo vicioso onde o ato de comer em resposta a esses estados se mantém por reforço negativo (Fairburn et al., 2013).

A Regulação Emocional (RE) tem vindo a ser conceptualizada como um processo através do qual os indivíduos modulam as suas emoções (Aldao et al., 2010) para responder apropriadamente às exigências do ambiente (Thompson, 1994). A perspetiva clássica psicanalista precedeu o conceito de RE, pressupondo a ideia de que o desenvolvimento de mecanismos intrapessoais poderia auxiliar o indivíduo a regular os seus impulsos e emoções (Gross, 1999). Gratz e Roemer (2004) propõem uma definição multidimensional, segundo a qual a RE envolve a modulação da ativação emocional, a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções, bem como a aptidão no controlo da impulsividade e no uso de estratégias de regulação emocional apropriadas e flexíveis, que permitam atingir os objetivos pessoais e corresponder às exigências do ambiente.

Segundo estes autores, para que as emoções possam ser eficazmente moduladas é necessário que o indivíduo esteja consciente dos seus estados emocionais e que tenha uma atitude de aceitação em relação aos mesmos. Neste sentido, a ausência destas aptidões poderá ser indicadora de dificuldades ao nível da regulação emocional (Svaldi et al., 2012).

O processo de RE está dividido em mecanismos explícitos, conceptualizados por manipulações cognitivas deliberadas e responsáveis por monitorizar, ajustar e selecionar as respostas emocionais e comportamentais, e em mecanismos implícitos que dependem de influências externas e auto-avaliações e com tendência a gerarem respostas imediatas. Défices na RE implícita podem assumir um papel de maior influência no desenvolvimento de psicopatologia, em comparação com a RE explícita, como perturbação ansiosa ou perturbações de humor (Mohoric T. et al., 2022).

Algumas das estratégias de RE são descritas como adaptativas, nomeadamente a aceitação, a reavaliação e a resolução de problemas, enquanto outras, como a ruminação, o evitamento e a supressão são indicadas como respostas desadaptativas por tenderem a potenciar comportamentos disfuncionais. Estes autores notaram também que, dificuldades na identificação, consciencialização e aceitação dos estados emocionais, podem estar associadas a comportamentos alimentares disfuncionais e que estes possam ser a resposta disfuncional gerada por estratégias desadaptativas de RE, como sejam evitar ou suprimir emoções negativas. Como consequência, a ingestão ou não de alimentos passa a ser maioritariamente mediada por fatores psicológico, ao invés de fatores fisiológicos (fome) (Aldao et al., 2010).

Indivíduos com perturbações do comportamento alimentar tendem a demonstrar uma maior dificuldade em regular as emoções, aceitá-las e reconhecer o seu significado, quando comparados com amostras não clínicas. Apresentam dificuldades na capacidade de gerir os seus estados emocionais e em atingir objetivos quando experienciam emoções intensas (Russit et al., 2016). Esta menor capacidade de RE em indivíduos com PAI, poderá refletir-se na manutenção da ansiedade e de estados emocionais negativos, que desencadeiam atitudes alimentares disfuncionais como os episódios de ingestão compulsiva e empurramento e os comportamentos purgativos (Mallorqui-Bagué et al., 2017). Por exemplo, a Anorexia Nervosa está mais comumente associada a comportamentos de evitamento emocional, ao passo que a Bulimia Nervosa e a Ingestão Compulsiva estão mais relacionadas com dificuldades ao nível do controlo de impulsos, decorrente da vivência de estados emocionais intensos (Mallorqui-Bagué et al., 2017).

Indivíduos com PAI demonstram maiores dificuldades de RE quando comparados com indivíduos saudáveis. Esta conclusão surge no seguimento de um estudo cujos resultados reportam também para melhorias mais significativas na RE no pós-tratamento em pacientes com bulimia nervosa, em relação à anorexia. Concluiu-se também que os défices de RE estão fortemente envolvidos nas PAI, e que os tratamentos para anorexia nervosa e ingestão alimentar compulsiva podem ser reforçados através da abordagem às competências de RE (Mallorquí-Bagué et al. 2018).

Segundo uma investigação, pacientes com AN tendem a inibir ou a reduzir emoções negativas intensas através da restrição alimentar. Para chegar a esta conclusão, os autores deste estudo recorreram a uma amostra constituída por 101 mulheres com AN restritiva (N= 54) e BN (N=47), e um outro grupo de controlo composto por 68 estudantes

universitários. Verificou-se que os indivíduos com diagnóstico de PAI reportavam níveis mais elevados de afeto negativo, assim como o recurso a estratégias de RE disfuncionais. Verificaram ainda que enquanto o grupo de controlo recorria mais frequentemente à estratégia “reavaliação”, o grupo clínico pontuava mais elevado na “supressão” (Muelle et al., 2019).

O estudo de Christian et al. (2020), com 306 estudantes universitários, verifica a associação entre as dificuldades de RE e a restrição alimentar e sintomatologia bulímica. A urgência associada a estados emocionais negativos aparece associada aos sintomas bulímicos, em semelhança a estudos já realizados pelos mesmos autores que sugeriram uma forte relação entre a impulsividade e a alimentação compulsiva, em particular durante esses estados.

Um estudo com uma amostra de 906 indivíduos, de ambos os sexos, e com diagnóstico de PAI, verificou a existência de uma relação linear entre os diferentes perfis de gravidade da RE (severo, moderado e baixo) e a gravidade da sintomatologia apresentada. Assim, aos sujeitos que apresentavam elevadas dificuldades de RE correspondia uma maior severidade de sintomatologia destas perturbações. Como tal, parece existir uma relação de proporcionalidade direta entre a desregulação emocional e a severidade da perturbação (Mungia et al., 2021).

Em 2022, o estudo de Mohoric et al. (2022) corroborou as conclusões acima apresentadas. Os autores recorreram a uma amostra não clínica de 482 adolescentes, de ambos os sexos, dos quais 246 eram raparigas e 236 rapazes. Foram reportadas maiores dificuldades de RE associadas a ingestão compulsiva e emocional e sintomatologia PAI. Os resultados obtidos apontam para um efeito direto das dificuldades de RE sobre os sintomas de PAI. Não obstante, concluiu-se também que a ingestão emocional e os mecanismos de evitamento cognitivo constituem mediadores entre a RE e a sintomatologia clínica de PAI. Indivíduos que experienciem dificuldades de RE em combinação com comportamentos alimentares disfuncionais, como a ingestão compulsiva e emocional, posicionam-se num patamar de maior risco de desenvolvimento de preocupações acerca do seu peso, bem como outros sintomas associados a PAI.

Os estudos empíricos encontrados e analisados legitimam as dificuldades de RE enquanto um mecanismo intimamente envolvido no desenvolvimento e manutenção das PAI. Parece ser de entendimento geral que, indivíduos com PAI revelem mais dificuldade

em aceder a estratégias de regulação emocional eficientes, dando origem a comportamentos alimentares problemáticos como forma de lidar com determinadas emoções (e.g. Racine & Wildes, 2013; Donahue et al., 2018).

A revisão de literatura realizada demonstrou que a maioria das investigações se concentra extensivamente no estudo de variáveis que afetam negativamente o comportamento alimentar dos jovens universitários. Contudo, dada a prevalência de sintomatologia subclínica de PAI nesta população, justifica-se a relevância de explorar variáveis que contribuem para uma resposta mais adaptativa a nível do comportamento alimentar neste período de maior vulnerabilidade. Assim, abordar-se-á a capacidade de *Mindfulness*, enquanto uma característica disposicional, uma vez que a literatura recente o tem indicado como fator de proteção face ao desenvolvimento de PAI.

Mindfulness

O conceito de *mindfulness* foi introduzido na psicologia por Kabat-Zinn (1994) que o define como “prestar atenção a algo em particular, de forma propositada, no momento presente e sem julgamento” (p.4). Envolve a capacidade de dirigir a atenção, bem como uma atitude de aceitação e de não-julgamento (Bishop et al., 2004). Este processo conduz ao reconhecimento de que as sensações, emoções e pensamentos são transitórios (e não um aspeto da sua identidade) e que, apesar de não ser possível controlá-los, é capaz de regular o modo como lhes responde (Ross et al., 2021).

O desenvolvimento de uma atitude de aceitação, inerente ao *mindfulness*, pode contribuir para a diminuição da experiência de emoções secundárias negativas, como a culpa e a vergonha, e promover o discernimento para realizar escolhas alimentares mais saudáveis e adaptativas, em resposta a estados emocionais fortes ou situações que destabilizem a dieta (Sala et al., 2020). Segundo o mesmo autor, isto deve-se ao facto de este processo contribuir para que o indivíduo adquira a disposição para aceitar a sua aparência atual e desenvolva autocompaixão, em oposição à atitude de autocrítica envolvida nas PAI. Deste modo, o *mindfulness* poderá ser considerado um mecanismo de RE adaptativo por atenuar a sintomatologia de PAI (Meyer et al., 2019), por contribuir para uma diminuição da impulsividade e dos comportamentos alimentares disfuncionais (Ross et al., 2021).

Neste sentido, Zelazo e Lions, já em 2012, referiram-se ao *mindfulness* como um conjunto de capacidades que auxilia na construção de componentes reflexivas relacionadas com processos de autorregulação, nomeadamente a RE, como atenção e flexibilidade cognitiva, e reduz, simultaneamente, fenómenos como a impulsividade e a ruminação. O *mindfulness* tem sido associado a melhor saúde e funcionamento mental, a par com outros construtos, incluindo a autorregulação, onde se insere a RE. Para além das evidências de promoção de saúde e prevenção da doença psicopatológica, a prática *mindfulness*, i.e., a intenção de dirigir a atenção para os processos internos (pensamentos, sentimentos e sensações) do momento, com abertura e aceitação, parece ter efeitos positivos na autorregulação (MacDonald, 2021).

O *mindfulness* é um construto complexo que pode estar associado a um estado - uma experiência temporária de *mindful*, ou pode referir-se a um traço - uma disposição para agir de forma *mindful* na generalidade das situações (Brown & Ryan, 2003).

O traço *mindfulness* é conceptualizado como um construto multidimensional composto por cinco facetas: (1) observação, notar as sensações internas e externas, (2) descrição, identificar pensamentos, emoções e sensações físicas, (3) agir com consciência, concentração e comprometimento nas atividades/tarefas do momento presente, (4) não-julgamento, aceitar os pensamentos e emoções tal como são, e (5) não reatividade, deixar os pensamentos e sentimentos fluírem sem se prender a eles (Baer et al., 2006).

A investigação recente tem sugerido que o *Mindfulness* desempenha um papel importante na psicopatologia geral e na psicopatologia de foro alimentar (Sala et al., 2020). Intervenções baseadas em *mindfulness* (IBM) têm revelado sucesso quando aplicadas a diversas condições psiquiátricas, tais como a depressão, com o *Mindfulness* Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002) e em situações de stress e ansiedade, com o *Mindfulness* Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Recentemente, a investigação tem sublinhado a eficácia de tratamentos baseados em *mindfulness* quando aplicados no tratamento das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI), com o *Mindfulness*-based Eating Awareness Training (MB-EAT; Kristeller & Hallett, 1999), por exemplo, que foi desenvolvido especialmente para o tratamento da Ingestão Compulsiva.

Nos últimos anos, assistiu-se a um crescente interesse no estudo das IBM em indivíduos com comportamentos alimentares disfuncionais (Warren et al., 2017), encorajando a alteração de comportamentos alimentares problemáticos e a introdução de práticas alimentares mais saudáveis. Uma forma de o fazer será através de práticas *mindful* no contexto da alimentação. O conceito de *Mindful Eating*, em português “comer com atenção plena”, envolve altos níveis de auto-consciência relativamente aos comportamentos alimentares e às respostas emocionais que podem originar os comportamentos disfuncionais (Taylor et al., 2015), como a restrição, a ingestão compulsiva e a purga. Consiste em estar consciente do momento em que estamos a comer, prestar atenção ao efeito dos alimentos nos diferentes sentidos e notar as sensações físicas e emocionais desencadeadas pelo ato de comer (Warren et al., 2017).

Não obstante, as cinco facetas deste construto encontram-se distintivamente associadas às perturbações alimentares (Sala et al., 2018). Esta exploração demonstra-se importante para que seja possível a clarificação e identificação de défices em capacidades *mindful* que desempenhem um papel mais relevante na manutenção da sintomatologia (Sala et al., 2022).

Neste sentido, uma meta-análise reportou que o traço *mindfulness* está inversamente correlacionado com PAI, tanto em indivíduos com perturbação e indivíduos saudáveis. Assim, o desenvolvimento do traço *mindfulness* poderá ser benéfico para esta população. Segundo os autores, as facetas “agir com consciência”, “não julgamento” e “não reatividade” são particularmente relevantes para as PAI (Sala et al., 2020). Isto deve-se ao facto de promoverem a consciencialização e a aceitação de emoções negativas, ao invés de contribuírem para que o indivíduo as evite e apresente comportamentos compensatórios disfuncionais (Sala et al., 2021). Os autores encontraram também uma particular associação negativa entre duas facetas *mindfulness*, “agir com consciência” e “não julgamento”, e sintomatologia associada a PAI. Por contraste, as facetas “descrição” e “observação” tendem a apresentar as relações estatísticas menos robustas com estas psicopatologias. A faceta “observação” chega até a ser positivamente relacionada com PAI, o que poderá ser explicado através do facto de, existindo isoladamente um maior desenvolvimento atencional, este poderá ser um indicador de hiper-atenção, que se pode tornar desadaptativa entre indivíduos com comportamentos alimentares disfuncionais. Ambas as facetas de “observação” e “descrição”, sem a presença simultânea das restantes competências *mindfulness*, tendem a propiciar a observação e a descrição das

experiências de modo crítico e reativo, o que se reflete em níveis mais elevados de sintomatologia de PAI. No que respeita a esta última faceta, os resultados de investigações tanto detetam a presença (e.g. Levin et al., 2014), como a ausência (e.g. Adams et al., 2012) de associações positivas com a psicopatologia alimentar. No que respeita aos estudos realizados com população do ensino superior, os autores verificaram que o *mindfulness* disposicional se associava a uma maior consciência relativa aos hábitos alimentares saudáveis, a menores preocupações sobre o peso e forma corporal, a uma menor ingestão em resposta a aspetos emocionais e a menor sintomatologia bulímica.

Mais recentemente, os mesmos autores apontam para que um maior traço *mindfulness* possa desempenhar um papel protetor relativamente às PAI, pois influencia construtos determinantes, como a RE. Indivíduos com perturbação alimentar tendem a ser menos *mindful* quando comparados com indivíduos saudáveis (Sala et al., 2022).

A investigação de Vorontsova-Wenger et al. (2020) notou também que os estudantes universitários com menores competências *mindfulness* demonstravam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, comparativamente àqueles com elevado desenvolvimento dessas competências.

Com o objetivo de entender o porquê e como o *mindfulness* pode ajudar no tratamento das perturbações alimentares, um estudo de 2020 corrobora os resultados das investigações anteriormente mencionadas. Estes autores verificaram a existência de alguns mecanismos que podem potenciar uma mudança nos sintomas de PAI e produzir efeitos positivos nomeadamente na redução de pensamentos negativos repetitivos e na melhoria da autocompaixão, descentralização, flexibilidade psicológica, RE e consciência interoceptiva de pistas de fome e saciação (Vanzhula & Levinson, 2020).

Segundo a meta-análise de Sala et al. (2020), já referida anteriormente, as IBM, ao promoverem a flexibilidade afetiva e a redução da reatividade face a estados emocionais intensos, aumentam a capacidade de RE, a consciência de experiências internas e diminuem o afeto negativo.

Em adição à redução da sintomatologia de PAI, os mesmos autores em 2021 verificaram uma diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva após a intervenção. Assim considera-se vantajoso integrar o *mindfulness* em programas universitários tanto de prevenção como de intervenção, já que o ambiente académico é altamente propício ao desenvolvimento da sintomatologia acima referida.

Através da análise de literatura realizada no âmbito desta investigação, é possível notar que o estudo das facetas do traço *mindfulness*, aliadas ao processo de RE, como fatores de proteção na sintomatologia associada às PAI nos jovens universitários em Portugal ainda carece de resultados significativos. Neste contexto, parece pertinente o conhecimento do panorama atual relativamente aos comportamentos alimentares dos estudantes universitários, em especial da Universidade do Algarve, bem como contribuir para o estudo das atitudes alimentares disfuncionais e do papel das facetas do *mindfulness* na prevenção e na intervenção, do desenvolvimento e vivência desta sintomatologia nos jovens universitários.

Caso se corrobore o contributo positivo do traço de *mindfulness* e da RE, esta conclusão não só contribuirá para um melhor conhecimento dos mecanismos protetores relativamente à sintomatologia clínica e subclínica, como também para a prevenção e intervenção, com reforço da integração de estratégias de promoção e desenvolvimento de uma disposição *mindfulness* e técnicas de RE, o mais precocemente possível no contexto universitário.

Capítulo II – Estudo Empírico

Objetivos de Investigação

A presente investigação tem como principal objetivo analisar o contributo das facetas de *mindfulness* e da regulação emocional nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes universitários.

Para realizar este objetivo geral, definem-se os seguintes objetivos específicos:

- i) avaliar a relação entre as facetas de *mindfulness*, as estratégias de regulação emocional e as atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais,
- ii) verificar se existem diferenças no traço *mindfulness* e na regulação emocional em indivíduos com e sem sintomas PAI;
- iii) avaliar o contributo das diferentes facetas *mindfulness* em indivíduos com PAI e indivíduos saudáveis;
- iv) avaliar o contributo das estratégias RE em indivíduos com PAI e indivíduos saudáveis;
- v) averiguar o papel mediador da regulação emocional na relação entre o traço *mindfulness* e as atitudes e os comportamentos alimentares disfuncionais.

Metodologia

Desenho da Investigação

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

Participantes

Recorreu-se à técnica de amostragem simples por conveniência.

Os critérios de inclusão considerados nesta investigação foram: (a) idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, (b) capacidade para ler e compreender português e (c) frequentar atualmente o ensino superior.

No total, eliminaram-se 61 participantes da amostra inicial ($N = 461$), dos quais sete não respeitavam o intervalo de idades e não frequentavam atualmente o ensino

superior, e 54 apresentavam resposta significativamente incompleta em relação à totalidade do instrumento utilizado. Excluíram-se ainda 18 indivíduos por indicarem um diagnóstico de PAI. Assim, a amostra utilizada no presente estudo (Tabela 1) foi constituída por 400 estudantes, 264 do sexo feminino (66 %) e 136 do sexo masculino (34 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 20,84$, $DP = 1,94$). Relativamente ao estado civil, 96,5 % dos participantes encontravam-se solteiros, 0,8 % referiram estar casados ou em união de facto e 2,8 % encontravam-se noutra condição. Os participantes são maioritariamente de nacionalidade portuguesa, representando 94,8% da amostra, e indicaram, na sua maioria, serem naturais das regiões geográficas do Algarve (56,5 %) e do Alentejo (12,3 %). Do total da amostra, 87 % dos participantes frequentava uma licenciatura e 13 % um mestrado. Quanto às áreas de estudo, a maioria dos inquiridos estava inscrito na área de Ciências Sociais e da Educação (32 %).

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes

Características Sociodemográficas	<i>N</i>	%
Sexo		
Feminino	264	66.0 %
Masculino	136	34.0%
Estado Civil		
Solteiro(a)	386	96.5 %
Casado(a)/União de Facto	3	0.8 %
Outra	11	2.8 5
Naturalidade (região geográfica)		
Algarve	226	56.5 %
Alentejo	49	12.3%
Centro	36	9.0 %
Área Metropolitana de Lisboa	34	8.5%
Norte	14	3.5 %
Região Autónoma da Madeira	9	2.3 %
Região Autónoma dos Açores	4	1%
Estrangeira		6.9%
Grau Académico		
Licenciatura	348	87.0%
Mestrado	52	13.0%
Área de Estudo		
Ciências Sociais e da Educação	128	32.0%

Economia, Gestão e Turismo	101	25.3%
Ciências e Tecnologias da Saúde	52	13.0%
Artes, Comunicação e Património	47	11.8%
Ciências Exatas e Naturais	37	9.3%
Engenharias e Tecnologias	34	8.5%

Nota. $N=400$; % = percentagem

Posteriormente à análise descritiva do perfil sociodemográfico, procedeu-se à análise descritiva do questionário axiológico, onde se analisaram as variáveis quantitativas altura e peso para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Para melhor analisar a distribuição do IMC, os indivíduos foram agrupados por categorias consoante a classificação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018). Assim, os valores de frequência das categorias do IMC, indicaram que a maioria da amostra se concentrava na categoria de peso normal (74.5%), seguindo-se a categoria de pré-obesidade (14.5%), magreza (8.5%), obesidade grau I (1.8%) e obesidade grau II (0.8%). A distribuição segue valores aproximados de distribuição normal, em que a maioria se concentra no centro e as minorias nas extremidades.

A média de IMC da amostra geral era de 22.43 kg/m², com um desvio-padrão de 3.41, o que é categorizado como peso normal. O valor mínimo era 15.82 kg/m² e o máximo de 37.50 kg/m². Os estudantes do sexo masculino ($M = 22.94$, $DP = 3.45$) revelaram uma média superior ao sexo feminino ($M = 22.16$, $DP = 3.37$), ainda que sem diferenças significativas ($p > .05$).

Instrumentos

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

Questionário Sociodemográfico e Axiológico

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com recurso a um questionário, que possibilitou a caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, estado civil, universidade frequentada, curso e habilitações literárias.

Recolheu-se o peso e a altura, e a informação relativa ao historial clínico e psicológico (e.g., “Alguma vez lhe foi diagnosticada uma PAI?”).

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

Consiste num questionário de autorrelato destinado à identificação de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. É constituído por 40 itens a responder numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos que varia de 0 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*), sendo a cotação invertida para seis itens (1, 18, 19, 23, 27 e 39). Os itens encontram-se divididos por três subescalas: Preocupação com a Dieta, Comportamento bulímico e Controlo Oral/Pressão Social para Comer. A Preocupação com a Dieta (17 itens) reflete a recusa patológica de comidas de elevado valor calórico, o desejo de emagrecer e a preocupação intensa com a dieta e peso corporal (e.g., *Item 4*. Ter peso a mais aterroriza-me). O Comportamento Bulímico (10 itens) reflete a incapacidade de controlar comportamentos bulímicos e o recurso a estratégias compensatórias da ingestão excessiva de comida para controlo do peso (e.g., *Item 13*. Vomito depois de comer). O Controlo Oral/Pressão Social para Comer (6 itens) reflete eventuais pressões exercidas pelos outros para aumentar o peso (e.g., *Item 24*. Os outros acham que estou demasiado magra). A pontuação total é calculada através da soma da pontuação de cada item, podendo variar entre 0 e 200. Quanto maior a pontuação global, mais disfuncionais são as atitudes e os comportamentos alimentares.

Os resultados respeitantes à fidelidade do Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40) (Soares et al., 2004) na amostra portuguesa estão em consonância com os da versão original (Garner et al., 1982). Mais concretamente, o TAA-40 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$), bem como as subescalas Preocupação com a Dieta ($\alpha = .91$) e Comportamento Bulímico ($\alpha = .72$). A subescala Controlo Oral/Pressão Social para Comer ($\alpha = .57$) mostra um valor de alfa inferior ao considerado como mínimo aceitável (.7). No presente estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo revelado uma boa consistência interna, tanto na escala total ($\alpha = .81$), como nas suas subescala Preocupação com a dieta ($\alpha = .84$) e Comportamento Bulímico ($\alpha = .70$). A subescala Controlo Oral/Pressão Social para Comer ($\alpha = .64$) demonstrou uma consistência interna aceitável, apesar de fraca.

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

Este questionário é composto por 39 itens de autorresposta que avaliam a tendência do indivíduo para adotar uma postura *mindfulness* no seu dia-a-dia, com base em cinco facetas do *mindfulness*: Observar (e.g., estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, visões, sons e cheiros); Descrever (e.g., caracterizar experiências internas através de palavras); Agir com Consciência (e.g., estar atento às atividades do momento, por oposição ao estado de “piloto automático”); Não julgar (e.g., não avaliar e julgar pensamento e sentimentos); Não Reagir (e.g., tendência a permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem deixar afetar por eles). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 = “nunca ou muito raramente verdadeiro” a 5 = “muito frequentemente ou sempre verdadeiro”). É ainda composto por 19 itens cotados de forma inversa. A versão portuguesa do FFMQ apresenta valores indicativos de uma boa consistência interna: Observar ($\alpha = .78$); Descrever ($\alpha = .88$); Agir com Consciência ($\alpha = .89$); Não-Julgar ($\alpha = .86$) e Não-Reagir ($\alpha = .66$). Neste estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo a escala total revelado uma consistência interna bastante satisfatória ($\alpha = .87$), bem como as suas subescalas Observar ($\alpha = .75$), Descrever ($\alpha = .89$), Agir com Consciência ($\alpha = .90$), Não Julgar ($\alpha = .86$). A subescala Não Reagir revelou a consistência interna mais baixa, no entanto mantém-se satisfatória ($\alpha = .68$).

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

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

Produz uma pontuação total que representa os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios: (a) Não aceitação das emoções negativas (Não-aceitação) – reflete a dificuldade em aceitar as suas respostas emocionais e a tendência para desenvolver respostas emocionais secundárias negativas perante afeto negativo (6 itens) (e.g., *Item 29*. Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim); (b) Incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas (Objetivos) – reflete dificuldades de concentração e na realização de tarefas ao experimentar emoções negativas (5 itens) (e.g., *Item 13*. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas); (c) Dificuldades em controlar comportamentos impulsivos quando experiencia emoções negativas (Impulsos) – reflete dificuldades em inibir comportamentos inapropriados aquando de afeto negativo (6 itens) (e.g., *Item 14*. Quando estou em baixo, fico fora de controlo); (d) Acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como efetivas (Estratégias) – reflete a crença do indivíduo de que pouco pode fazer para regular eficazmente as suas emoções, quando está emocionalmente perturbado (8 itens) (e.g., *Item 31*. Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado); (e) Falta de consciência emocional (Consciência) – reflete dificuldades em atender e em reconhecer emoções (6 itens) (e.g., *Item 2*. Presto atenção a como me sinto); e (f) Falta de clareza emocional (Clareza) – reflete o grau de conhecimento das emoções experienciadas (5 itens) (e.g., *Item 1*. Percebo com clareza os meus sentimentos).

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

No que concerne às propriedades psicométricas da versão original, a escala possui uma elevada consistência interna ($\alpha = .93$), bem como as suas subescalas ($\alpha > .80$) (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa, a consistência interna também se mostrou elevada na escala total ($\alpha = .92$) e nas subescalas a ($\alpha \geq .75$) (Coutinho et al., 2010). Neste estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) revelado uma consistência interna muito boa, tanto na escala total ($\alpha = .95$), como nas suas subescalas: Estratégias ($\alpha = .89$), Não-aceitação ($\alpha = .92$), Impulsos ($\alpha = .90$), Consciência ($\alpha = .80$), Objetivos ($\alpha = .86$) e Clareza ($\alpha = .85$).

Procedimento

Procedimento de recolha de dados

A fase inicial do procedimento de recolha de dados foi marcada pela distribuição do protocolo, de preenchimento *online*, através da plataforma *Google Forms*. pelas das redes sociais. Recorreu-se à técnica de amostragem *snowball*, onde se escolheu, por conveniência, um grupo de indivíduos através das redes sociais *Facebook* e *Instagram*. Todos os participantes foram informados que se tratava de um estudo sobre comportamentos alimentares, com duração média de 15 minutos, e destinado a pessoas com idade compreendida entre os 18 e os 30 anos. Foi juntamente solicitado aos inquiridos que partilhasse o *link* de acesso ao protocolo com outros contactos, que correspondessem aos parâmetros da população alvo.

O protocolo era precedido de uma breve nota introdutória sobre os objetivos gerais do estudo, sendo garantidos a confidencialidade, o anonimato e a participação voluntária dos participantes. Foram informados de que o uso dos dados fornecidos era exclusivo para fins da presente investigação. Após o consentimento informado, era preenchido o protocolo de recolha de dados. Previamente às medidas de avaliação, eram apresentadas as instruções.

O período de recolha foi realizado nos anos letivos 2021/2022 e 2022/2023, tendo-se iniciado no mês de janeiro de 2022 e terminado em junho de 2023. A informação recolhida foi posteriormente organizada e analisada de acordo com os objetivos do estudo.

Procedimento para tratamento de dados

A análise dos resultados foi realizada com recurso ao software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0 para o Windows. Os dados foram transferidos para uma folha Excel e posteriormente convertidos para uma base de dados em suporte informático. Primeiramente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra total ($N = 400$) para caracterização da amostra. Foram utilizados os valores de frequência absoluta e percentagem, bem como medidas de tendência central (i.e., média) e de dispersão (i.e., desvio-padrão). Posteriormente, foi realizada a análise de fidelidade de todos os instrumentos do presente estudo. O cálculo do alfa de Cronbach (α) possibilitou a análise da consistência interna de cada escala e subescala, podendo variar entre zero e um. Valores substancialmente inferiores a .7 indicam que a escala/subescala não é confiável (Field, 2013).

De seguida, realizou-se uma análise descritiva das variáveis psicológicas em estudo. Primeiramente, foram calculadas as respetivas médias e desvios-padrão. Posteriormente, com a finalidade de averiguar diferenças significativas entre sexos relativamente às variáveis em estudo, procedeu-se à realização do teste *t* de Student para amostras independentes (Independent Samples T-Test). Para aplicar este teste paramétrico, os requisitos para o mesmo foram assegurados, considerando a dimensão da amostra ($N \geq 30$) e a homogeneidade de variância, verificada com o teste de Levene. Foram avaliados os valores de *t*, os valores de significância (*p*) e a magnitude do efeito, através do cálculo do *d* de Cohen (*d*). Segundo Cohen (1988), magnitudes de efeito reduzido equivalem a valores de $d = .2$, magnitudes de efeito médio correspondem a valores $d = .5$, e magnitudes de efeito elevado constituem valores de $d = .8$.

De igual modo, para analisar possíveis diferenças significativas no IMC relativamente às variáveis em estudo, repetiu-se o teste *t* de Student para amostras independentes (Independent Samples T-Test), dado estarem reunidos os critérios para aplicar um teste paramétrico ($p < 0.05$). Recorreu-se ainda ao teste de Mann-Whitney (*U*), de modo a analisar diferenças significativas entre indivíduos com e sem diagnóstico de PAI, relativamente às variáveis em estudo, visto não estarem reunidos os critérios para aplicar um teste paramétrico.

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

Por último, foram efetuadas as análises de mediação através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986): (1) averiguar se existe uma relação linear entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD), com recurso a uma regressão linear simples; (2) verificar se existe relação linear entre a VI e a variável mediadora (M), através do procedimento estatístico da regressão linear simples; (3) verificar se a M

influencia a relação entre a VI e a VD, utilizando uma regressão linear múltipla; (4) testar a significância do efeito mediado, através do Teste de Sobel; (5) verificar se a mediação é total ou parcial e calcular a percentagem do efeito mediado face ao efeito total, com a fórmula: $100 \times ab \div c$.

Resultados

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

Análise Descritiva

No que concerne às atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (tabela 2), relativamente à totalidade da amostra, a subescala Preocupação com a dieta revelou a média mais elevada ($M = 26.12$, $DP = 12.56$), enquanto a Pressão social Para Comer apresentou o valor médio mais baixo ($M = 6.95$, $DP = 4.99$).

Relativamente às diferenças entre os sexos para a pontuação total do TAA-40, as diferenças não foram significativas ($p > .05$) apesar de o sexo feminino ($M = 43.02$, $DP = 18.26$) apresentar uma média superior à do sexo masculino ($M = 38.99$, $DP = 17.70$), como se pode observar na Tabela 2. Quando a análise é realizada para cada uma das subescalas, são detetadas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) na subescala Comportamento de Pressão Social para Comer ($p = .01$), onde as mulheres obtiveram um resultado médio significativamente mais elevado em relação aos homens ($M = 7.47$, $DP = 5.24$). Destaca-se que o sexo feminino apresentou sempre um valor médio mais elevado comparativamente aos resultados dos homens.

Tabela 2

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

	Amostra Total (<i>N</i> = 400)		Sexo Feminino (<i>N</i> = 264)		Sexo Masculino (<i>N</i> = 136)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Preoc_dieta	26.12	12.56	26.66	12.63	25.07	12.41	1.21	.88	.13
Comp_bulimico	8.57	5.70	8.88	5.88	7.98	5.31	1.57	.58	.16
Co_pressaosocial	6.95	4.99	7.47	5.24	5.96	4.32	2.89	.01*	.31
TAA_total	41.65	18.15	43.02	18.26	38.99	17.70	2.1	.66	.22

Nota. *M* = Média. *DP* = Desvio-padrão. *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes. *d* = *d* de Cohen. Preoc_dieta = Preocupação com a Dieta; Comp_bulimico = Comportamento Bulímico; Co_pressaosocial = Comportamento de Pressão Social para Comer; TAA_total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares-40. * *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001

Para facilitar a análise de diferenças entre as atitudes e os comportamentos relacionados com as PAI face ao IMC, dividiu-se a amostra em dois grupos.

No grupo I os sujeitos apresentavam um IMC inferior ou igual a 18.5 kg/m² (*N* = 34), e no grupo II encontravam-se os sujeitos com IMC superior a 18.5 kg/m² (*N* = 366). No grupo até 18.5, a subescala que revelou a média mais elevada foi a Preocupação com a Dieta (*M* = 29.12, *DP* = 13.47), tendo revelado também a maior diferença entre os dois grupos, apesar de não ser significativa (*p* = 0.39). A pontuação mais baixa foi obtida pelo grupo com IMC acima dos 18.5 na subescala da Pressão Social para Comer (*M* = 6.81, *DP* = 5.00). De modo geral, o grupo acima dos 18.5 apresentou médias mais baixas na escala e subescalas de atitudes e comportamentos alimentares quando comparado ao grupo até 18.5 kg/m².

Em relação à Regulação Emocional, na amostra total, a subescala Estratégias revelou o valor médio mais elevado (*M* = 21.89, *DP* = 7.97) e as subescalas Consciência e Clareza apresentaram o valor médio mais reduzido (*M* = 12.60, *DP* = 4.46; *M* = 12.35, *DP* = 4.50) (Tabela 3). Quanto às diferenças entre sexos para a pontuação total da EDRE, apesar do sexo feminino revelar uma média superior à do sexo masculino (*M* = 95.98, *DP* = 27.09), as diferenças não foram significativas. No caso dos Objetivos, foi o sexo

feminino a apresentar os valores médios mais elevados ($M = 18.43$, $DP = 4.30$). Já na subescala Consciência, o sexo masculino pontuou mais alto ($M = 12.93$, $DP = 4.22$).

Tabela 3

Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas dificuldades de regulação emocional

	Amostra Total ($N = 400$)		Sexo Feminino ($N = 264$)		Sexo Masculino ($N = 136$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
Nao_aceit	16.27	7.04	16.35	7.21	16.12	6.73	.32	.22	.03
Objetivos	18.00	4.55	18.55	4.35	16.94	4.76	3.40	.24	.36
Impulsos	13.79	5.78	13.92	5.94	13.53	5.46	.65	.21	.07
Estrategias	21.89	7.97	22.13	8.04	21.42	7.83	.85	.92	.09
Consciencia	12.60	4.46	12.41	4.58	12.96	4.19	-1.19	.06	-.12
Clareza	12.34	4.50	12.61	4.52	11.83	4.43	1.64	.52	.17
EDRE_total	94.89	26.39	95.98	27.09	92.80	24.95	1.14	.26	.12

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

Em relação às dificuldades de regulação emocional e ao IMC, repetiu-se o mesmo teste estatístico. Apesar de não se terem encontrado diferenças significativas, a subescala Estratégias foi onde se encontrou uma média especificamente mais elevada no grupo até 18,5 ($M = 24.21$, $DP = 7.07$), quando comparado com o outro grupo. De modo geral, pode concluir-se que o grupo mencionado apresentou pontuações mais elevadas de dificuldades de regulação emocional.

No que diz respeito ao *mindfulness*, na amostra total, a subescala Observar revelou o valor médio mais elevado ($M = 27.86$, $DP = 5.64$) e a Não Reagir o mais baixo ($M = 21.89$, $DP = 4.34$) (Tabela 4). Quanto às diferenças entre sexos para a pontuação total da FFMQ, o sexo feminino ($M = 122.14$, $DP = 19.42$) apresentou valores que indicaram uma maior intensidade desta variável comparativamente ao sexo masculino ($M = 121.85$, $DP = 17.11$), apesar de as diferenças não terem sido significativas ($p > .05$). No entanto, ao

comparar a pontuação das subescalas, evidenciou-se uma diferença significativa entre sexos relativamente à subescala de Agir com Consciência ($p < .05$), onde as mulheres pontuaram significativamente mais do que os homens. Contrariamente aos resultados das escalas analisadas anteriormente, que indicam resultados médios mais elevados no sexo feminino, na escala de *mindfulness* os homens obtiveram maiores resultados médios em duas subescalas – Descrever ($M = 25.71$, $DP = 6.97$) e Não Reagir ($M = 22.95$, $DP = 4.23$).

Tabela 4

Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos nas cinco facetas de mindfulness

	Amostra Total ($N = 400$)		Sexo Feminino ($N = 264$)		Sexo Masculino ($N = 136$)		t	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP			
Observar	27.86	5.63	28.18	5.42	27.24	5.99	1.58	.15	.17
Descrever	25.23	6.90	24.98	6.86	25.71	6.97	-1.01	.91	-.11
Agir_consc	22.79	7.05	23.13	7.41	22.13	6.26	1.34	.02	.14
								*	
Nao_julgar	24.28	6.96	24.51	7.25	23.81	6.36	.95	.08	.10
Nao_reagir	21.89	4.34	21.34	4.31	22.95	4.23	-3.56	.35	-.38
FFMQ_total	122.04	18.64	122.14	19.42	121.85	17.11	.15	.06	.02

Nota. M = Média. DP = Desvio-padrão. t = Teste t de Student para amostras independentes. d = d de Cohen. Agir_consc = Agir com Consciência. FFMQ_total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Por fim, repetiu-se o processo em relação ao *mindfulness* e ao IMC. À semelhança das variáveis anteriores, também não se apuraram diferenças significativas entre grupos na escala total e subescalas das cinco facetas *mindfulness*. Pode, no entanto, concluir-se que o grupo acima dos 18.5 revelou valores médios mais elevados de *mindfulness*.

Análise correlacional das variáveis

Relação entre as facetas mindfulness e as dificuldades de regulação emocional

Procedeu-se ao estudo correlacional das facetas *mindfulness* e das dificuldades de regulação emocional (Tabela 5).

No que respeita à faceta Observar, foi observada uma correlação de magnitude fraca com a Consciência ($r = .28, p < .001$).

Quanto ao Descrever, destacam-se correlações com magnitude moderada com a Não Aceitação ($r = -.43, p < .001$), com as Estratégias ($r = -.41, p < .001$) e com a Consciência ($r = .48, p < .001$), e uma correlação de magnitude forte com a Clareza ($r = -.68, p < .001$).

Apontam-se correlações de magnitude moderada entre Agir com Consciência e todos os fatores da regulação emocional, à exceção da Consciência ($r = -.23, p < .001$) e da Clareza ($r = -.36, p < .001$).

Foram encontradas correlações de magnitude forte entre a faceta de Não Julgar e a Não Aceitação ($r = -.65, p < .001$), bem como as Estratégias ($r = -.60, p < .001$). Com todas as restantes, a correlação mantém-se de magnitude moderada, à exceção da Consciência ($r = -.24, p < .001$) cuja correlação se caracteriza como fraca.

Relativamente a Não Reagir, a correlação assume um valor de magnitude negligenciável com os Impulsos ($r = -.18, p < .001$). Com os restantes fatores da regulação emocional, a magnitude da correlação constatou-se fraca.

Como é possível observar na tabela, a pontuação total da FFMQ correlacionou-se com magnitude forte com a pontuação total da EDRE ($r = -.73, p < .001$), bem como com a Não Aceitação ($r = -.62, p < .001$), com as Estratégias ($r = -.63, p < .001$) e com a Clareza ($r = -.62, p < .001$).

Tabela 5

Correlação entre as facetas mindfulness e as dificuldades de regulação emocional (N = 400)

Variáveis	Nao_aceit	Objetivos	Impulsos	Estrategias	Consciencia	Clareza	EDRE_total
Observar	.02	.02	.03	.04	.28**	.08	.03
Descrever	-.43**	-.25**	-.28**	-.41**	-.47**	-.60**	-.53**
Agir_consc	-.45**	-.40**	-.46**	-.52**	-.23**	-.36**	-.55**
Nao_julgar	-.65**	-.40**	-.51**	-.60**	-.24**	-.44**	-.65**
Nao_reagir	-.23**	-.20**	-.18**	-.28**	-.33**	-.30**	-.33**
FFMQ_total	-.62**	-.44*	-.50**	-.62**	-.52**	-.62**	-.73**

Nota. Agir_consc = Agir com Consciência. FFMQ_total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*. Nao_aceit = Não Aceitação. EDRE_total = Pontuação total da Escala de Regulação Emocional. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

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

Procedeu-se ao estudo correlacional das dificuldades de regulação emocional e das atitudes e comportamentos relacionados com as PAI (Tabela 6).

Relativamente à Preocupação com a Dieta, observaram-se correlações de magnitude fraca com a Não Aceitação ($r = .20, p < .001$) e com as Estratégias ($r = .22, p = < .001$).

O Comportamento Bulímico também apresentou correlações de magnitude fraca com todos os fatores da EDRE, à exceção da Consciência com a qual se observou uma correlação de magnitude negligenciável ($r = .12, p = .02$)

Quanto ao Comportamento por Pressão Social/Controlo Oral, as correlações que se estabeleceram foram na sua maioria de magnitude fraca, excluindo-se os Objetivos ($r = .14, p = .006$), a Consciência ($r = .11, p = .02$) e a Clareza ($r = .17, p = < .001$) com os quais se correlacionou com uma magnitude negligenciável.

Tal como se pode observar na tabela, a pontuação total do TAA-40 correlacionou-se com uma magnitude fraca com a pontuação total da EDRE ($r = .34, p < .001$), bem como com todos os fatores da mesma, à exceção da Consciência ($r = .08, p = .11$) com a qual apresentou uma correlação de magnitude negligenciável.

Tabela 6

Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as dificuldades de regulação emocional (N = 400)

Variáveis	Nao_aceit	Objetivos	Impulsos	Estrategias	Consciencia	Clareza	EDRE_total
Preoc_dieta	.20**	.14**	.18**	.22**	.02	.09	.20**
Comp_bulimico	.35**	.28**	.38**	.39**	.12**	.25**	.41**
Co_pressaosocial	.25**	.14**	.23**	.28**	.11*	.17**	.28**
TAA_total	.32**	.22**	.30**	.35**	.08	.19**	.34**

Nota. Preocup_dieta = Preocupação com a Dieta; Comp_bulímico = Comportamento Bulímico; Pressão_soc_comer = Pressão Social para Comer. TAA_total = Pontuação total do Teste de Atitudes

Alimentares -40. NÃO_ACEIT = Não Aceitação. EDRE_total = Pontuação total da Escala de Regulação Emocional. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Relação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as facetas mindfulness

Para analisar a relação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as PAI e as cinco facetas *mindfulness*, procedeu-se à sua análise correlacional.

No que concerne à Preocupação com a Dieta, apenas se destaca uma correlação de magnitude fraca com a faceta Não Julgar ($r = -.23, p < .001$).

Relativamente ao Comportamento Bulímico, observaram-se correlações de magnitude fraca com as facetas Agir com Consciência ($r = -.26, p < .001$) e Não Julgar ($r = -.34, p < .001$).

A Pressão Social para Comer/Controlo Oral demonstrou correlacionar-se com uma magnitude fraca apenas com a faceta Não Julgar ($r = -.21, p < .001$).

Foi encontrada uma correlação de magnitude fraca entre a pontuação total do TAA-40 e a faceta Não Julgar ($r = -.33, p < .001$). A correlação entre a totalidade da pontuação do TAA-40 e do FFMQ observou-se com uma magnitude negligenciável ($r = -.19, p < .001$).

Tabela 7

Correlação entre as atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as facetas Mindfulness (N = 400)

Variáveis	Observar	Descrever	Agir_consc	Nao_julgar	Nao_reagir	FFMQ_total
Preoc_dieta	.16**	-.03	-.06	-.23**	-.01	-.07
Comp_bulimico	.16**	-.19**	-.26**	-.34**	-.04	-.26**
Co_pressaosocial	.03	-.19**	-.14**	-.21**	-.12**	-.22**
TAA_total	.17**	-.13**	-.16**	-.33**	-.05	-.19**

Nota. Preocup_dieta = Preocupação com a Dieta; Comp_bulímico = Comportamento Bulímico; Pressão_soc_comer = Pressão Social para Comer. TAA_total = Pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares -40. Agir_consc = Agir com Consciência. FFMQ_total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise das diferenças no traço *mindfulness* e nas dificuldades de regulação emocional em indivíduos com e sem PAI

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

No que concerne à variável da regulação emocional, como é possível constatar na tabela 8, é possível identificar diferenças significativas entre grupos em todas as componentes das dificuldades de regulação emocional, à exceção dos Objetivos ($U = 4654, p = .09$) e dos Impulsos ($U = 3805, p = .99$). De entre as subescalas, a Consciência destaca-se com um valor de p de $.00$. Ao nível da escala total EDRE, esta também apresentou diferenças significativas ao comparar o grupo com e sem PAI.

Tabela 8

Diferenças entre indivíduos com e sem PAI nas dificuldades de regulação emocional

	Com PAI ($N = 380$)		Sem PAI ($N = 20$)		U	p
	M	DP	M	DP		
Nao_aceit	19.85	7.17	16.08	7.00	4940	.02*
Objetivos	19.85	2.98	17.91	4.60	4654	.09
Impulsos	13.90	6.22	13.78	5.76	3805	.99
Estrategias	25.40	8.05	21.70	7.93	4793.5	.05*
Consciencia	15.70	5.41	12.43	4.35	5233.5	.00**
Clareza	14.45	5.04	12.23	4.45	4767.5	.05*
EDRE_total	109.15	26.74	94.15	26.20	4978	.02*

Nota. M = Média. DP = Desvio-padrão. U = Teste de Mann Whitney.. Nao_aceit = Não Aceitação. EDRE_total = Pontuação total da Escala de Regulação Emocional. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Relativamente ao traço *mindfulness*, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos em análise. Apesar das diferenças não se demonstrarem significativas, a amostra sem PAI revelou a média mais alta na escala total FFMQ ($M =$

122.32, $DP = 18.58$), em relação à pontuação média do grupo com PAI ($M = 116.85$, $DP = 19.63$).

Tabela 9

Diferenças entre indivíduos com e sem PAI no traço mindfulness

	Sem PAI (N = 380)		Com PAI (N = 20)		U	p
	M	DP	M	DP		
Observar	27.87	5.62	27.70	6.12	.13	.87
Descrever	25.30	6.92	23.90	6.46	.88	.30
Agir_consc	22.84	7.08	21.75	6.62	.67	.41
Nao_julgar	24.39	6.91	22.15	7.75	1.40	.14
Nao_reagir	21.91	4.35	21.35	4.27	.57	.38
FFMQ_total	122.31	18.58	116.85	19.63	1.28	.17

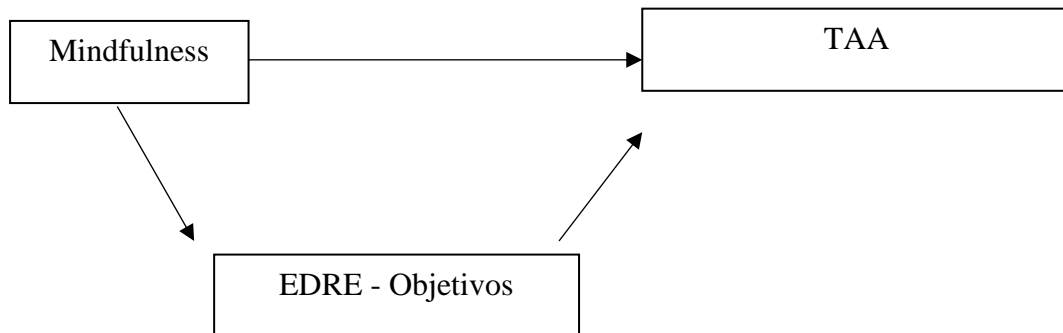
Nota. M = Média. DP = Desvio-padrão. t = Teste t de Student para amostras independentes. d = d de Cohen. Agir_consc = Agir com Consciência. FFMQ_total = Pontuação total do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

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

Com o objetivo de estudar o papel das dificuldades de regulação emocional na relação entre o *mindfulness* e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, realizou-se estudo do papel mediador de cada dificuldade de regulação emocional na relação entre as dimensões do *mindfulness* e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, através do modelo de mediação. Assumiu-se o *mindfulness* como preditor, ou seja, variável independente, e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI como variável dependente.

Figura 1

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



Os resultados significativos da análise de mediação são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Objetivos, Clareza, Impulsos e Não Aceitação (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total ($\beta 1$)	Efeito Direto ($\beta 2$)	Efeito Indireto^a ($\beta 3$)	Mediação
Mindfulness → Comportamento Alimentar Disfuncional (Objetivos)	-.187***	-.114*	-.073**	(6.1 %) Parcial
Mindfulness → Comportamento Bulímico (Clareza)	-.078***	-.049**	-.029*	(8.0 %) Parcial
Mindfulness → Comportamento de Pressão Social (Impulsos)	-.059***	-.038*	-.021**	(6.7 %) Parcial

Mindfulness → Comportamento Bulímico (Objetivos)	-.078***	-.050**	-.028***	(10.1 %) Parcial
Mindfulness → Comportamento de Pressão Social (Não Aceitação)	-.059***	-.030	-.029***	(4.8 %) Total

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. FFMQ_total = Questionário das Cinco Facetas Mindfulness. TAA_total = Teste de Atitudes Alimentares-40.

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

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

De acordo com a Figura 1 e Tabela 10, podemos verificar que o efeito total do **Mindfulness** nas atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, com o mediador objetivos é superior ao efeito direto. Tal como seria de esperar também o aumento de 3,70% para 6,10%. Verificou-se que o mediador foi significativo com um valor de probabilidade de significância no teste de Sobel inferior a 0,001.

Constatou-se também que a presença do mediador influencia o valor do beta do preditor diminuindo a sua influência sobre a variável independente. Sendo neste caso a mediação parcial, pois todos os betas são significativos.

Apurou-se uma única mediação total, dado que o efeito direto entre o Mindfulness e a variável dependente diminuiu e não se mostrou significativo na presença do mediador.

Tabela 11

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Objetivos e Não Aceitação (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total ($\beta 1$)	Efeito Direto ($\beta 2$)	Efeito Indireto ^a ($\beta 3$)	Mediação
Não Reagir → Comportamento Bulímico (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.046***	.144*	-.190***	(17.5 %) Parcial

Não Reagir → Comportamento de Pressão Social (Objetivos)	-.141*	-.113	-.027*	(2.8 %) Total
Não Reagir → Comportamento de Pressão Social (Não aceitação)	-.141*	-.081	-.060**	(6.5 %) Total

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. FFMQ_total = Questionário das Cinco Facetas Mindfulness. EDRE = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

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

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

Nas relações representadas na tabela 11, destacam-se duas mediações totais onde o efeito direto entre a dimensão **Não Reagir** e as variáveis dependentes diminuiu e não se mostrou significativo na presença do mediador.

Podemos também verificar que o efeito total da subescala Não reagir no Comportamento Bulímico, com as dificuldades de regulação emocional como mediador é superior ao efeito direto, sendo o mesmo significativo. Uma vez que as dificuldades de regulação diminuem a influência direta entre Não Reagir e o Comportamento Bulímico, constata-se uma mediação parcial por parte da mesma.

Tabela 12

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador da dimensão Consciência (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total ($\beta 1$)	Efeito Direto ($\beta 2$)	Efeito Indireto ^a ($\beta 3$)	Mediação
Observar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Consciência)	.552***	.679***	-.127***	(4.8 %) Parcial
Observar → Preocupação com dieta (Consciência)	-.363**	-.407***	-.044***	(3.1 %) Parcial
Observar → Comportamento Bulímico (Consciência)	.159***	.209***	-.050***	(5.3 %) Parcial
Observar → Comportamento de Pressão Social (Consciência)	.030	.064	-.034*	(1.8%) Total

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. TAA: Teste de Atitudes Alimentares.

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

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

No que respeita ao efeito mediador da **Consciência**, conclui-se que esta dimensão emocional medeia parcialmente a maioria das relações significativas entre Observar e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, uma vez que os betas são todos significativos.

Tabela 13

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total ($\beta 1$)	Efeito Direto ($\beta 2$)	Efeito Indireto ^a ($\beta 3$)	Mediação
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.353**	.165	-.518***	(11.8 %) Total
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Clareza)	-.353**	-.081	-.272***	(3.7 %) Total
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Estratégias)	-.353**	.030	-.383***	(12.1 %) Total
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Impulsos)	-.353**	-.143	-.209***	(9.4 %) Total
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Objetivos)	-.353**	-.218	-.134***	(5.6 %) Total
Descrever → Comportamento Alimentar Disfuncional (Não aceitação)	-.353**	.006	-.359***	(10.0 %) Total
Descrever → Comportamento de Pressão Social	-.138***	-.049	-.088**	(7.5 %) Total

(Dificuldades de Regulação Emocional)				
Descrever → Comportamento de Pressão Social (Estratégias)	-.138***	-.070	-.068***	(7.9 %) Total
Descrever → Comportamento de Pressão Social (Impulsos)	-.138***	-.100**	-.038***	(6.9 %) Parcial
Descrever → Comportamento Bulímico (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.155***	.0304	-.185***	(16.5 %) Total
Descrever → Comportamento Bulímico (Clareza)	-.155***	-.045	-.109**	(6.6 %) Total
Descrever → Comportamento Bulímico (Estratégias)	-.155***	-.025	-.130***	(15.6 %) Total
Descrever → Comportamento Bulímico (Impulsos)	-.155***	-.074	-.081*	(3.5%) Total
Descrever → Comportamento Bulímico (Objetivos)	-.155***	-.103*	-.052***	(9.3 %) Parcial
Descrever → Comportamento Bulímico (Não aceitação)	-.155***	.038	-.117***	(3.5%) Total

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. EDRE = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

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

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

Na Tabela 13, é possível observar que as dificuldades de regulação emocional exercem uma influência significativa no efeito da dimensão **Descrever** sobre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com PAI. Verificou-se que todas as subescalas de dificuldade emocional têm um papel mediador significativo (parcial ou total) na relação entre Descrever e as atitudes e comportamentos relacionados com PAI, já que todos os betas apresentam um valor p inferior a pelo menos .05.

Em particular, observa-se que as dificuldades de regulação emocional explicam 16.52% da relação entre Descrever e o Comportamento Bulímico, e que, nomeadamente as Estratégias explicam 15.55% dessa relação.

Tabela 14

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total ($\beta 1$)	Efeito Direto ($\beta 2$)	Efeito Indireto^a ($\beta 3$)	Mediação
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.410**	.097	-.507***	(11.6 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Clareza)	-.410**	-.269*	-.142**	(4.6 %) Parcial
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Estratégias)	-.410**	.076	-.486***	(12.2 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Impulsos)	-.410**	-.070	-.340***	(9.2%) Total
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Objetivos)	-.410**	-.214	-.196**	(5.5 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento Alimentar Disfuncional (Não aceitação)	-.410**	-.055	-.355***	(10.0%) Total
Agir com Consciência → Comportamento de Pressão Social (Clareza)	-.099***	-.001	-.034*	(3.5 %) Total

Agir com Consciência → Comportamento de Pressão Social (Estratégias)	-.099***	-.0702	-.098***	(7.1 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento de Pressão Social (Impulsos)	-.099***	-.033	-.067***	(5.3%) Total
Agir com Consciência → Comportamento de Pressão Social (Não aceitação)	-.099***	-.026	-.073***	(6.1%) Total
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.208***	-.041	-.167***	(16.6 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Clareza)	-.208***	-.155	-.054**	(9.6%) Parcial
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Estratégias)	-.208***	-.059	-.150***	(15.9 %) Total
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Impulsos)	-.208***	-.088*	-.120***	(15.0%) Parcial
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Objetivos)	-.208***	-.140***	-.069*	(6.6 %) Parcial
Agir com Consciência → Comportamento Bulímico (Não aceitação)	-.208***	-.102*	-.106***	(13.4%) Total

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado. TAA = Teste de Atitudes Alimentares. EDRE = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

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

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

Através da Tabela 14, observa-se que as dificuldades de regulação emocional exercem uma influência significativa no efeito da dimensão **Agir com Consciência** sobre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com PAI. Verificou-se que todas

as subescalas de dificuldade emocional têm um papel mediador significativo (parcial ou total) nessa relação, já que todos os betas apresentam um valor p inferior a pelo menos .05.

Em particular, observa-se que as dificuldades de regulação emocional explicam 16.60% da relação entre Agir com Consciência e o Comportamento Bulímico, e que, as Estratégias explicam 15.90% dessa relação, os Impulsos 15% e a Não Aceitação 13.40%.

Tabela 15

Efeito do mindfulness nas atitudes e comportamentos relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão: análise do estatuto mediador das dimensões Clareza, Estratégias, Impulsos, Objetivos e Não Aceitação (N = 400)

Efeito em estudo	Efeito Total (β)	Efeito Direto (β)	Efeito Indireto^a (β)	Mediação
Não julgar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.852***	-.477**	-.375***	(13.5 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Estratégias)	-.852***	-.481**	-.372***	(14.3 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Impulsos)	-.852***	-.611***	-.114*	(13.2 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Objetivos)	-.852***	-.738***	-.486***	(11.6 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Alimentar Disfuncional (Não aceitação)	-.852***	-.549***	-.303**	(12.5%) Parcial
Não julgar → Comportamento de Pressão Social (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.150***	-.043	-.107***	(7.4%) Total

Não julgar → Comportamento de Pressão Social (Estratégias)	-.150***	-.054	-.096***	(7.5 %) Total
Não julgar → Comportamento de Pressão Social (Impulsos)	-.150***	-.090*	-.060**	(56.3%) Parcial
Não julgar → Comportamento de Pressão Social (Não aceitação)	-.150***	-.061	-.089***	(6.4%) Total
Não julgar → Comportamento Bulímico (Dificuldades de Regulação Emocional)	-.282***	-.114*	-.168***	(17.5 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Bulímico (Clareza)	-.282***	-.237***	-.045*	(13.1%) Parcial
Não julgar → Comportamento Bulímico (Estratégias)	-.282***	-.138**	-.144***	(17.3 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Bulímico (Impulsos)	-.282***	-.170***	-.112**	(17.3%) Parcial
Não julgar → Comportamento Bulímico (Objetivos)	-.282***	-.226***	-.056**	(11.9 %) Parcial
Não julgar → Comportamento Bulímico (Não aceitação)	-.282***	-.167**	-.141***	(14.5%) Parcial
Não julgar → Preocupação com dieta (Não aceitação)	-.420***	-.289***	-.132***	(6.4%) Parcial

Nota. B = Coeficiente de regressão padronizado. TAA = Teste de Atitudes Alimentares. EDRE = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

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

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

Pela observação da Tabela 15, é possível concluir que as dificuldades de regulação emocional exercem uma influência significativa no efeito da dimensão **Não Julgar** sobre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com PAI. Verificou-se que todas as subescalas de dificuldade emocional têm um papel mediador significativo (parcial ou total) na relação entre o não julgamento e as atitudes e comportamentos relacionados com PAI, já que todos os betas apresentam um valor p inferior a pelo menos .05.

Destaca-se que os Impulsos explicam 56.30% da relação entre Não Julgar e o Comportamento de Pressão Social. Para além deste, é ainda notório o papel mediador de todas as subescalas de dificuldades de regulação emocional sobre a relação entre Não Julgar e o Comportamento Bulímico.

Discussão

O presente trabalho teve como principal finalidade estudar o contributo do traço mindfulness e das dificuldades de regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com as PAI, numa amostra de estudantes em contexto nacional.

Relativamente à análise da fidelidade dos instrumentos utilizados neste estudo, os valores de consistência interna encontrados revelaram-se satisfatórios e próximos dos apresentados nos estudos originais e nas investigações de adaptação à população portuguesa. Sendo assim, optou-se por considerar as medidas como apropriadas para o presente estudo.

Procurou-se compreender se existiam diferenças significativas nas variáveis em estudo, em função do sexo, e em que se traduziam. Neste estudo, a análise das atitudes e comportamentos relacionados com as PAI não revelou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, à exceção da subescala referente ao Controlo Oral/Pressão Social para Comer, que indicou uma média significativamente mais alta nos participantes do sexo feminino. É de destacar uma prevalência generalizada da sintomatologia relacionada com PAI no sexo feminino, resultado corroborante da literatura revista, que reporta uma prevalência superior desta sintomatologia nas mulheres (e.g., Galmiche et al., 2019).

Os resultados da análise indicaram também que 22,7% dos inquiridos apresentaram uma média superior à média nacional de atitudes e comportamentos

alimentares perturbados para a população portuguesa (Soares et al., 2004). Não obstante, segundo os critérios de Glow (1980) (como citado em Soares et al., 2004, p.8), 2% dos indivíduos da amostra ($N = 8$) encontram-se 2 desvios-padrão acima da média nacional, o que sugere um risco particularmente elevado para desenvolvimento de PAI nestes estudantes.

Estes dados corroboram estudos anteriores que apontam a população jovem universitária como população de risco para este tipo de perturbações (e.g. Eisenberg et al., 2011), e são indicativos de uma necessidade de intervenção terapêutica nas instituições de ensino superior portuguesas.

Relativamente às dificuldades de regulação emocional, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados da análise estatística realizada. No entanto, apesar do sexo feminino indicar médias mais elevadas, tanto nas subescalas como na pontuação da escala total, destaca-se uma pontuação mais alta pelo sexo masculino no fator Consciência. Este resultado surge em consonância com o estudo de validação da escala DERS, Gratz e Roemer (2004), onde foram detetadas diferenças significativas somente na dimensão Consciência. Assim, através da análise realizada, é possível concluir que os homens parecem ter maiores dificuldades no acesso e reconhecimento das suas emoções, dificultando, por conseguinte, a sua regulação. Apesar disto, é importante ressaltar que a amostra total é constituída por um maior número de estudantes do sexo feminino, e que essa discrepância pode ter influenciado os resultados.

No que se refere às facetas mindfulness, a escala total revelou uma pontuação mais elevada no sexo feminino, embora a diferença em relação ao sexo masculino não se considere significativa. Contrariamente a estes dados, a subescala Agir com Consciência revelou diferenças significativas entre sexos, com o sexo feminino pontuar mais. Em contraste com os resultados das escalas anteriores, onde as mulheres apresentaram as médias mais elevadas, na escala de mindfulness os homens obtiveram maiores resultados médios em duas subescalas – Descrever e Não Reagir, equilibrando os resultados da FFMQ no presente estudo.

Apurou-se a relação entre as facetas mindfulness e as dificuldades de regulação emocional. Esta análise demonstrou uma relação negativa e, portanto, estas variáveis

variam em sentidos opostos. É sugestivo que indivíduos com maior disposição *mindful* tenham menos dificuldades em regular as suas emoções.

O estudo correlacional entre as cinco facetas *mindfulness* e as dimensões da regulação emocional revelou que as associações com maior magnitude incluem as facetas Descrever e Não Julgar. A faceta Descrever demonstrou a correlação mais elevada com a Clareza, o que sugere que estudantes com maior competência para identificar emoções, pensamentos, sensações tendem a apresentar maior clareza emocional, ou seja, detêm um grau mais elevado de conhecimento acerca do que estão a sentir. Observou-se também correlação de magnitude forte entre a faceta Não Julgar e as dimensões Não Aceitação e Estratégias, indicando que os estudantes que não tecem julgamentos ou avaliações acerca dos pensamentos e sentimentos encontram menos dificuldades em aceitar determinadas respostas emocionais, quer sejam perante afetos/situações negativas ou positivas, e demonstram um acesso mais facilitado a estratégias de respostas emocionais adaptativas e eficientes. Estas conclusões suportam resultados de estudos anteriores que relataram associações entre níveis elevados das cinco facetas *mindfulness* e o emprego decrescente de estratégias de regulação emocional desadaptativas (MacDonald, 2021).

No âmbito da associação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as dificuldades de regulação emocional, esta investigação verificou que se trata de uma relação positiva. Este facto é indicativo de que indivíduos que adotam mais atitudes e comportamentos alimentares desadaptativos, têm tendência a revelar maiores dificuldades de regulação emocional. Ao atender à literatura revista, é possível afirmar que a conclusão anterior vai de encontro a resultados apresentados por outros autores que também se debruçaram nesta temática (i.e. Mallorquí-Bagué et al., 2018).

Ao proceder ao estudo das associações entre as dimensões do TAA-40 e da EDRE, verificou-se que a associação mais forte compreendia o Comportamento Bulímico e as Estratégias, a par com os Impulsos. Este resultado parece ser concordante com as conclusões de Mohoric T. et al. (2022), que sugere que indivíduos que recorrem a comportamentos purgativos associados a episódios de empurramento, apresentam dificuldade em controlar os seus impulsos e incapacidade de evitar comportamentos inapropriados e desadaptativos na presença de emoções fortes. Para além disto, indivíduos com sintomas de PAI apresentam com frequência estratégias de regulação emocional pouco eficientes e adaptativas (Racines & Wildes, 2013). A falta de

competências e estratégias para lidar com as emoções, parece ser sugestiva de que indivíduos com essas dificuldades poderão recorrer a comportamentos alimentares problemáticos (Donahue et al., 2018).

Não obstante, a relação entre o Comportamento Bulímico e as dimensões que constituem a escala total da EDRE também se revelou significativa. Este dado vem reforçar a literatura revista que alega que os estudantes universitários tendem a apresentar mais episódios de ingestão compulsiva e comportamentos compensatórios inapropriados quando se encontram emocionalmente perturbados (Christian et al., 2020).

No que concerne à Preocupação com a Dieta e à Pressão Social para Comer, apesar das relações encontradas com as dimensões da EDRE serem estatisticamente fracas ou negligenciáveis, demonstraram-se significativas, o que suporta as afirmações da literatura - indivíduos que apresentam comportamentos de restrição alimentar e sintomatologia anorética, tendem a demonstrar défices nas competências de regulação emocional e adoção de estratégias pouco adaptativas (Muelle et al., 2019). No que diz respeito à Pressão Social para Comer e ao seu relacionamento com as dimensões da regulação emocional, poderá interpretar-se no sentido de quanto maior a pressão exercida pelos outros para aumentar o peso, maior a tendência para não aceitar respostas emocionais, principalmente quando associadas a afetos negativos, para ter dificuldade em evitar comportamentos desadaptativos e para recorrer a estratégias disfuncionais de regulação emocional. Não foi encontrada evidência empírica no sentido oferecer suporte a esta conclusão, pelo que a discussão desta componente fica limitada.

Acrescenta-se que, as relações que se revelaram mais fracas foram as que compreendiam a Consciência. Este resultado poderá ter sido influenciado pela diferença bastante significativa no número de participantes do sexo masculino, em comparação com o sexo feminino. Neste estudo, a Consciência obteve a maior expressão entre os jovens-adultos do sexo masculino, que compõem uma parte substancialmente menor da amostra. Ainda assim, considera-se relevante compreender melhor este fenómeno, que não é expectável, uma vez que a falta de consciência das emoções é referida constantemente na evidência empírica.

No estudo da relação entre as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as facetas mindfulness, constatou-se que se trata de uma relação com um sentido negativo. Sugere-se então que, estudantes que adotam comportamentos alimentares desadaptativos e sintomatologia associada a

PAI, têm tendência a adotar uma postura menos mindful, com menor recurso a competências associadas (facetas mindfulness). Este resultado corrobora resultados encontrados em investigações anteriores que afirmam não só, que indivíduos com sintomatologia PAI tendem a ser menos mindful quando comparados à população geral, (i.e. Sala et al., 2018; Vorontsova-Wenger et al., 2020), como também que o traço mindfulness apresenta uma relação de proporcionalidade inversa com PAI, tanto em indivíduos saudáveis como em indivíduos diagnosticados com PAI (Sala et al., 2020). No entanto, contrariamente a este resultado, encontrou-se uma relação positiva entre a faceta Observar e as dimensões do TAA-40, o que se traduz em indivíduos que estão mais atentos e alertas às suas experiências internas e externas, como cheiros, sensações, visões, cognições, revelam atitudes e comportamentos alimentares por vezes inapropriados e que se poderão associar a sintomatologia psicopatológica. Esta conclusão assemelha-se à conclusão do estudo de Sala et al., 2021, e poderá ser explicada através do facto de, existindo isoladamente e em maior desenvolvimento, a observação poderá ser um indicador de hiper-atenção, tornando-se crítica e reativa, e assim refletir-se em níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica.

Relativamente à análise entre as dimensões do TAA-40 e as restantes do FFMQ, constatou-se que a relação com maior expressão compreendia a faceta Não Julgar e o Comportamento Bulímico, e que a mesma faceta se associava significativamente com a escala total TAA-40. Este resultado poderá traduzir-se na medida em que, os estudantes que revelam mais comportamentos alimentares disfuncionais, nomeadamente episódios de empaturramento, seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados, tendem a apresentar uma postura mais crítica em relação aos seus pensamentos e emoções. Neste sentido, esta análise confirma a evidência empírica revista que defende que auto-perceções negativas, autculpabilização e julgamentos têm um efeito potenciador do stress e, conseqüentemente de comportamentos alimentares problemáticos (Taylor et al., 2015).

Ao analisar os resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que a Preocupação com a Dieta e a faceta Não Reagir foram as dimensões que menos se associaram com as restantes, não se identificando nenhuma associação particularmente relevante para esta investigação. No que concerne à Preocupação com a Dieta, os dados obtidos vão de encontro ao suporte empírico revista, que aponta episódios de empaturramento e ingestão compulsiva associada a reações emocionais, como os comportamentos alimentares centrais nas associações com os processos mindfulness

(Sala et al., 2020), ao invés dos comportamentos de evitamento e restrição alimentar. Quanto à ausência de resultados mais expressivos relativamente à faceta Não Reagir, este fenómeno não seria de prever, uma vez que a literatura refere frequentemente esta faceta mindfulness, a par com o não julgamento e o agir com consciência, como processos de particular relevância na sintomatologia de PAI (Sala et al., 2020). Assim, considera-se importante a condução de futuros estudos que se debrucem sobre este resultado, para que seja possível compreender este fenómeno. Neste estudo, em particular, uma justificação possível poderá ser o facto de Não Reagir ser a dimensão do FFMQ com menor valor médio e com a pontuação liderada pelos participantes do sexo masculino, que se encontram em grande desvantagem numérica na amostra utilizada.

No que respeita à Pressão Social para Comer, apesar da análise revelar apenas relações fracas com as facetas mindfulness, são significativas. A investigação de Sala et al. (2022), corrobora estes resultados, no sentido em que refere que o desconforto gerado pela pressão e observação do outro poderá estar diretamente relacionada com défices nos processos mindfulness, nomeadamente na consciência e aceitação das emoções e respetivas reações, gerados pela hiper-atenção à perceção do outro sobre o indivíduo.

Acrescenta-se que não se observaram relações fortes com as dimensões do TAA-40 (com exceção da Preocupação com a Dieta), que incluem as facetas Descrever e Agir com Consciência, apesar de, ainda assim se revelarem significativas. Este resultado expressa-se na medida em que, à semelhança da literatura, a descrição como processo mindfulness tem tendência a apresentar relações menos robustas com sintomatologia psicopatológica associada a PAI. Os resultados das investigações tanto detetam a sua presença (e.g. Levin et al., 2014), como a sua ausência (e.g. Adams et al., 2012) de associações com a psicopatologia alimentar, o que reforça a pertinência de estudos futuros para clarificar o modo como contribui para as PAI. Contrariamente a este facto, esperava-se que a faceta Agir com Consciência revelasse uma maior expressão em relação às atitudes alimentares, uma vez que consiste num processo de auto-consciencialização dos comportamentos alimentares, das respostas emocionais, das pistas de fome e saciedade, das sensações internas e externas. A literatura tem posicionado a faceta Agir com Consciência como uma faceta mindfulness central já que promove a consciência do indivíduo para os hábitos alimentares saudáveis e para os seus comportamentos e respostas emocionais que conduzam a hábitos alimentares problemáticos (e.g. Taylor et al., 2015; Sala et al., 2022), para que, conseqüentemente, este seja capaz de os reduzir ou inibir. Assim, considera-se relevante que se conduzam mais estudos no contexto

universitário para apurar a repetição deste fenómeno entre os estudantes, bem como, se se repetir, seja possível justificá-lo e promover este processo mindfulness através de intervenções estruturadas.

No que diz respeito à análise realizada com o objetivo de perceber as diferenças nas dificuldades de regulação emocional entre indivíduos com PAI e indivíduos saudáveis, este estudo encontrou diferenças significativas na comparação dos dois grupos na generalidade das subescalas, bem como na escala total de dificuldades de regulação emocional. Assim, os resultados traduzem-se em dificuldades significativamente maiores na regulação das emoções por parte de indivíduos com PAI. Estes dados corroboram os estudos revistos neste trabalho, indicativos de que défices na regulação emocional estão intimamente envolvidos nos comportamentos alimentares disfuncionais, sintomatologia associada a PAI, bem como no desenvolvimento e manutenção deste tipo de psicopatologia (e.g. Mallorqui-Bagué et al., 2018; Mohoric T. et al., 2022).

Ao proceder à comparação dos dois grupos, concluiu-se que a dimensão Consciência foi a que revelou a diferença mais expressiva entre indivíduos com e sem diagnóstico psicopatológico. Acrescenta-se que a generalidade das dimensões demonstrou que os indivíduos com PAI apresentam uma marcada dificuldade em aceder a estratégias de regulação emocional eficazes, e que esta é substancialmente notada quando comparados a indivíduos saudáveis. Poderá interpretar-se este resultado à luz das investigações analisadas no âmbito deste estudo, já que se assemelham, e afirmar-se que indivíduos com PAI têm tendência a ter maior dificuldade em encontrar e pôr em prática estratégias eficientes e adaptativas para lidar com determinados estados emocionais. Este facto pode resultar na adoção de comportamentos alimentares problemáticos, como a ingestão impulsiva, como resposta disfuncional gerada por estratégias desadaptativas (Aldao et al., 2010).

Considera-se relevante a estruturação de programas para a população universitária que abordem estratégias de regulação emocional adaptativas e acessíveis, para que se consiga intervir o mais precocemente possível. É relevante alertar para o risco de desenvolvimento de psicopatologia que os défices nas capacidades de regulação emocional acarretam.

De um modo geral, constatou-se que ao grupo de estudantes com algum diagnóstico de PAI, correspondem maiores dificuldades na regulação emocional, tal como esperado.

Relativamente às diferenças no traço *mindfulness* entre indivíduos com PAI e indivíduos saudáveis, este estudo não encontrou diferenças significativas entre grupos, contrariamente ao esperado. No entanto, ao comparar as médias nas pontuações obtidas nas facetas *mindfulness*, é possível retirar algumas conclusões. Os indivíduos saudáveis, uma vez que obtiveram a maior pontuação na escala total do FFMQ (apesar de não ter sido significativo), apresentam uma disposição para agir de forma mais *mindful* perante a generalidade das situações nas suas vidas. Os dados empíricos encontrados ao longo desta investigação corroboram este resultado e associam indivíduos que se debatem com dificuldades ao nível de processos como a capacidade reflexiva, flexibilidade psicológica, autoconsciência, autorregulação, tendem a reagir com maior reatividade e impulsividade quando expostos a situações mais intensas (e.g. Zelazo & Lions 2012; Vanzhula & Levinson, 2020). É nestas respostas que podem surgir os comportamentos alimentares problemáticos como consequência da ausência ou défice de competências *mindful* que permitam ao indivíduo autorregular-se antes de agir.

Analisando as pontuações com atenção às facetas *mindfulness*, os resultados revelaram que a faceta Observar foi a que obteve maior pontuação em ambos os grupos. A interpretação destes resultados corrobora os resultados já encontrados em estudos anteriores que serviram de suporte para o presente trabalho – indivíduos com PAI têm tendência a adotar uma postura de atenção autocentrada que, quando presente constantemente e em grande expressão, aumenta a autocritica e os sentimentos negativos em relação ao próprio, podendo refletir-se em níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, neste caso, traduzidos em comportamentos alimentares desadaptativos (Sala et al., 2021).

Considera-se justificativo alertar para o risco de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica por parte dos indivíduos saudáveis uma vez que também obtiveram a média mais elevada na faceta Observar de entre as restantes. É então relevante sugerir a implementação de IBM com vista a desenvolver e praticar competências *mindfulness*, de modo que as restantes facetas estejam igualmente desenvolvidas e com presença expressiva na disposição do indivíduo. Esta complementaridade é importante para que o indivíduo possa aprender a adotar uma postura de atenção plena, em todas as suas vertentes, e assim evitar comportamentos alimentares desadaptativos como resposta a uma hiper-atenção negativa às experiências e percepções internas e externas do próprio.

Constatou-se, de um modo geral, que existe uma correspondência entre indivíduos com sintomatologia associada a PAI e menor disposição mindfulness, como previsto pela literatura revista.

Com vista a cumprir o último objetivo, a análise de mediação revelou resultados significativos na quase maioria das relações, o que sugere, de facto, que as dificuldades de regulação emocional desempenham um papel mediador entre as facetas mindfulness e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Globalmente, inferiu-se que os estudantes menos mindful poderão enfrentar um risco acrescido face à sintomatologia relacionada com as PAI, potenciado pela desregulação emocional.

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

Face ao elevado número de resultados significativos obtidos, optou-se por relevar e discutir apenas algumas relações para ilustrar as principais conclusões desta fase da investigação.

Os resultados indicaram que as dimensões Objetivos e Não Aceitação estavam presentes como mediadores na maioria das relações entre o mindfulness e as atitudes e comportamentos relacionados com as PAI. Este dado parece destacá-las enquanto dimensões centrais para a psicopatologia alimentar.

Contrariamente ao esperado, a Consciência apenas se revelou significativa no papel mediador no que respeita à relação entre Observar e as atitudes e comportamentos alimentares relacionados com as PAI. Era expectável que esta componente emocional apresentasse uma presença mais significativa nas restantes relações, uma vez que parece ter uma grande influência na conjectura da sintomatologia psicopatológica alimentar, como já referido ao longo deste trabalho (e.g. Aldao et al., 2010).

Relativamente às Estratégias, estas surgiram como mediador significativo nas relações entre os comportamentos e as atitudes alimentares relacionadas com PAI e Descrever, Agir com Consciência e Não Julgar. Portanto ausentes nas relações que incluíam as dimensões Não Reagir e Observar, o que infere que não exercem influência sobre essas. Assim, a dificuldade de acesso a estratégias de regulação emocional nos indivíduos parece dificultar a aplicação de competências mindfulness, estas sim tidas

como estratégias saudáveis, em relação a atitudes alimentares desadaptativas (que surgem como respostas emocionais) e que aproximam o indivíduo de uma posição vulnerável para desenvolver uma PAI.

Os Impulsos e a Clareza surgiram como mediadores significativos da maioria das relações com exceção das que incluem as dimensões Não Reagir e Observar. Particularmente, ao recordar a associação entre o comportamento bulímico e a impulsividade (Christian et al., 2020), estes indivíduos podem, por exemplo, iniciar um episódio de comer compulsivo por se sentirem incapazes de lidar com o seu estado emocional. Por outro lado, a incapacidade de identificar e aceder às emoções que estão a ser vividas, parece ter uma influência significativa na relação entre as competências mindfulness e as atitudes alimentares, nomeadamente o comportamento bulímico e o comportamento de pressão social.

Não obstante as considerações apresentadas, importa sublinhar que a maioria das relações entre as variáveis em estudo são parcialmente mediadas pelas dificuldades de regulação emocional. Isto significa que as dificuldades de regulação emocional abordadas apenas explicam uma determinada percentagem do impacto do mindfulness no comportamento alimentar. O restante poderá ser explicado através da mediação de outras variáveis não estudadas na presente investigação. Assim, sugere-se a realização de investigações mais focalizadas nestas variáveis para uma melhor compreensão da interação entre as variáveis estudadas.

Conclusão

As perturbações alimentares constituem doenças mentais que usualmente têm início na adolescência, e em variadas instâncias o processo de recuperação implica tratamento e apoio profissional intensivo. Embora as causas específicas destas perturbações ainda permanecerem desconhecidas, é de concordância geral que a presença e combinação de determinados fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, aumentam o risco de desenvolver perturbação alimentar (Alhaj O. et al., 2022). É, portanto sensato afirmar que, características psicológicas que constituem uma vulnerabilidade, quer na sua singularidade ou em interação com diversos fatores, são merecedoras de atenção clínica.

A prevalência de comportamentos alimentares disfuncionais é uma realidade cada vez mais comum nos jovens universitários, pelo que tendem a emergir dentro da faixa etária dos 18 aos 21 anos e estão associados ao aumento da mortalidade, dispêndios elevados em cuidados de saúde e redução da qualidade de vida (Daly M. & Costigan E., 2022). É por isto crucial a identificação dos fatores implicados nas PAI, de modo que sejam identificados os mecanismos determinantes do desenvolvimento ou não da perturbação (Donahue et al., 2018), e eventualmente de uma intervenção mais eficiente.

Neste sentido, procurou-se perceber o contributo das facetas *mindfulness* e da regulação emocional nas atitudes e comportamentos relacionados com PAI, numa amostra de estudantes universitários.

De um modo geral, os resultados obtidos neste estudo são congruentes com a literatura, pois sugerem que tanto o *mindfulness* como a regulação emocional são mecanismos implicados na sintomatologia característica da psicopatologia abordada.

Os resultados deste estudo demonstraram que quanto menor for o traço *mindfulness*, ou seja, quanto menor for a disposição do indivíduo para adotar uma postura *mindfulness*, maior será a sua tendência para adotar comportamentos alimentares desadaptativos. Especificamente, a componente *mindfulness* com maior destaque nesta relação foi a postura crítica e de julgamento das emoções e pensamentos, que o grupo com sintomatologia PAI tende a apresentar com maior frequência e intensidade. Este fenómeno de autculpabilização mostrou ser um fator exacerbante de comportamentos alimentares pouco saudáveis e problemáticos, que se associam fortemente a sintomatologia psicopatológica. Dado que o estado de não-julgamento está negativamente relacionado com PAI e comportamentos alimentares disfuncionais, o cultivo desta postura poderá potenciar atitudes de aceitação e autocompaixão, e surtir efeitos positivos em contexto interventivo (Turgon et al., 2019).

Em consonância com estas conclusões, a literatura revista sugere a disposição *mindfulness* como uma componente central na redução de comportamentos alimentares como a ingestão compulsiva, já que promove processos como a autoconsciência e aceitação de sensações, estados emocionais e pensamentos (Ouwens et al., 2015).

Tal como previsto por Gratz e Roemer (2004), estudantes com sintomatologia correspondente a PAI apresentam mais dificuldades de regulação emocional. Seria interessante estudar em que sentido poderão manter-se ou diferir os resultados, em relação a estados emocionais positivos e negativos e a que comportamentos alimentares tendem a associar-se.

Embora tenha sido possível responder aos objetivos inicialmente delineados, é importante reconhecer algumas limitações no presente estudo. Primeiramente, a recolha de dados exclusivamente online pode considerar-se um procedimento limitador, visto poderem existir indivíduos com dificuldade de acesso a este tipo de plataformas, ou a quem tenham surgido dúvidas que não foram esclarecidas ao longo do preenchimento. No entanto, pode constituir também um fator positivo já que permite a disseminação do instrumento, através das partilhas, de forma rápida e acessível à maioria da população alvo (jovens).

O recurso a instrumentos de autorresposta também poderá ter constituído uma desvantagem na precisão dos resultados, uma vez que estão particularmente suscetíveis a viés de seleção, pois os indivíduos podem ter respondido por se identificarem com o tema em questão.

No que concerne à amostra, foi percebida uma discrepância expressiva de sexos. Verificou-se que o número de participantes do sexo feminino era substancialmente maior em relação aos participantes do sexo masculino. Em estudos futuros, uma amostra mais equilibrada permitiria uma generalização mais segura dos resultados obtidos nas diferenças entre sexos.

Relativamente aos pontos fortes, considera-se que este trabalho prima pelo seu contributo para as investigações na área do comportamento alimentar, especificamente na abordagem da interação entre as três variáveis em estudo. Em Portugal, nomeadamente, a pouca fundamentação literária da relação entre estes três construtos, acaba por acrescentar mais valor à presente investigação, bem como o facto de ser um estudo inerente a questões a saúde.

Os resultados obtidos ressaltam a necessidade de ação junto dos estudantes universitários e a imperatividade de intervir terapêuticamente junto daqueles que apresentam comportamentos alimentares disfuncionais.

A dimensão da amostra considera-se uma vantagem, uma vez que é grande e heterogénea, com participantes de diferentes idades (dentro da faixa etária delineada) e de diferentes naturalidades e nacionalidades, oferecendo uma boa capacidade de generalização.

De um modo geral, esta investigação concluiu que, de facto, indivíduos com maiores dificuldades de regulação emocional e com menor desenvolvimento de competências mindfulness, se encontram num patamar de risco acrescido para adotar

comportamentos alimentares desajustados e, conseqüentemente, desenvolver patologias do foro alimentar. Assim, considera-se sensato afirmar que estes dois construtos podem ser considerados fatores de proteção para as PAI e que, sendo assim, poderão ser incluídos em programas de prevenção e intervenção no âmbito destas perturbações, de modo que sejam aprendidos e incluídos nas práticas diárias dos indivíduos.

Futuramente, sugere-se que, para além da disposição e das competências do indivíduo, se abordem também as questões do ambiente e da interação com o outro, e de que modo estas também poderão influenciar o desenvolvimento e manutenção de PAI. Para além disso, a implementação de programas para promover o treino de capacidades de regulação emocional e de mindfulness, no contexto universitário, parece ser uma sugestão pertinente mediante os resultados obtidos na presente investigação. Assim, os estudantes aprenderão formas saudáveis e adaptativas de lidar com o stress das novas rotinas e responsabilidades, prevenindo a adoção de estratégias de regulação pouco eficientes, como resposta a estados emocionais mais intensos, e que resultem em comportamentos alimentares problemáticos.

1. Referências Bibliográficas

- Adams, C. E., McVay, M. A., Kinsaul, J., Benitez, L., Vinci, C., Stewart, D. W., & Copeland, A. L. (2012). Unique relationships between facets of mindfulness and eating pathology among female smokers. *Eating Behaviors, 13*(4), 390-393.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, J. M., & McChesney, K. (2018). The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review. *International Journal of Educational Research, 88*, 121-145.
- Alhaj, O. A., Fekih-Romdhane, F., Sweidan, D. H., Saif, Z., Khudhair, M. F., Ghazzawi, H., ... & Jahrami, H. (2022). The prevalence and risk factors of screen-based disordered eating among university students: A global systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27*(8), 3215-3243.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., & Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

- Daly, M., & Costigan, E. (2022). Trends in eating disorder risk among US college students, 2013–2021. *Psychiatry Research*, *317*, 114882.
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, *59*(8), 700-707.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, *12*(4), 871-878.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). *Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação*. *Psychologica*, *54*, 259–279.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Reviews in Psychology*, *44*(1), 23–52. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.23>
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 357–363.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., White, J., & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Delay of gratification, psychopathology, and personality: Is low self-control specific to externalizing problems? *Journal of Personality*, *64*, 107–129. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00816.x>
- Levin, M. E., Dalrymple, K., Himes, S., & Zimmerman, M. (2014). Which facets of mindfulness are related to problematic eating among patients seeking bariatric

- surgery? *Eating Behaviors*, 15(2), 298–305.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.012>
- MacDonald, H. Z. (2021). Associations of five facets of mindfulness with self-regulation in College Students. *Psychological reports*, 124(3), 1202-1219.
- Mallorquí-Bagué, N., Vitró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ... & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61.
- Mohorić, T., Pokrajac-Bulian, A., Anić, P., Kukić, M., & Mohović, P. (2022). Emotion regulation, perfectionism, and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of cognitive eating patterns. *Current Psychology*, 1-12.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relation between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 785–795. <https://doi.org/10.1037/ccp0000011>
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851. <https://doi.org/10.1002/eat.23247>
- Sala, M., Vanzhula, I., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2022). Mindfulness and Eating Disorders: A Network Analysis. *Behavior Therapy*, 53(2), 224-239.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Shofiyah, S., & Sovitrina, R. (2022, April). The Effect of Perfectionism, Social Comparison and Gratitude on Body Dissatisfaction Among Female Students. In *3rd Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities (TICASH 2021)* (pp. 1736-1742). Atlantis Press.
- Soares, M. J., Macedo, A. F., Gomes, A. A., & Azevedo, M. H. A (2004). Versão Portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 25(1), 5-19. <https://www.researchgate.net/publication/293144178>
- Taylor, M. B., Daiss, S., & Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the

role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272-283.

Zelazo, P., & Lyons, K. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: A developmental social cognitive neuroscience perspective. *Child Development Perspectives*, 6(2), 154–160.
<https://doi.org/10.1111/j.17508606.2012.00241.x>