

**Ana Isabel Ferreira Marques de Abreu**

**A supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as perturbações da alimentação e da ingestão: O papel mediador da ingestão alimentar emocional**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal**

**Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ágata Salvador**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2021**

**Ana Isabel Ferreira Marques de Abreu**

**A supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as perturbações da alimentação e da ingestão: O papel mediador da ingestão alimentar emocional**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferida pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 18 de junho de 2021, com o Despacho de Nomeação de Júri N°143/2021, de 19 de abril de 2021, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Filipa Beato

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Santos

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2021**

## **Epígrafe**

A persistência é o caminho do êxito.

Charles Chaplin

### **Dedicatória**

À minha família, em especial aos meus pais e ao Zé, e aos meus amigos, cujo apoio foi fundamental para concluir esta etapa.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal pelo apoio constante, pela partilha de conhecimentos e por me lançar sempre novos desafios importantes e necessários para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Ágata Salvador por toda a disponibilidade e paciência no que diz respeito a todas as dúvidas que fui tendo.

Aos dois pilares mais importantes da minha vida, a minha família e os meus amigos. Um especial agradecimento aos meus pais, por me terem dado uma infância muito feliz, bem como os valores e princípios fundamentais, para ser quem sou hoje. Ao Zé, meu companheiro de viagem a dois, pela paciência, compreensão e por me ajudar sempre a acreditar que era possível.

Aos meus amigos, aos mais recentes e aos de toda a vida, por todo o apoio, boa disposição e palavras de incentivo e amizade que me deram o equilíbrio necessário para chegar até aqui.

A todos, um muitíssimo obrigada.

## Resumo

As perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) estão associadas a uma diminuição do bem-estar físico e psicológico verificando-se um aumento da sua frequência nos últimos anos. Os objetivos deste estudo foram examinar as diferenças entre homens e mulheres ao nível da supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do índice de massa corporal (IMC) e realização de dietas) e explorar a associação entre estas variáveis. Pretendeu-se também explorar o papel mediador da ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as PAI. A amostra foi constituída por 287 participantes e os dados foram recolhidos online. Os resultados demonstraram que as mulheres têm níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão) e realização de dietas, do que os homens. Verificaram-se correlações entre a supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) e fatores de vulnerabilidade para as PAI. Verificou-se também que a ingestão alimentar emocional (depressão) mediou a supressão dos pensamentos acerca da comida na insatisfação corporal, o que não aconteceu na realização de dietas, e que a ingestão alimentar emocional (raiva) mediou a supressão dos pensamentos acerca da comida na discrepância do IMC. Os dados obtidos podem contribuir para uma intervenção clínica ao nível do papel da ingestão alimentar emocional nos fatores de vulnerabilidade para as PAI.

**Palavras-Chave:** Supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional, insatisfação corporal, discrepância do IMC, realização de dietas

### **Abstract**

The eating disorders (ED) are associated to a decrease in physical and psychological well-being, with an increase in frequency in recent years. The objectives of this study were to examine the differences between men and women in terms of food thought suppression, emotional eating (depression, anxiety and anger) and vulnerability factors for ED (body dissatisfaction, discrepancy of BMI and carrying out diets) and explore the association between these variables. It was also intended to explore the mediating role of emotional eating (depression, anxiety and anger) in the relationship between food thought suppression and vulnerability factors for ED. The sample consisted of 287 participants and data were collected online. The results revealed that women have higher levels of food thought suppression, emotional eating (depression) and diets, compared to men. Correlations were found between food thought suppression, emotional eating (depression, anxiety and anger) and vulnerability factors for ED. Finally it was found that emotional eating (depression) mediated food thought suppression in body dissatisfaction, what did not happen when carrying out diets, and emotional eating (anger) mediated food thought suppression in discrepancy of BMI. Collected data can contribute to clinical intervention at the level of the role of emotional eating in the vulnerability factors for ED.

**Keywords:** Food thought suppression, emotional eating, body dissatisfaction, discrepancy of BMI, carrying out diets

### Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

% – Percentagem

$\alpha$  – Coeficiente *alpha* de Cronbach

$\eta_p^2$  – eta-quadrado parcial

$X^2$  – valor teste qui-quadrado

cont. – Continuação

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

CI – Consentimento informado

DP – Desvio-padrão

EES – *Emotional Eating Scale*

EPCV – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

e.g. – por exemplo

et al. – E outros

FTSI – *Food Thought Suppression Inventory*

IC – Intervalo de confiança

i.e. – isto é

IMC – Índice de massa corporal

$M$  – Média

$M$  – Mediador proposto

$N$  – Tamanho da amostra

$n$  – Número de sujeitos por variável

$p$  – Valor de probabilidade

PAI – Perturbações da Alimentação e da Ingestão

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

VD – Variável dependente

VI – Variável independente

WBSI – *The white bear suppression inventory*

## Índice Geral

<b>Introdução</b> .....	14
Perturbações da Alimentação e da Ingestão .....	14
Teoria da auto-objetificação e Teoria da auto-discrepância .....	15
Supressão dos pensamentos acerca da comida .....	16
Ingestão alimentar emocional .....	18
Realização de dietas .....	19
Discrepância do IMC e Insatisfação corporal .....	20
Objetivos .....	21
<b>Método</b> .....	23
Participantes .....	23
Instrumentos .....	26
Questionário sociodemográfico .....	26
Food Thought Suppression Inventory (FTSI) .....	26
Emotional Eating Scale (EES) .....	26
Discrepância do IMC .....	27
Insatisfação corporal .....	27
Realização de dietas .....	27
Procedimento .....	28
Análise Estatística .....	28
<b>Resultados</b> .....	29
<b>Discussão</b> .....	37
Diferenças entre homens e mulheres ao nível da supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional e fatores de vulnerabilidade para as PAI.....	37

Associação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a ingestão alimentar emocional e fatores de vulnerabilidade para as PAI .....	40
Associação entre a ingestão alimentar emocional e fatores de vulnerabilidade para as PAI.....	43
Associação entre os fatores de vulnerabilidade para as PAI.....	45
Papel mediador da ingestão alimentar emocional na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as PAI .....	46
Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros .....	48
Implicações do estudo .....	50
<b>Referências</b> .....	51
<b>Anexos</b> .....	i
Anevo I – Consentimento informado .....	ii
Anexo II – Questionário sociodemográfico .....	v

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas da amostra.....	24
Tabela 2. Médias, Desvio-padrão e Análise Multivariada (MANOVA) da Supressão dos pensamentos acerca da comida, Ingestão Alimentar Emocional, Discrepância do IMC e Insatisfação corporal de acordo com o género.....	31
Tabela 3. Estatísticas Descritivas e Correlações entre a Supressão dos pensamentos acerca da comida, Ingestão Alimentar Emocional, Discrepância do IMC, Insatisfação corporal e realização de dietas.....	33

## Índice de figuras

Figura 1. Modelo conceptual proposto.....	23
Figura 2. Modelo 1 que representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (depressão) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a insatisfação corporal.....	35
Figura 3. Modelo 2 que representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (raiva) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a discrepância do IMC.....	36
Figura 4. Modelo 3 que representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (depressão) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a realização de dietas.....	36

## **Introdução**

### **Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

As perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) são caracterizadas por uma perturbação persistente ao nível da alimentação ou da ingestão alimentar, acabando por resultar na alteração do consumo dos alimentos provocando um défice na saúde física ou no funcionamento psicossocial da pessoa (DSM-5). São consideradas PAI a pica, o mericismo, a perturbação da ingestão alimentar evitante/restritiva, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação da ingestão alimentar compulsiva (DSM-5). Para além das PAI, o DSM-5 considera duas outras categorias: a perturbação da alimentação e da ingestão com outra especificação e a perturbação da alimentação e da ingestão não especificada. Na primeira a pessoa apresenta sintomas de uma perturbação da alimentação ou da ingestão que causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, mas não preenche completamente os critérios de diagnóstico de nenhuma das perturbações da classe das PAI (e.g. anorexia nervosa atípica, bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada), perturbação da ingestão alimentar compulsiva (de baixa frequência e/ou duração limitada), perturbação purgativa e síndrome da ingestão noturna). A segunda é utilizada em situações em que o clínico não especifica a razão pela qual não são preenchidos os critérios de diagnóstico para as PAI, nomeadamente quando não existe informação suficiente para um diagnóstico mais específico (e.g. contextos de serviço de urgência).

As PAI estão associadas a uma diminuição do bem-estar físico e psicológico da pessoa (Kärkkäinen et al, 2018) verificando-se que, em mulheres com PAI existe uma diminuição da qualidade de vida, a nível físico e psicológico, quando comparadas com as mulheres que não têm PAI (Fairweather-Schmidt et al., 2015). Para além disto, nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a um aumento a nível mundial, da prevalência conhecida das

PAI principalmente no género feminino sendo de 3,5% no período de 2000-2006, passando para 4,9% entre 2007-2012 e para 7,8% no período de 2013-2018 (Galmiche et al., 2019).

Considerando o aumento da prevalência conhecida das PAI e o impacto a nível psicológico e físico torna-se importante estudar, no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, quais os fatores de vulnerabilidade para as PAI.

### **Teoria da auto-objetificação e Teoria da auto-discrepância**

As pressões sociais e culturais, a que as mulheres são sujeitas, para ter um corpo esteticamente perfeito e que corresponda aos ideais de beleza dominantes, foram estudadas por Fredrickson e Roberts (1997) que desenvolveram a Teoria da Objetificação. Esta teoria refere que, quando objetificadas, as mulheres são tratadas apenas como um corpo para uso e prazer dos outros (Fredrickson & Roberts, 1997) ou seja, o corpo da mulher, ou partes dele, é separado da sua pessoa, e é reduzido a um instrumento considerado capaz de a representar, como Bartky defende (citado em Fredrickson & Roberts, 1997). Uma consequência da objetificação é que, ao longo do tempo, as mulheres acabam por interiorizar a perspetiva que os outros têm de si, ou seja, acabam por se auto-objetificar, considerando que o seu valor depende do valor da sua imagem, o que pode criar vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações psicológicas como a depressão, disfunções sexuais e PAI (Fredrickson & Roberts, 1997). Esta auto-objetificação promove, por parte das mulheres, a necessidade de um maior controlo corporal, acabando por levar a uma maior vergonha corporal e ansiedade (Moradi & Huang, 2008) e a que existam discrepâncias entre aquilo que a pessoa é, e o que acha que deveria ser, ou seja, a uma vivência pessoal de auto-discrepância entre um ideal e a percepção do real.

De acordo com a teoria da auto-discrepância, há duas dimensões de auto-crenças: domínios do self (atual, ideal, deveria) e pontos de vista do self (próprio e dos outros) (Higgins, 1987). O self atual corresponde às características que a pessoa acredita ter, ou seja,

a forma como a pessoa se percebe; o self ideal refere-se às características que a pessoa desejaria ter, e o self “deveria” que corresponde ao que a pessoa acha que deveria alcançar (Higgins, 1987). A discrepância entre o self actual e o self ideal causa tristeza, insatisfação e depressão (Strauman & Higgins, 1988) verificando-se que as pessoas podem revelar mais desânimo e sentirem-se mais sozinhas quando se percebem mais longe da pessoa que desejariam ser (Barnett et al., 2017). A discrepância entre o self actual e o self “deveria” causa ansiedade, medo e nervosismo (Strauman & Higgins, 1988). A literatura sugere que entre pessoas saudáveis existe alguma distorção corporal, contudo, parece que as pessoas com PAI têm uma maior predisposição para ter percepções inapropriadas dos seus corpos, ou seja, apresentam uma maior tendência para distorcer a forma como o corpo é percebido. Esta distorção corporal resulta num aumento da auto-discrepância nesta população, que por sua vez contribui para o desenvolvimento e manutenção das PAI (Lantz et al., 2018). Esta abordagem da discrepância pode ser aplicada na explicação da insatisfação corporal, e será abordada mais tarde.

### **Supressão dos pensamentos acerca da comida**

Na população com PAI existe uma maior dificuldade em identificar e transmitir as emoções, ou seja, a prevalência de alexitimia é superior nesta população, quando comparada com a que não tem PAI (Nowakowski et al., 2013). A alexitimia não significa a ausência de emoções, uma vez que estas pessoas experienciam as mesmas emoções que qualquer outra, contudo, o que se verifica é que existe uma dificuldade em expressar as emoções e de as diferenciar de sensações físicas, acabando por resultar num mal-estar interior, maior nível de stress que conseqüentemente levam ao desenvolvimento de perturbações psicossomáticas e psíquicas incluindo as PAI (Avercheva, 2017). Assim, em pessoas com PAI, esta dificuldade em expressar emoções, e a percepção de que estas emoções são inaceitáveis e assustadoras, faz com que sejam utilizadas estratégias com o objetivo de as combater (Nowakowski et al.,

2013). Uma das estratégias utilizadas é a supressão dos pensamentos que é caracterizada pela tendência de suprimir pensamentos indesejados ou negativos embora esta supressão, ao contrário do pretendido, leve ao aumento desses pensamentos indesejados (Smith et al., 2019). Uma vez que a sua associação aos fatores de vulnerabilidade para as PAI ainda está pouco estudada, se bem que os resultados existentes apontem para a sua relevância, será considerada no presente trabalho a supressão dos pensamentos acerca da comida.

A supressão dos pensamentos acerca da comida é uma estratégia cognitiva que funciona como um fator de manutenção de PAI, pois em indivíduos com ingestão alimentar compulsiva, a supressão dos pensamentos acerca da comida é maior quando comparada com indivíduos que não têm esta PAI (Barnes et al., 2011). A supressão dos pensamentos acerca da comida é utilizada como estratégia cognitiva para regular os estados de humor indesejados (Wenzlaff & Wegner, 2000) verificando-se que em pessoas com diagnóstico de bulimia, a supressão dos pensamentos acerca da comida foi utilizada como estratégia cognitiva de regulação com o objetivo de rejeitar ou evitar estados afetivos aversivos (Lavender et al., 2009). Esta estratégia cognitiva de regulação parece também ser mais frequente em mulheres do que em homens (Barnes & Tantleff-Dunn 2010; Barnes et al., 2011) e em indivíduos que estão em dieta, onde a decisão consciente de restringir a ingestão alimentar através de uma dieta prevê níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida (Barnes & Tantleff-Dunn, 2010; Erskine & Georgiou, 2010).

Estes esforços para suprimir os pensamentos são, na maior parte das vezes, mal adaptativos e ineficientes uma vez que existe um aumento, ou efeito *rebound*, dos pensamentos indesejados quando a supressão falha (O'Connell et al., 2005). Verifica-se que as pessoas que tendem a suprimir os pensamentos negativos, comparativamente com as pessoas que não o fazem, têm uma maior pré-disposição para o desenvolvimento de perturbações emocionais, como a depressão e a ansiedade, e também a estados emocionais

negativos tais como a baixa autoestima (Borton et al., 2005). O aumento desta pré-disposição faz com que a pessoa encontre mecanismos de compensação para a reduzir, como por exemplo a ingestão alimentar emocional.

### **Ingestão alimentar emocional**

A ingestão alimentar emocional define-se como uma tendência de comer mais em resposta a um aumento das emoções negativas como a depressão, ansiedade, raiva (Arnou et al., 1995) e irritabilidade (Van Strien et al., 2009). Os estudos existentes indicam que a frequência da ingestão alimentar emocional é superior nas mulheres (Péneau et al., 2013). Num estudo transversal que incluiu 1453 participantes (45,7% eram homens e 54,3% mulheres) com média de idades de 21 anos, verificou-se que em resposta à questão “Come demais em resposta às emoções” a resposta afirmativa foi encontrada em 41,4% das mulheres e em apenas 19,4% dos homens (Lazarevich et al., 2016).

Uma maior ingestão alimentar emocional está associada a um aumento do índice de massa corporal (IMC) e a um aumento do risco de excesso de peso (Péneau et al., 2013). O mesmo defende Järvelä-Reijonen et al., (2016) que encontraram dados de que a ingestão alimentar emocional parece estar associada positivamente ao IMC, ou seja, um aumento da ingestão alimentar emocional está associado a um peso mais elevado e a um maior IMC, que estão associados a uma maior dificuldade na manutenção do peso e a uma maior probabilidade de desenvolver obesidade. Quanto maior é o IMC, mais distante a pessoa estará do IMC desejado, ou seja, uma maior ingestão alimentar emocional poderá estar associada a uma maior discrepância do IMC. Para além da discrepância IMC, verifica-se que a ingestão alimentar emocional é superior em indivíduos que já realizaram dietas ou realizam dietas atualmente (Péneau et al., 2013) e que está fortemente associada à insatisfação corporal (Johnson & Wardle, 2005).

## **Realização de dietas**

A realização de dietas está relacionada com uma série de padrões comportamentais com diferentes efeitos na alimentação e no peso corporal, podendo ser prejudicial, meramente ineficaz ou benéfica (Lowe & Timko, 2004). Esta variável é considerada no presente trabalho, não apenas quando aparece como uma alteração da alimentação com o objetivo de perda de peso, mas como quando constitui qualquer alteração ao nível da alimentação, podendo estar englobada a necessidade de perda de peso, mas também a de aumento de peso, a de aumento de massa muscular, etc., em função dos diferentes objetivos de diferentes pessoas, pois a realização de dieta, independentemente do seu objetivo, é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de PAI (Stice & Desjardins, 2018). De acordo com Stice e Desjardins (2018) existe um ciclo em que a sobrevalorização da ingestão alimentar, da forma corporal e do peso leva à realização de dietas rigorosas, que por sua vez pode levar à ingestão alimentar compulsiva, o que leva novamente à restrição alimentar, num ciclo que se auto-perpetua. Poderão existir ainda outros mecanismos compensatórios como o vómito na bulimia, tal como existe a privação alimentar na anorexia (Macpherson-Sánchez, 2015). Verifica-se que a restrição alimentar é maior quanto maior o IMC da pessoa e, habitualmente, quem está em restrição alimentar diminui a ingestão calórica, de forma a prevenir o aumento de peso, surgindo depois períodos de ingestão alimentar excessiva que poderão levar ao aumento de peso (Quick & Byrd-Bredbenner 2012; Price et al., 2015). Tal como já referido, a ingestão alimentar emocional poderá levar ao aumento da realização de dietas, contudo, o contrário também parece acontecer, ou seja, a realização de dietas parece ser um fator de risco para o desenvolvimento da ingestão alimentar emocional, podendo este valor ser mais elevado em indivíduos do género feminino, tal como referido em Van Strien et al. (2020), em que a realização de dietas predisse a ingestão alimentar emocional em indivíduos do género feminino. Em suma, a literatura indica que há uma relação de inter-influência entre a ingestão

alimentar emocional e a realização de dietas, o que tem um impacto negativo no ajustamento emocional dos indivíduos, criando vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma ou várias PAI.

### **Discrepância do IMC e Insatisfação corporal**

A teoria da auto-discrepância, descrita anteriormente, considera que a discrepância entre o self atual e o ideal pode levar a estados de humor negativos que originam comportamentos mal adaptativos no sentido de corrigir essa discrepância (Lantz et al., 2018). De facto, verifica-se que a frequência das PAI é superior quando existe uma discrepância maior entre a perceção da aparência atual e a ideal, o que é observado em pessoas que têm uma maior insatisfação com a sua imagem corporal e que idealizam uma imagem mais magra do que a que têm atualmente (Francisco et al., 2012).

De acordo com a teoria da discrepância do self aplicada à perceção corporal, a insatisfação corporal é o resultado de uma perceção desadequada entre a imagem corporal que a pessoa tem de si e a imagem corporal que gostaria de ter (Rivière et al., 2018). Num estudo feito à população portuguesa em que foi utilizado o instrumento de medida *Contour Drawing Rating Scale*, verificou-se que as mulheres eram as que apresentavam uma maior discrepância entre a aparência ideal e a aparência atual, e assim, tinham uma maior insatisfação corporal (Francisco et al., 2012).

A insatisfação corporal está presente em ambos os sexos, contudo nas mulheres está mais relacionada com padrões de magreza e nos homens com o desenvolvimento da massa muscular (Karazsia et al., 2017). A insatisfação corporal está também associada ao desenvolvimento de sintomas depressivos uma vez que as mulheres que têm maiores níveis de insatisfação corporal, tendo níveis mais elevados de sintomas depressivos quando comparadas com mulheres que estão satisfeitas com a sua imagem corporal (Jackson et al., 2014). O mesmo se verificou num estudo longitudinal, onde se avaliou a insatisfação corporal

ao fim de 5 e de 10 anos e se verificou que as mulheres que tinham níveis mais elevados de insatisfação corporal, eram também as que tinham níveis mais elevados de sintomas depressivos ao fim de 10 anos, ou seja, uma maior insatisfação corporal era preditora de sintomas depressivos mais tarde na vida. No que diz respeito ao género masculino verificou-se que, no período do final da adolescência e início da idade adulta, níveis mais elevados de insatisfação corporal prediziam um número mais elevado de sintomas depressivos, contudo, no início da adolescência e final da vida adulta verificou-se o contrário, que sintomas depressivos prediziam maiores níveis de insatisfação corporal (Sharpe et al., 2018). A literatura estabelece que a insatisfação corporal é um correlato importante de estados emocionais negativos, ainda que os processos explicativos desta associação possam ser diferentes em diferentes faixas etárias e momentos do percurso de vida.

Adicionalmente, a insatisfação corporal apresenta-se como um fator de risco para o início e manutenção de PAI (Stice et al., 2011; Westerberg-Jacobson et al., 2010) uma vez que, de forma consistente se verifica que na anorexia nervosa, e também em pessoas com bulimia e ingestão alimentar compulsiva, existem níveis de insatisfação corporal mais elevados (Stice & Desjardins, 2018).

Desta forma serão considerados, no presente trabalho, três fatores de vulnerabilidade para as PAI: a insatisfação corporal, a discrepância do IMC e a realização de dietas.

## **Objetivos**

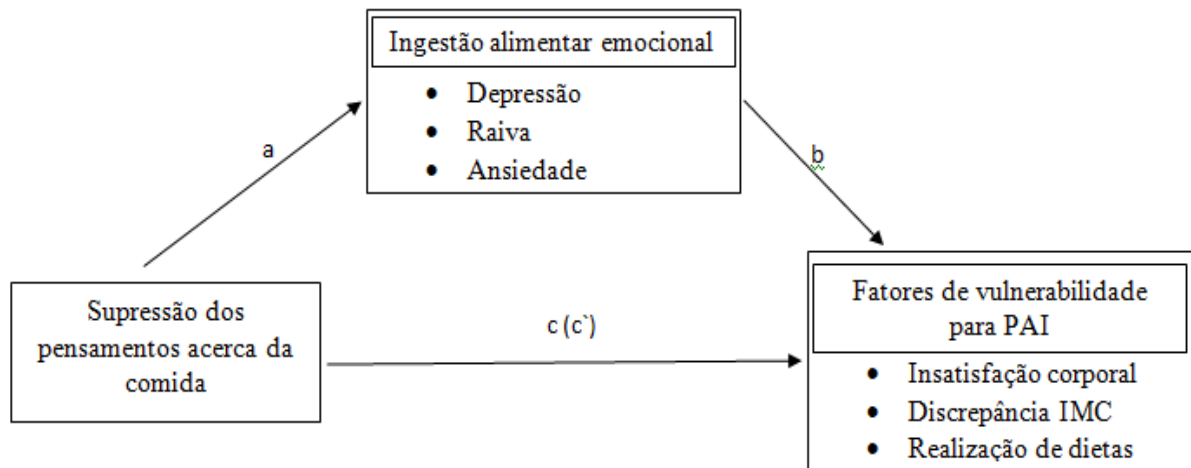
O presente trabalho foi realizado com uma amostra de adultos portugueses e tem como objetivos: 1) examinar as diferenças entre homens e mulheres ao nível da supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva), e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas); 2) explorar a associação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) e fatores de

vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas); 3) explorar o papel mediador da ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas; figura 1).

Suportada na revisão da literatura, foram testadas as seguintes hipóteses: H1) as mulheres reportam níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, raiva, ansiedade) e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas) H2a) a supressão dos pensamentos acerca da comida encontra-se positivamente associada à ingestão alimentar emocional e aos fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PAI; H2b) a ingestão alimentar emocional encontra-se positivamente associada aos fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PAI; H2c) Os fatores de vulnerabilidade para as PAI estão positivamente correlacionados entre si. Devido à inexistência de estudos empíricos que avaliem o estudo da mediação proposto, não será formulada qualquer hipótese, tendo o último objetivo um caráter exploratório.

## Figura 1

*Modelo conceptual proposto representativo do papel mediador da ingestão alimentar emocional (depressão, raiva, ansiedade) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e os fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância IMC e realização de dietas).*



*Nota.* a seta *a* representa o efeito da variável independente (VI) no mediador proposto (M); seta *b* o efeito de M na variável dependente (VD) controlando o efeito da VI; seta *c* o efeito total da VI na VD; seta *c`* o efeito direto da VI na VD após controlar o M.

## Método

### Participantes

O presente estudo tem uma amostra de 287 participantes, maioritariamente mulheres (75.6%,  $n = 217$ ), com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos ( $M = 37.85$ ;  $DP = 11.00$ ). No que concerne à escolaridade e à situação profissional, a maioria dos participantes eram licenciados (41.5%,  $n = 119$ ) e encontravam-se empregados (83.6%,  $n = 239$ ). Relativamente ao tipo de relação e à orientação sexual, a maioria dos participantes encontrava-se numa relação monogâmica (73.3%,  $n = 209$ ) e são heterossexuais (94.8%,  $n = 2$ ). No que diz respeito à realização de dietas, 215 dos participantes reportaram não fazer

dieta (74.9%) e 72 participantes faziam dieta (25.1%), sendo que 28.6% ( $n = 62$ ) das mulheres realizavam dietas e 14.3% ( $n = 10$ ) dos homens estavam em dieta. O IMC atual da amostra variou entre 15.06 e 42.24 ( $M = 25.15$ ;  $DP = 4.84$ ) e o IMC desejado variou entre 16.53 e 30.86 ( $M = 21.89$ ;  $DP = 2.65$ ), sendo em média nas mulheres 21.45 ( $DP = 2.62$ ) e nos homens 23.35 ( $DP = 2.27$ ). A maior parte dos participantes considerou que tinha IMC acima daquilo que gostariam (93%,  $n = 252$ ) e apenas 7% ( $n = 19$ ) considerou que tinha um IMC abaixo. As características sociodemográficas da amostra do presente estudo são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Caraterísticas sociodemográficas da amostra*

	Homens ( $n = 70$ , 24.4%)		Mulheres ( $n = 217$ , 75.6%)		Total ( $N = 287$ )	
	$n / M$	% / $DP$	$n / M$	% / $DP$	$n / M$	% / $DP$
Idade	39.43	12.16	37.34	10.58	37.85	11
Escolaridade						
9º ano ou equivalente	0	0	7	3.2	7	2.4
12º ano ou equivalente	20	28.6	47	21.7	67	23.3
Licenciatura	25	35.7	94	43.3	119	41.5
Mestrado	22	31.4	52	24	74	25.8
Doutoramento	1	1.4	4	1.8	5	1.7
Outro	2	2.9	13	6	15	5.2
Situação Profissional						
Estudante Ensino Secundário	0	0	1	0.5	1	0.3
Estudante Ensino Superior	4	5.7	15	6.9	19	6.6
Trabalhador-Estudante	2	2.9	5	2.3	7	2.4
Empregado	57	82.6	182	83.9	239	83.3
Desempregado	6	8.7	14	6.5	20	7

**Tabela 1**

*Caraterísticas sociodemográficas da amostra (cont.)*

	Homens ( <i>n</i> = 70, 24.4%)		Mulheres ( <i>n</i> = 217, 75.6%)		Total ( <i>N</i> = 287)	
	<i>n</i> / <i>M</i>	% / <i>DP</i>	<i>n</i> / <i>M</i>	% / <i>DP</i>	<i>n</i> / <i>M</i>	% / <i>DP</i>
<b>Tipo de Relação</b>						
Sem relacionamento íntimo	9	12.9	37	17.2	46	16.1
Relações íntimas ocasionais	10	14.3	14	6.5	24	8.4
Relação monogâmica	48	68.6	161	74.9	209	73.3
Outra	3	4.3	3	1.4	6	2.1
<b>Orientação Sexual</b>						
Heterossexual	57	81.4	215	99.1	272	94.8
Gay	10	14.3	0	0	10	3.5
Bissexual	2	2.9	1	0.5	3	1
Indefinida	1	1.4	1	0.5	2	0.7
<b>Realização de Dieta</b>						
Não estão em dieta	60	85.7	155	71.4	215	74.9
Estão em dieta	10	14.3	62	28.6	72	25.1
IMC atual	25.99	4.05	24.88	5.05	25.15	4.84
IMC desejado	23.25	2.27	21.45	2.62	21.89	2.65
Consideram que têm IMC acima	59	89.4	193	94.1	252	93
Consideram que têm IMC abaixo	7	10.6	12	5.9	19	7

Nota: existem dados omissos relativamente às variáveis idade (*n* = 1), situação profissional (*n* = 1), tipo de relação (*n* = 2) e discrepância do IMC (*n* = 16).

## **Instrumentos**

### **Questionário sociodemográfico**

Foi aplicado um questionário para recolha de dados sociodemográficos (e.g. género, orientação sexual, idade, peso e altura para cálculo do IMC, escolaridade, situação laboral, estatuto relacional atual).

**Food Thought Suppression Inventory (FTSI; Versão original: Barnes et al., 2016; Tradução e adaptação portuguesa: Pascoal et al., 2019).**

O Inventário de Supressão dos Pensamentos acerca da Comida pretende medir a supressão de pensamentos acerca da comida. A supressão dos pensamentos de uma forma geral é medida pelo questionário de auto-relato *The White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Wegner & Zanakos, 1994). Recentemente surgiu a necessidade de examinar a relação entre a supressão dos pensamentos e a ingestão alimentar e o peso, surgindo o FTSI (Hooper et al., 2012). Este instrumento é formado por 15 itens (e.g., “Eu tenho pensamentos acerca da comida que procuro evitar”) respondidos de acordo com uma escala de Likert que vai de 1 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”). Os valores podem variar entre 15 e 75, sendo que valores mais elevados indicam uma maior supressão dos pensamentos acerca da comida. A consistência interna no presente estudo foi .95.

**Emotional Eating Scale (EES; Versão original: Arnow et al., 1995; Tradução e adaptação portuguesa: Duarte e Gouveia, 2015)**

O EES é um instrumento de autorrelato que avalia a forma como as emoções têm impacto no comportamento alimentar individual. Este questionário inclui 25 itens, respondidos numa escala de Likert que varia entre 0 (“Sem desejo de comer”) e 4 (“Uma vontade aflitiva de comer”). O instrumento é formado por três subescalas: depressão (9 itens; e.g. tristeza), ansiedade (3 itens; e.g. animado) e raiva (5 itens; e.g. furioso). As respostas indicam como a pessoa se sente face a cada uma das emoções e até que ponto experienciar

essa emoção o faz comer. Para cada uma das subescalas, valores mais elevados sugerem uma maior tendência para utilizar a ingestão alimentar como resposta perante um determinado estado emocional. A consistência do instrumento para a subescala Depressão é de .91, para a subescala Ansiedade de .85 e para a subescala Raiva de .92 (Duarte & Pinto-Gouveia, 2015). No presente estudo o *alpha* de *Cronbach* para a subescala Depressão foi de .91, para a subescala Ansiedade .78 e para a subescala Raiva .91.

### **Discrepância do IMC**

A discrepância do IMC foi calculada através da diferença entre o IMC atual e o IMC desejado. No presente trabalho foram utilizados os valores absolutos uma vez que se pretendia examinar o grau em que cada participante se afastava do seu valor ideal.

### **Insatisfação corporal**

A insatisfação corporal foi avaliada através de um item criado no contexto deste estudo (“Qual o seu grau de satisfação, ou insatisfação, com a sua imagem corporal?”) sendo as respostas dadas através de uma escala de Likert que varia entre 1 (“muito insatisfeito”) e 6 (“bastante satisfeito”). Uma vez que na literatura, o nível de insatisfação corporal é mais utilizado do que a satisfação corporal, procedeu-se à inversão dos itens para que a escala de resposta variasse entre 1 (“bastante satisfeito”) e 6 (“muito insatisfeito”). Assim, utilizou-se o nível de insatisfação, em que valores mais elevados indicam maior grau de insatisfação com a imagem corporal.

### **Realização de Dietas**

A realização de dietas foi avaliada através de um item questionando se, no momento atual, o participante fazia dieta, sendo as respostas possíveis “Não” ou “Sim”.

## **Procedimento**

A recolha de dados teve início após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (EPCV, ULHT). Os dados foram recolhidos através de uma plataforma *online Qualtrics Survey Solutions* após divulgação do estudo nas redes sociais (e.g., *facebook*) a partir da rede de contactos da equipa de investigação. Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020 através de um método de amostragem não probabilística do tipo “bola-de-neve”. Para participar no estudo era necessário falar língua portuguesa como nativa e ter idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão destaca-se estar medicado/a com psicofármacos, i.e., medicamento para a ansiedade, depressão ou para outro tipo de sofrimento psicológico. Antes de participar foi solicitado aos participantes que lessem o consentimento informado (CI), onde constava informação relevante sobre o estudo e confidencialidade dos dados (Anexo I). Após a leitura do CI, os participantes poderiam indicar se queriam, ou não, prosseguir e participar no estudo.

## **Análise Estatística**

Os dados foram introduzidos e analisados utilizando o programa de análise quantitativa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.26). À exceção das variáveis sociodemográficas, os dados em falta (*missings*), aleatórios e abaixo dos 5%, foram substituídos pela média dos dados válidos. Em primeiro lugar foram calculados os valores de consistência interna para cada uma das dimensões dos instrumentos, através do *alpha* de *Cronbach*. Para o primeiro objetivo foi realizada uma análise multivariada de variância (*one-way* MANOVA) para as variáveis contínuas (i.e., supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional, discrepância do IMC e insatisfação corporal), com

recurso à correção de Bonferroni, e o teste qui-quadrado para a variável dicotómica (i.e., realização de dietas). Para interpretar o tamanho do efeito utilizou-se o eta-quadrado parcial ( $\eta_p^2$ ) e o Cramer's V, usando as recomendações de Cohen (1988). Para o segundo objetivo foram realizadas as correlações de Pearson para as variáveis de interesse (i.e., supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional, discrepância do IMC, insatisfação corporal e realização de dietas). Os coeficientes de correlação de Pearson foram interpretados com base nas recomendações de Cohen (1988). Relativamente ao terceiro objetivo, para cada um dos fatores de vulnerabilidade para as PAI (i.e., insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas), foi testado um modelo de mediação, cuja variável mediadora (i.e., uma das dimensões da ingestão alimentar emocional) foi selecionada com base na força das correlações com a respetiva variável dependente (i.e., selecionou-se a variável mais fortemente correlacionada com cada um dos fatores de vulnerabilidade para as PAI). Os três modelos de mediação foram testados com recurso à Macro PROCESS para SPSS - modelo 4, utilizando o método de reamostragem *bootstrap* (Preacher & Hayes 2008; Hayes 2013). De acordo com as recomendações de Hayes (2013), os efeitos diretos e indiretos foram considerados significativos quando os intervalos de confiança (ICs) não incluíam o valor zero.

## Resultados

Em primeiro lugar, realizou-se uma MANOVA *one-way* no sentido de perceber se existiam diferenças entre homens e mulheres nas variáveis supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (i.e., depressão, ansiedade e raiva), discrepância do IMC e insatisfação corporal (Tabela 2). Não foram detetadas violações graves aos pressupostos da MANOVA. Os resultados indicaram um efeito multivariado estatisticamente significativo da variável género no conjunto das seis variáveis em estudo (Wilk's  $\lambda = .94$ ;  $F$

(6, 280) = 3.06;  $p = .007$ ,  $\eta^2 = .06$ ). No que se refere aos efeitos univariados, e usando o ajustamento de Bonferroni ( $p < .01$ ), verificou-se a existência de diferenças significativas para as variáveis supressão dos pensamentos acerca da comida e ingestão alimentar emocional (depressão). Em concreto as mulheres reportaram níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida e ingestão alimentar emocional (depressão) comparativamente com os homens. Relativamente à realização de dietas, efetuou-se um teste qui-quadrado cujos resultados apontaram para a existência de diferenças entre homens e mulheres [ $X^2(1) = 5.01$ ,  $p = .03$ ; Cramer's  $V = .14$ ], uma percentagem maior de mulheres (28.6%) reportou realizar dietas, quando comparado com a percentagem de homens (14.3%) que realizavam dieta.

**Tabela 2**

*Médias, Desvio-padrão e Análise Multivariada da variância (MANOVA) da Supressão dos Pensamentos acerca da Comida, Ingestão Alimentar Emocional, Discrepância do IMC e Insatisfação corporal de acordo com o género*

	Mulheres ( <i>n</i> = 217)		Homens ( <i>n</i> = 70)		F	P	ηp2
	M	DP	M	DP			
Supressão dos pensamentos acerca da comida	2.07	.98	1.71	.84	7.62	.006	.026
Ingestão alimentar emocional_Depressão	2.32	1.01	1.92	.86	9.01	.003	.031
Ingestão alimentar emocional_Ansiedade	1.96	.95	2.05	1.05	.52	.471	.002
Ingestão alimentar emocional_Raiva	1.98	1.1	1.74	.96	2.81	.095	.010
Discrepância do IMC	3.57	3.30	3.05	3.14	1.34	.248	.005
Insatisfação corporal	3.63	1.51	3.34	1.48	2.08	.150	.007

\**p* < .05, \*\**p* < .01

Posteriormente realizou-se a matriz de correlações bivariadas de Pearson para examinar o padrão de associação entre as variáveis supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva), insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas (Tabela 3). Verificou-se que a supressão dos pensamentos acerca da comida estava fortemente correlacionada com a ingestão alimentar emocional (depressão e raiva) e moderadamente correlacionada com a ingestão alimentar emocional (ansiedade), sendo estas correlações positivas e estatisticamente significativas. A supressão dos pensamentos acerca da comida estava também correlacionada de forma moderada com a discrepância do IMC e com a realização de dietas, e fracamente correlacionada com a insatisfação corporal, sendo estas correlações positivas e estatisticamente significativas.

Valores mais elevados de ingestão alimentar emocional (depressão e raiva) estavam moderadamente correlacionados com uma maior discrepância do IMC e valores mais altos de ingestão alimentar emocional (ansiedade) estavam fracamente correlacionados com uma maior discrepância do IMC, sendo estas correlações estatisticamente significativas. A ingestão alimentar emocional (depressão e ansiedade) estava fracamente correlacionada com a realização de dietas e a ingestão alimentar emocional (depressão e raiva) estava fracamente correlacionada com a insatisfação corporal, sendo estas correlações positivas e estatisticamente significativas.

Verificou-se também que a discrepância do IMC estava moderadamente correlacionada com a insatisfação corporal e fracamente correlacionada com a realização de dietas, sendo estas correlações positivas e estatisticamente significativas. Por fim verificou-se que, quanto maior foi a realização de dietas, maior a insatisfação corporal sendo esta correlação fraca e estatisticamente significativa.

**Tabela 3**

*Estatísticas Descritivas e Correlações entre a Supressão dos Pensamentos acerca da Comida, Ingestão Alimentar Emocional, Discrepância do IMC, Insatisfação Corporal e Realização de Dietas*

	1	2	3	4	5	6	M	DP	A
1. Supressão dos pensamentos acerca da comida	-						1.98	.96	.95
2. Ingestão alimentar emocional_Depressão	.55**						2.22	.99	.91
3. Ingestão alimentar emocional_Ansiedade	.35**	.48**					1.98	.98	.78
4. Ingestão alimentar emocional_Raiva	.53**	.77**	.54**				1.92	.07	.91
5. Discrepância do IMC	.40**	.30**	.22**	.40**			.07	.26	
6. Realização de dietas	.34**	.22**	.12*	.17	.27**		.25	.43	
7. Insatisfação corporal	.28**	.26**	.07	.19**	.39**	.19**			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Por último, procurou-se testar 3 modelos de mediação em que o modelo 1 foi constituído pelo indicador insatisfação corporal, como variável dependente, e pelo mediador ingestão alimentar emocional (depressão); o modelo 2 pelo indicador discrepância do IMC, como variável dependente, e pelo mediador ingestão alimentar emocional (raiva) e o modelo 3 formado pelo indicador realização de dietas, como variável dependente, e pelo mediador ingestão alimentar emocional (depressão). A dimensão da ingestão alimentar emocional incluída como mediador em cada um dos modelos foi selecionada com base na força das correlações com cada um dos indicadores, quando comparados com as restantes dimensões da ingestão alimentar emocional.

O modelo 1 procurou testar o papel mediador da ingestão alimentar emocional (depressão) na relação entre supressão dos pensamentos acerca da comida e a insatisfação corporal. Verificou-se que a supressão dos pensamentos acerca da comida teve um efeito estatisticamente significativo na ingestão alimentar emocional (depressão) ( $\beta = .57$ , IC [.47, .67],  $p = .00$ ), assim como a ingestão alimentar emocional (depressão) teve um efeito estatisticamente significativo na insatisfação corporal ( $\beta = .23$  IC [.03, .44],  $p = .023$ ). Para além disso verificou-se que a supressão dos pensamentos acerca da comida teve um efeito direto estatisticamente significativo na insatisfação corporal ( $\beta = .30$ , IC [.09, .51],  $p = .005$ ). Verificou-se ainda um efeito indireto estatisticamente significativo ( $\beta = .13$ , IC [.01, .26]).

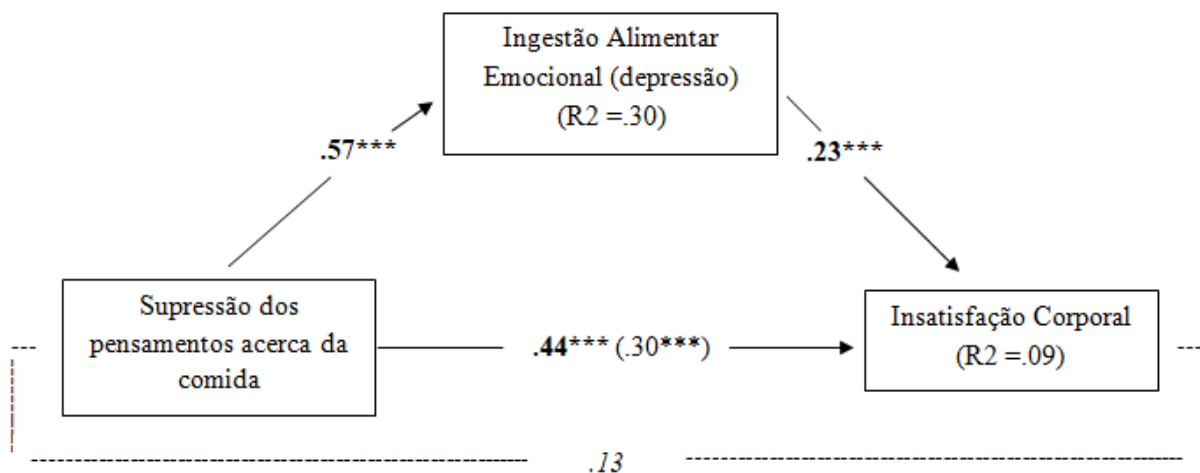
O modelo 2 procurou testar o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (raiva) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a discrepância do IMC. Verificou-se que a supressão dos pensamentos acerca da comida teve um efeito estatisticamente significativo na ingestão alimentar emocional (raiva) ( $\beta = .59$  IC [.48, .7],  $p = .00$ ), e que esta teve um efeito direto estatisticamente significativo na discrepância do IMC ( $\beta = .78$ , IC [.41, 1.15],  $p = .00$ ). Verificou-se também que a supressão dos pensamentos acerca da comida teve um efeito direto estatisticamente significativo na discrepância do IMC

( $\beta = .90$  IC [.48, 1.32]  $p = .00$ ). O efeito indireto mostrou ser estatisticamente significativo ( $\beta = .46$ ; IC [.20, .75]).

Por fim o modelo 3 procurou testar em que medida a ingestão alimentar emocional (depressão) mediou a relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a realização de dietas. Os resultados sugeriram que a supressão dos pensamentos teve um efeito direto estatisticamente significativo na ingestão alimentar (depressão). Contudo a ingestão alimentar emocional (depressão) não teve um efeito direto estatisticamente significativo na variável realização de dietas ( $\beta = .14$  IC [-.18, .46],  $p = .40$ ). Já a supressão dos pensamentos demonstrou ter um efeito direto estatisticamente significativo na realização de dietas ( $\beta = .70$  IC [.36, 1.03],  $p = .00$ ). Os resultados sugerem ainda que o efeito indireto não foi significativo ( $\beta = .08$  IC [-.11, .26]), apontando para a inexistência de um efeito mediador.

## Figura 2

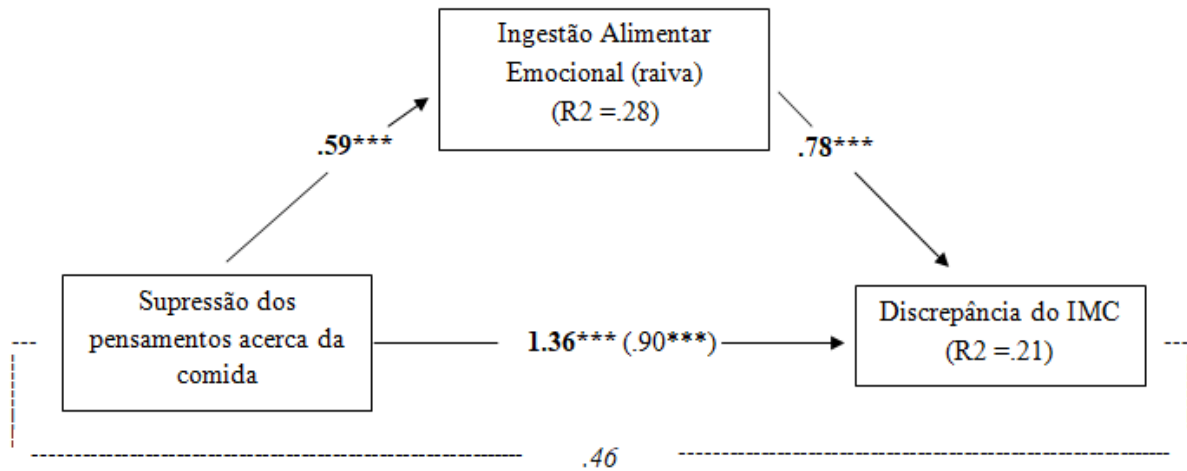
*O modelo 1 representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (depressão) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a insatisfação corporal*



*Notas.* Os valores a negrito representam coeficientes não estandardizados para os efeitos diretos; o valor entre parêntesis representa o efeito direto da VI na VD depois de controlar o mediador, o valor em itálico representa o coeficiente não estandardizado para efeitos indiretos.  $p = .13$  \*\*\* $p < .001$ ; o efeito indireto foi estatisticamente significativo IC [.01/.26].

### Figura 3

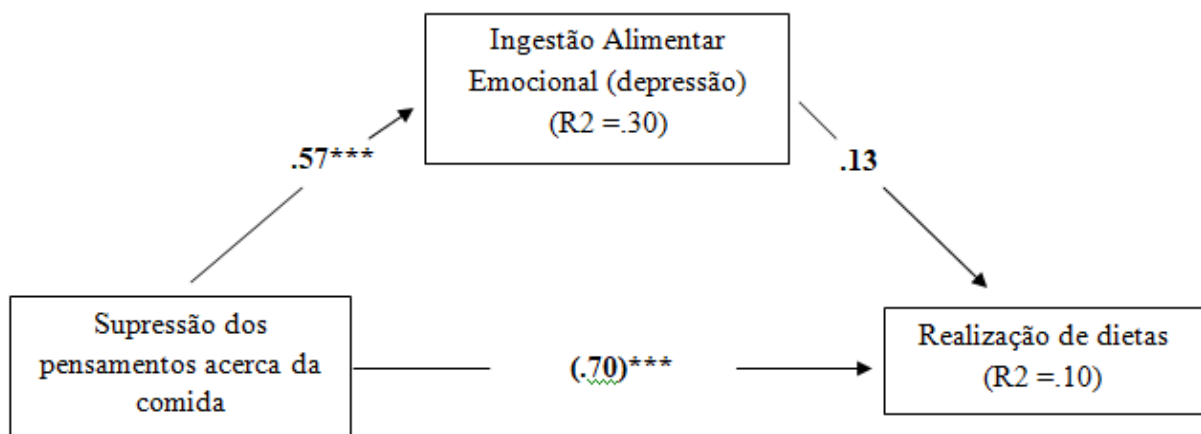
O modelo 2 representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (raiva) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a discrepância do IMC



Notas. Os valores a negrito representam coeficientes não estandardizados para os efeitos diretos; o valor entre parêntesis representa o efeito direto da VI na VD depois de controlar o mediador, o valor em itálico representa o coeficiente não estandardizado para efeitos indiretos.  $p = .46$  \*\*\* $p < .0001$ ; o efeito indireto foi estatisticamente significativo em 95% IC [.20/.75].

### Figura 4

O modelo 3 representa o efeito mediador da ingestão alimentar emocional (depressão) na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a realização de dietas



*Notas.* Os valores a negrito representam coeficientes não estandardizados para os efeitos diretos;  $p = .70$  \*\*\* $p < .0001$ ; o efeito indireto não foi estatisticamente significativo em 95% IC [-.11/.26]. Neste modelo, uma vez que a variável realização de dietas se trata de uma variável dicotómica, não foi possível obter o valor do efeito total, considerando-se o valor de Cox & Snell.

## **Discussão**

No presente estudo pretendeu-se examinar as diferenças entre homens e mulheres nas variáveis supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas) e também perceber qual a associação que estas variáveis tinham entre si. Para além disso pretendeu-se explorar a relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e os fatores de vulnerabilidade para as PAI e examinar a influência da ingestão alimentar emocional (depressão, ansiedade e raiva) nesta relação. Para concretizar estes objetivos foram testadas as hipóteses referidas anteriormente.

### **Diferenças entre homens e mulheres ao nível da supressão dos pensamentos acerca da comida, ingestão alimentar emocional e fatores de vulnerabilidade para as PAI**

Os resultados do presente trabalho confirmam a hipótese formulada para a supressão dos pensamentos acerca da comida, a ingestão alimentar emocional (depressão) e a realização de dietas, uma vez que estas variáveis revelam ser mais frequentes nas mulheres comparativamente com os homens.

Relativamente à supressão dos pensamentos acerca da comida, esta é utilizada como estratégia cognitiva de regulação, mais frequentemente pelas mulheres (Van Gucht et al., 2014). Contudo esta hipótese não está na linha do proposto por Barnes et al. (2013a) uma vez

que não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito à supressão dos pensamentos acerca da comida. A diferença nos nossos resultados comparativamente ao estudo de Barnes et al. (2013a) pode ser explicada pelo facto de a amostra de Barnes et al. (2013a), ao contrário da amostra do presente estudo, ser constituída por participantes que cumpriam o critério de diagnóstico para a ingestão alimentar compulsiva. De facto existe uma associação forte entre a ingestão alimentar compulsiva e a supressão dos pensamentos acerca da comida (Nikčević et al., 2017), o que explica que esta população, independentemente do sexo, tenha uma maior tendência para suprimir os pensamentos acerca da comida.

As mulheres, quando comparadas com os homens, são sujeitas a uma maior estigmatização do peso (Boswell & White, 2015; Schvey et al., 2013) e também a uma maior internalização das experiências estigmatizantes (Boswell & White, 2015). Estes fatores levam a que, por parte das mulheres, exista o desenvolvimento de atitudes negativas relacionadas com o peso, que estão associadas a sintomas depressivos e a uma maior restrição alimentar (Boswell & White, 2015). Ou seja, esta maior tendência para reportar atitudes negativas, (Davis et al., 2012) que acabam por influenciar o comportamento alimentar (Thompson, 2015) explica a maior tendência para as mulheres restringirem a ingestão alimentar com o objetivo de controlar o peso (Burnette et al., 2017; Lemon et al., 2009; Van Gucht et al., 2014) e que, para além disso, as atitudes negativas ao estarem associadas a sintomas depressivos (Boswell & White, 2015) e à ingestão alimentar emocional (Leehr et al., 2015) explicam porque é que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional (Van Gucht et al., 2014) no presente trabalho, nomeadamente na subescala depressão.

No que diz respeito às variáveis insatisfação corporal e discrepância do IMC os resultados obtidos não foram consistentes com as hipóteses, uma vez que não foram observadas diferenças entre homens e mulheres nestas duas variáveis.

Relativamente à insatisfação corporal, esta não é superior nas mulheres, quando comparada com os homens (Dye, 2016) contudo o presente estudo e o realizado por Dye (2016) são formados por amostras pequenas, o que ao influenciar o poder estatístico, acabam por não demonstrar diferenças entre os sexos. Assim, contrariamente a estes dois estudos, verifica-se que, quando a amostra é maior, é confirmada a existência de uma maior insatisfação corporal nas mulheres, comparativamente com os homens (Von Lengerke et al., 2012; Quittkat et al., 2019).

A teoria da auto-objetificação, que considera que os padrões culturais fazem com que as mulheres vejam os seus corpos como objetos e que sintam vergonha quando não atingem os padrões culturais pretendidos (McKinley, 1998), está associada a inúmeros efeitos negativos ao nível do bem-estar psicológico (Daniel et al., 2020) nomeadamente níveis elevados de discrepância entre o peso atual e o peso ideal, mais frequentes em mulheres do que em homens (Argyrides & Sivitanides, 2017; McKinley, 1998). A diferença de resultados do presente estudo e dos existentes na literatura poderá dever-se às idades da população em estudo, uma vez que no presente estudo a média de idades é de 37.85, em Mckinley (1998) é de 18.79 anos e em Argyrides e Sivitanides (2017) é de 15.24 anos. De facto a adolescência é caracterizada por um período de grandes mudanças a nível físico, hormonal, neurológico e comportamental (Kahumoku et al., 2011), que o tornam um período propício ao aumento da objetificação corporal (Daniels et al., 2020). Este facto pode explicar porque é que nos estudos com adolescentes existe uma maior discrepância, ao passo que tal não se aplica no presente estudo. Interessa também saber que, para além dos fatores negativos, existem também fatores que protegem as mulheres da auto-objetificação nomeadamente o

*embodiment* descrito como a “experiência perceptiva do compromisso do corpo no mundo” como Merleau-Ponty (citado por Gattario et al., 2020) e que é formado por cinco dimensões: conexão e conforto, agência e funcionalidade, experiência e expressão de desejo, compromisso em práticas de autocuidado e resistência à objetificação (Piran, 2016). De acordo com Piran (2016) verifica-se que as mulheres mais velhas (50-68 anos) têm experiências mais positivas de *embodiment* quando comparadas com as de 20-27 anos e com as adolescentes de 9-14 anos. Este fator protetor, mais elevado nas mulheres mais velhas, pode igualmente explicar porque é que não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres no presente trabalho.

#### **Associação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a ingestão alimentar emocional e fatores de vulnerabilidade para as PAI**

Os resultados do presente trabalho confirmam o que está descrito na literatura, uma vez que se verificou que a supressão dos pensamentos acerca da comida está fortemente correlacionada com a ingestão alimentar emocional (depressão e raiva) e moderadamente correlacionada com a ingestão alimentar emocional (ansiedade). Assim, níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional estão associados a níveis mais altos de supressão dos pensamentos acerca da comida uma vez que, indivíduos que experienciam maiores níveis de ingestão alimentar emocional demonstram maior dificuldade em se conectar com as suas emoções (Van Gucht et al., 2014). Considerando que, de acordo com os pressuposto teóricos que estão na base do desenvolvimento da *Emotional Eating Scale* e que indicam que o facto de a pessoa experienciar determinadas emoções a leva a comer de determinada forma, a correlação forte com a subescala depressão é assim confirmada pela literatura, uma vez que a supressão dos pensamentos acerca da comida está relacionado com estados depressivos (Barnes et al., 2013b).

No que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade para as PAI verificou-se que os resultados do presente trabalho foram consistentes com a hipótese formulada uma vez que, a supressão dos pensamentos acerca da comida esteve moderadamente associada à realização de dietas e à discrepância do IMC e fracamente associada à insatisfação corporal.

De acordo com Peterson (2008) indivíduos que se encontravam a fazer dieta reportaram níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida do que os indivíduos que não se encontravam a fazer dieta. Contudo, num estudo transversal desenvolvido por Barnes et al. (2013b), verificou-se que a supressão dos pensamentos acerca da comida estava associada a preocupações com a comida, com a forma corporal e com o peso corporal, mas não estava associada à restrição alimentar, o que contraria os resultados obtidos no presente trabalho. A diferença nos resultados pode estar relacionada com diferenças na amostra uma vez que, Barnes et al. (2013b) utilizaram uma amostra formada exclusivamente por mulheres e por uma população clínica de pacientes que estavam a realizar tratamento para obesidade e com critérios de diagnóstico para a ingestão alimentar compulsiva. Por seu lado, Peterson (2008) utilizou uma amostra com excesso de peso assim como o presente estudo, em que foi utilizada uma amostra com uma média de IMC correspondente ao excesso de peso e que não tinham critérios de diagnóstico para PAI. Para além disso também existem diferenças ao nível das medidas utilizadas. Assim, o estudo de Barnes et al. (2013b) utilizou apenas 11 itens do FTSI, ao contrário do presente estudo que utilizou todos os 15 itens da escala, e para além disso, a restrição alimentar foi obtida através do questionário *The Eating Disorder Examination* (EDE) e não pela questão “Atualmente faz dieta” utilizada no presente estudo.

Tanto quanto se saiba não existem estudos que relacionem a supressão dos pensamentos acerca da comida com a discrepância do IMC e com a insatisfação corporal. Contudo, no que diz respeito à discrepância do IMC, poder-se-á considerar que, quanto maior

o IMC da pessoa, mais longe a pessoa estará do seu peso desejado, o que acaba por levar a uma maior discrepância do IMC. Partindo deste pressuposto, é interessante referir um estudo transversal, realizado em adolescentes com idades entre os 12 e 18 anos, divididos em dois grupos, obesos e normoponderais, em que se verificou que a supressão dos pensamentos acerca da comida apenas se observou no grupo das pessoas com obesidade e com restrição alimentar (Soetens & Braet, 2006). Tal como referido anteriormente, seria expectável que o grupo com restrição alimentar apresentasse níveis mais elevados de supressão dos pensamentos acerca da comida. O facto do presente estudo não ser constituído por um número elevado de pessoas com obesidade, encontrando-se a média do IMC no limiar inferior do excesso de peso ( $M = 25.15$ ), pode explicar a correlação moderada entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e a discrepância do IMC, uma vez que a supressão dos pensamentos acerca da comida é mais prevalente em indivíduos que apresentam um IMC mais elevado (Israel et al., 1985; Soetens & Braet, 2006).

Tal como referido anteriormente, e possivelmente por ser um constructo recente, não foi encontrada literatura que correlacionasse a supressão dos pensamentos acerca da comida com a insatisfação corporal. Contudo, considerando que o instrumento de medida da supressão dos pensamentos acerca da comida (FTSI) é baseado no instrumento que mede a supressão dos pensamentos (WBSI), verificou-se que, complementando os resultados do presente estudo, em Ferreira et al. (2015) foi encontrada uma associação positiva, mas fraca, entre a supressão dos pensamentos e a insatisfação corporal. Todavia, de acordo com os autores, é importante perceber que o efeito da supressão dos pensamentos na predição das PAI é mais elevada quando a insatisfação corporal é maior e assim, para o mesmo nível de insatisfação corporal, as pessoas que apresentam maior tendência para suprimir os pensamentos apresentam uma maior severidade ao nível das PAI, quando comparados com os que têm baixos níveis de supressão dos pensamentos. Estes dados são interessantes para

estudos futuros uma vez que estas duas variáveis, quando tidas em conjunto, têm um impacto maior ao nível das PAI. Num outro estudo transversal, realizado por Barrington e Jarry (2019) com 248 participantes do género feminino com média de idades de 20 anos em que se pretendeu estudar um modelo de mediação entre a intervenção clínica mindfulness, a supressão dos pensamentos e a insatisfação corporal, com o IMC como covariante. Verificou-se que a maior supressão dos pensamentos estava associada a uma maior insatisfação corporal em todos os modelos de mindfulness exceto num dos modelos, o do não julgamento, caracterizado pela capacidade de prestar atenção a experiências internas sem as avaliar. Ou seja, para este modelo ser eficaz na diminuição da supressão dos pensamentos com consequente aumento da satisfação corporal, a tendência para não julgar experiências internas deveria ser estendida para o objeto que está a ser experienciado, isto é, a aparência do próprio (Barrington & Jarry, 2019).

### **Associação entre a ingestão alimentar emocional e fatores vulnerabilidade para as PAI**

Os resultados do presente trabalho demonstraram a existência de uma correlação entre a ingestão alimentar emocional e a discrepância do IMC sendo esta correlação moderada para a ingestão alimentar emocional relacionada com a depressão e a raiva, e fraca para a ingestão alimentar emocional relacionada com a ansiedade. No que diz respeito à literatura existente não foram encontrados estudos que relacionem a discrepância do IMC e a ingestão alimentar emocional. Contudo, tal como já referido, quanto mais elevado for o peso da pessoa, provavelmente maior será a sua discrepância do IMC, e assim, com base nesta premissa, poderá ser interessante a pesquisa de literatura que relacione um peso elevado com a ingestão alimentar emocional. Num estudo longitudinal realizado por Koenders e Van Strien (2011) verificou-se que metade da população em estudo ganhou peso e a restante perdeu ou manteve, concluindo-se que níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional estavam

associados aos participantes que tinham ganho peso. Num outro estudo longitudinal, realizado por Konttinen et al. (2019), verificou-se que a ingestão alimentar emocional e a depressão estavam positivamente associadas, e que estas duas variáveis prediziam um aumento do IMC e do perímetro abdominal ao longo de sete anos, sendo que os efeitos da depressão ao nível do IMC e no perímetro abdominal foram mediados pela ingestão alimentar emocional. Estas conclusões podem explicar os resultados obtidos no presente estudo, uma vez que uma das subescalas da ingestão alimentar emocional, que teve uma correlação moderada com a discrepância do IMC, foi a depressão.

No que diz respeito à correlação da ingestão alimentar emocional com a insatisfação corporal e com a realização de dietas, os resultados obtidos no presente estudo revelaram que estas correlações foram fracas, com exceção da ingestão alimentar emocional (raiva) na realização de dietas e a ingestão alimentar emocional (ansiedade) na insatisfação corporal. A amostra do presente estudo não é formada por uma grande quantidade de participantes obesos, uma vez que o seu IMC médio se encontra no limiar inferior do excesso de peso, ou seja, muitíssimo perto do intervalo de normalidade. Este facto pode explicar os resultados obtidos, considerando que, em estudos realizados numa população obesa, se verificou que a satisfação corporal predizia a ingestão alimentar emocional (Annesi et al., 2016). Já no que diz respeito à realização de dietas, num estudo longitudinal realizado com uma amostra de participantes com obesidade e a frequentar programas de perda de peso, verificou-se que é fundamental a redução da ingestão alimentar emocional para que exista uma perda de peso. Estes dados confirmam, assim, a existência de uma correlação da insatisfação corporal e da realização de dietas, com a ingestão alimentar emocional mas quando se trata de populações com obesidade.

### **Associação entre os fatores de vulnerabilidade para as PAI**

No presente trabalho verificou-se, tal como hipotetizado, que existe uma associação moderada entre a discrepância do IMC e a insatisfação corporal, ou seja, uma maior discrepância do peso corporal, obtida pelo valor absoluto da diferença entre o peso ideal e o peso atual, está associada a uma maior insatisfação corporal (Anton et al., 2000; Arroyo, 2014; Kim & Damhorst, 2010). Assim, quando existe uma grande valorização da forma e do peso corporal por parte da pessoa e esta é acompanhada por uma grande discrepância entre o corpo percebido e o corpo ideal, verifica-se que existe uma maior insatisfação corporal (Lantz et al., 2018).

Os dados obtidos revelaram uma associação fraca entre a discrepância do IMC e a realização de dietas verificando-se também em Lantz et al. (2018) que, uma maior discrepância no peso corporal está associada a uma maior restrição alimentar. O mesmo foi verificado num estudo realizado em homens, que foram divididos em três grupos de acordo com o IMC (peso normal, excesso de peso, e obesidade), em que se verificou que os homens com IMC mais baixo tinham maiores níveis de satisfação corporal comparativamente com os homens com excesso de peso e obesidade, que revelaram uma maior tendência em utilizar estratégias com o objetivo de alteração corporal, como por exemplo a realização de dietas (McCabe & McGreevy, 2011).

No que diz respeito à realização de dietas e à insatisfação corporal verificou-se a existência de uma correlação fraca. Os resultados do presente estudo não vão de encontro ao que refere a literatura uma vez que, de acordo com Mohorko et al. (2018) a realização de dietas está associada, inclusivamente, a uma maior satisfação corporal. Contudo, o estudo de Mohorko et al. (2018) é formado por uma população obesa que realizou um programa de perda de peso, através da utilização de dietas cetogénicas, amplamente utilizadas atualmente no tratamento da obesidade. O facto da população do presente estudo ter uma média de IMC

no limiar inferior do excesso de peso e também não terem sido definidos critérios para aquilo que é a realização de dietas, podem explicar a correlação fraca e a diferença dos resultados deste estudo, comparativamente com a literatura.

### **Papel mediador da ingestão alimentar emocional na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as PAI**

De acordo com as pesquisas desenvolvidas, este é o primeiro trabalho realizado que estuda o papel mediador da ingestão alimentar emocional na relação entre a supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as PAI (insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas). Para o estudo das mediações foram formados três modelos anteriormente descritos.

No primeiro modelo verificou-se que a ingestão alimentar emocional (depressão) explicou 30% da variância na insatisfação corporal e que estava positivamente associada à insatisfação corporal. Assim, os resultados do presente estudo sugerem que a ingestão alimentar emocional (depressão) medeia a supressão dos pensamentos acerca da comida na insatisfação corporal, indicando que níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional (depressão), em indivíduos com supressão dos pensamentos acerca da comida, explicam níveis mais elevados de insatisfação corporal.

A supressão dos pensamentos acerca da comida (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010) e a ingestão alimentar emocional (Evers et al., 2010) são utilizadas como estratégias cognitivas de regulação mal-adaptativas e que, tal como já referido ao longo do trabalho, ao contrário do pretendido, muitas vezes têm um efeito *rebound*, ou seja, promovem o aumento dos pensamentos e emoções indesejados (Yap & Tong, 2009). Tal como já analisado verificou-se que, separadamente a supressão dos pensamentos acerca da comida e a ingestão alimentar emocional (depressão), estão fracamente relacionadas com a insatisfação corporal. Este modelo propõe que, para uma população com excesso de peso, as duas estratégias cognitivas

de regulação, ao estarem presentes, irão aumentar a insatisfação que a pessoa tem em relação ao seu corpo.

No segundo modelo verificou-se que a ingestão alimentar emocional (raiva) explicou 28% da variância na discrepância do IMC e que estava positivamente associada à discrepância do IMC. Assim, os resultados do presente estudo sugerem que a ingestão alimentar emocional (raiva) medeia a supressão dos pensamentos acerca da comida na discrepância do IMC, indicando que níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional (raiva) em indivíduos com supressão dos pensamentos acerca da comida podem explicar níveis mais elevados de discrepância de IMC. Contudo os mesmos resultados não foram encontrados por Schneider et al. (2010) uma vez que verificaram que em indivíduos obesos, que possivelmente têm uma maior discrepância do IMC, a emoção raiva não estava associada à ingestão alimentar emocional. Mais uma vez a amostra tem um papel importante na comparação com outros estudos, pois as diferenças nos resultados podem dever-se ao facto da população do presente estudo não ser constituída por um número elevado de pessoas com obesidade. Assim, uma vez que quanto mais elevado é o IMC, maior é a prevalência de ansiedade e de depressão (Fox et al., 2016), este facto pode explicar que, mediante o IMC da pessoa, as emoções adjacentes à ingestão alimentar emocional também podem ser diferentes. Deste modo, e de acordo com o presente estudo, a ingestão alimentar emocional (raiva) é utilizada como estratégia cognitiva de regulação numa amostra com um ligeiro excesso de peso, todavia, será interessante a aplicação deste modelo numa população com obesidade para perceber se as subescalas da ansiedade e depressão da ingestão alimentar emocional atuam como mediadoras desse modelo.

O último modelo demonstrou que a ingestão alimentar emocional (depressão) não estava associada positivamente à realização de dietas, ou seja, os resultados do presente estudo sugerem que a ingestão alimentar emocional (depressão) não medeia a supressão dos

pensamentos acerca da comida na realização de dietas. Anteriormente verificou-se que, quando existe supressão dos pensamentos acerca da comida, as pessoas tendem a realizar dietas porém, este modelo demonstrou que quando a amostra tem ingestão alimentar emocional (depressão), a relação da supressão dos pensamentos acerca da comida com a dieta deixa de existir. Mais uma vez o facto da população do presente estudo não ter grande variabilidade acaba por poder ter influência nos resultados. De facto a aplicação deste modelo numa população com obesidade seria interessante, uma vez que, quanto maior o IMC, maior é a ingestão alimentar emocional e, para além disto, esta população utiliza a ingestão alimentar emocional como estratégia de coping perante estados negativos, nomeadamente a sintomatologia depressiva (Lazarevich et al., 2016). Ou seja, possivelmente se este modelo fosse aplicado numa população com um IMC mais elevado, níveis mais elevados de ingestão alimentar emocional (depressão) em indivíduos com supressão dos pensamentos acerca da comida poderiam explicar níveis mais elevados de realização de dietas.

Considerando estes modelos e o papel mediador da ingestão alimentar emocional para o desenvolvimento de fatores de vulnerabilidade para as PAI, é importante referir que pessoas que têm uma maior suscetibilidade para ingestão alimentar emocional podem beneficiar de intervenções que promovam estratégias de regulação das emoções (Kontinen, 2020). Para além disso a literatura sugere que intervenções que promovam estilos de vida saudáveis ao nível do sono e da atividade física, são também importantes estratégias para promover padrões de alimentação saudáveis (Kontinen, 2020).

### **Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros**

O presente trabalho encontra algumas limitações. Em primeiro lugar o desenho do estudo que, tratando-se de um estudo transversal, não permite perceber quais foram as causas que levaram aos resultados obtidos nas associações realizadas. A amostra também é limitativa uma vez que foi recolhida através de uma plataforma online cujo número total de

participantes é reduzido e, para além disso, a distribuição não é homogénea, verificando-se que é constituída por muito mais mulheres do que homens. Estes fatores colocam em causa uma possível generalização dos resultados.

No que diz respeito às medidas utilizadas no presente trabalho, uma das limitações é o facto de ser um questionário de autorresposta, em que muitas vezes a forma como os participantes respondem poderá estar associada a uma desejabilidade social. No que diz respeito ao FTSI este não se encontra validado para a língua portuguesa o que significa que pode haver um viés nos resultados obtidos. Para além disso, o facto de ser um instrumento recente pode explicar a pouca literatura existente no que diz respeito à supressão dos pensamentos acerca da comida tendo-se muitas vezes utilizado, para a pesquisa bibliográfica, o WBSI que mede a supressão dos pensamentos de uma forma mais generalizada.

A insatisfação corporal foi medida através da pergunta “Qual o seu grau de satisfação ou insatisfação com a sua imagem corporal”, contudo, a utilização do *Contour Drawing Rating Scale* teria sido interessante para complementar estes dados, uma vez que tinha sido possível avaliar o nível de insatisfação corporal através de um indicador mais intuitivo e poderia permitir uma maior fiabilidade nas respostas, pelo que a aplicação deste instrumento em estudos futuros seria interessante.

Uma outra limitação é o facto de não terem sido efetuadas medições no que diz respeito ao peso e altura dos participantes, o que coloca em causa a veracidade dos valores e consequentemente, a variável discrepância do IMC. Assim sendo, para contornar esta situação, teria sido interessante selecionar uma amostra, por exemplo da faculdade, em que fosse possível proceder-se a realização das medidas antes da aplicação do questionário. Assim sendo, será interessante a medição do peso e altura em estudos futuros.

No que diz respeito à variável realização de dietas apenas foi perguntado aos participantes se faziam dieta ou não, não tendo sido considerado o motivo pelo qual estavam

a fazer dieta. Interessa assim, em estudo futuros, perceber quais os motivos que levam os participantes a realizar dietas como aumento de peso, manutenção, estilo de vida saudável, perda de peso, aumento de massa muscular etc. uma vez que, motivos diferentes para realizar dieta, podem dar origem a resultados diferentes. Por último, a distribuição da variável peso tem pouca variabilidade, o que dificulta a generalização de resultados para populações com obesidade e, assim, será interessante a aplicação do presente estudo numa amostra com maior número de participantes e com maior variabilidade de peso corporal, nomeadamente para o estudo dos modelos de mediação neste tipo de população.

### **Implicações do estudo**

Apesar das limitações supra referidas, o estudo revelou dados interessantes que podem contribuir para uma intervenção clínica, especificamente ao nível de populações vulneráveis (e.g., adultos com excesso de peso), embora a amostra não seja clínica, nomeadamente no papel da ingestão alimentar emocional nos fatores de vulnerabilidade para as PAI. Ao nível da investigação o presente estudo revelou ser inovador nomeadamente pela utilização do FTSI, muito pouco encontrado na literatura e ainda muito pouco estudado em relação ao seu impacto na ingestão alimentar emocional, insatisfação corporal, discrepância do IMC e realização de dietas. Por último, sob o ponto de vista da psicoeducação o presente trabalho permitiu fornecer ferramentas interessantes no que se refere à importância da regulação das emoções e do seu impacto ao nível dos fatores de vulnerabilidade para as PAI.

## Referências

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, *48*(10), 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.002
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Annesi, J. J., Marenco, N., & McEwen, K. (2016). Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity. *Eating and Weight Disorders*, *21*(2), 289-295. doi: 10.1007/s40519-015-0209-9
- Anton, S. D., Perri, M. G., & Riley III, J. R. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images: Impact on eating and exercise behaviors. *Eating behaviors*, *1*(2), 153-160. doi: 10.1016/S1471-0153(00)00015-5
- Argyrides, M., & Sivitanides, M. (2017). Body image, self-esteem, media, disordered eating and actual ideal weight discrepancy: findings in Cyprus. *The European Journal of Counselling Psychology*, *6*(1), 63-74. doi: 10.5964/ejcop.v6i1.109
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, *18*(1), 79-90. doi: 10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v
- Arroyo, A. (2014). Connecting theory to fat talk: body dissatisfaction mediates the relationships between weight discrepancy, upward comparison, body surveillance, and fat talk. *Body Image*, *11*(3), 303-306. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.04.006
- Avercheva, O. (2017). Alexithymia and Eating Disorders. *ESSAI*, *15*(1), 8.

- Barnes, R. D., Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2016). Food thought suppression inventory: test-retest reliability and relationship to weight loss treatment outcomes. *Eating behaviors*, 22, 93-95. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.04.001
- Barnes, R. D., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2011). Food thought suppression: a matched comparison of obese individuals with and without binge eating disorder. *Eating behaviors*, 12(4), 272-276. doi: :10.1016/j.eatbeh.2011.07.011.
- Barnes, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2013a). Examining the relationship between food thought suppression and binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 1077-1081. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.04.017
- Barnes, R. D., Sawaoka, T., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2013b). Factor structure and clinical correlates of the food thought suppression inventory within treatment seeking obese women with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(1), 35-39. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.008
- Barnes, R. D., & Tantleff-Dunn, S. (2010). Food for thought: examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eating behaviors*, 11, 175-179. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.03.001
- Barnett, M. D., Moore, J. M., & Harp, A. R. (2017). Who we are and how we feel: self-discrepancy theory and specific affective states. *Personality and Individual Differences*, 111, 232-237. doi: 10.1016/j.paid.2017.02.024
- Barrington, J., & Jarry, J. L. (2019). Does thought suppression mediate the association between mindfulness and body satisfaction?. *Mindfulness*, 10(4), 679-688. doi: 10.1007/s12671-018-1012-2
- Borton, J. L., Markowitz, L. J., & Dieterich, J. (2005). Effects of suppressing negative self-referent thoughts on mood and self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 172-190. doi: 10.1521/jscp.24.2.172.62269

- Boswell, R. G., & White, M. A. (2015). Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. *Advances in Eating Disorders*, 3(3), 259-268. doi: 10.1080/21662630.2015.1047881
- Braden, A., Flatt, S. W., Boutelle, K. N., Strong, D., Sherwood, N. E., & Rock, C. L. (2016). Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program. *Journal of behavioral medicine*, 39(4), 727-732. doi: 10.1007/s10865-016-9728-8
- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Exploring gender differences in the link between weight suppression and eating pathology. *Eating behaviors*, 27, 17-22. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.10.001
- Daniels, E. A., Zurbriggen, E. L., & Ward, L. M. (2020). Becoming an object: A review of self-objectification in girls. *Body Image*, 33, 278-299. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.02.016
- Davis, E., Greenberger, E., Charles, S., Chen, C., Zhao, L., & Dong, Q. (2012). Emotion experience and regulation in China and the United States: how do culture and gender shape emotion responding?. *International Journal of Psychology*, 47(3), 230-239. doi: 10.1080/00207594.2011.626043
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Returning to emotional eating: the emotional eating scale psychometric properties and associations with body image flexibility and binge eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 497-504. doi: 10.1007/s40519-015-0186-z
- Dye, H. (2016). Are there differences in gender, race, and age regarding body dissatisfaction?. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(6), 499-508. doi: 10.1080/10911359.2015.1091240

- Erskine, J. A., & Georgiou, G. J. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*, *54*, 499-503. doi: 10.1016/j.appet.2010.02.001
- Evers, C., Marijn Stok, F., & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and social psychology bulletin*, *36*(6), 792-804. doi: 10.1177/0146167210371383
- Fairweather-Schmidt, A. K., Lee, C., & Wade, T. D. (2015). A longitudinal study of midage women with indicators of disordered eating. *Developmental psychology*, *51*(5), 722-729. doi: 10.1037/dev0000011
- Ferreira, C., Palmeira, L., Trindade, I. A., & Catarino, F. (2015). When thought suppression backfires: its moderator effect on eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(3), 355-362. doi: 10.1007/s40519-015-0180-5
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). (In) Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, *1*(34), 61-88.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, *21*(2), 173-206. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Fox, C. K., Gross, A. C., Rudser, K. D., Foy, A. M., & Kelly, A. S. (2016). Depression, anxiety, and severity of obesity in adolescents: is emotional eating the link?. *Clinical pediatrics*, *55*(12), 1120-1125. doi: 10.1177/0009922815615825

- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tivolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American journal of clinical nutrition*, *109*, 1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342
- Gattario, K. H., Frisé, A., Teall, T. L., & Piran, N. (2020). Embodiment: Cultural and gender differences and associations with life satisfaction. *Body Image*, *35*, 1-10. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.07.005
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, *94*(3), 319-340. doi: 10.1037/0033-295X.94.3.319
- Israel, A. C., Stolmaker, L., & Andrian, C. A. (1985). Thoughts about food and their: Relationship to obesity and weight control. *International Journal of Eating Disorders*, *4*(4), 549-558. doi: 10.1002/1098-108X(198511)4:4<549::AID-EAT2260040414>3.0.CO;2-9
- Jackson, K., Janssen, I., Appelhans, B. M., Kazlauskaitė, R., Karavolos, K., Dugan, S., Avery, E. A., Shipp-Johnson, K. J., Powell, L. H., & Kravitz, H. M. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: the study of women's health across the nation (SWAN). *Archives of women's mental health*, *17*(3), 177-187. doi: 10.1007/s00737-014-0416-9
- Järvelä-Reijonen, E., Karhunen, L., Sairanen, E., Rantala, S., Laitinen, J., Puttonen, S., Peuhkuri, K., Hallikainen M., Juvonen, K., Myllymäki, T., Föhr, T., Pihlajamäki, J., Korpela, R., Ermes, M., Lappalainen, R., & Kolehmainen, M. (2016). High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese finns of working age. *Appetite*, *103*, 249-258. doi: 10.1016/j.appet.2016.04.023
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, *114*(1), 119-125. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.119

- Kahumoku, E. P., Vazsonyi, A. T., Pagava, K., Phagava, H., Alsaker, F. D., & Michaud, P. A. (2011). Objectified body consciousness and mental health in female adolescents: Cross-cultural evidence from Georgian and Swiss national samples. *Journal of adolescent health, 49*(2), 141-147. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.11.001
- Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological bulletin, 143*(3), 293-320. doi: 10.1037/bul0000081
- Kim, H., & Damhorst, M. L. (2010). The relationship of body-related self-discrepancy to body dissatisfaction, apparel involvement, concerns with fit and size of garments, and purchase intentions in online apparel shopping. *Clothing and Textiles Research Journal, 28*(4), 239-254. doi: 10.1177/0887302X10379266
- Koenders, P. G., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53*(11), 1287-1293. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823078a2
- Kontinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society, 79*(3), 283-289. doi: 10.1017/S0029665120000166
- Kontinen, H., van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16*(1), 1-11. doi: 10.1186/s12966-019-0791-8
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy

- framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. doi: 10.1007/s40519-018-0483-4
- Lavender, J. M., Jardin, B. F., & Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating behaviors*, 10(4), 228-231. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.07.002
- Lazarevich, I., Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M., & Zepeda, M. Z. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644. doi: 10.1016/j.appet.2016.09.011
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
- Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A., & Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body image*, 6(2), 90-96. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.11.004  
doi: 10.1186/1471-2458-12-342
- Lowe, M. R., & Timko, C. A. (2004). Dieting: really harmful, merely ineffective or actually helpful? *British Journal of Nutrition*, 92(S1), S19-S22. doi: 10.1079/BJN20041136
- Macpherson-Sánchez, A. E. (2015). Integrating fundamental concepts of obesity and eating disorders: implications for the obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, 105(4), e71-e85. doi: 10.2105/AJPH.2014.302507
- McCabe, M. P., & McGreevy, S. J. (2011). Role of media and peers on body change strategies among adult men: is body size important?. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 438-446. doi: 10.1002/erv.1063

- McKinley, N. M. (1998). Gender differences in undergraduates' body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy. *Sex roles, 39*(1-2), 113-123. doi: 10.1023/A:1018834001203
- Mohorko, N., Černelič-Bizjak, M., Poklar-Vatovec, T., Grom, G., Kenig, S., Petelin, A., & Jenko-Pražnikar, Z. (2018). Weight loss, improved physical performance, cognitive function, eating behavior, and metabolic profile in a 12-week ketogenic diet in obese adults. *Nutrition Research, 62*, 64-77. doi: 10.1016/j.nutres.2018.11.007
- Moradi, B., & Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions. *Psychology of women quarterly, 32*(4), 377-398. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x
- Nikčević, A. V., Marino, C., Caselli, G., & Spada, M. M. (2017). The importance of thinking styles in predicting binge eating. *Eating behaviors, 26*, 40-44. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.01.002
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders, 1*(1), 1-14. doi: 10.1186/2050-2974-1-21
- O'Connell, C., Larkin, K., Mizes, J. S., & Fremouw, W. (2005). The impact of caloric preloading on attempts at food and eating-related thought suppression in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders, 38*(1), 42-48. doi: 10.1002/eat.20150
- Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American journal of clinical nutrition, 97*(6), 1307-1313. doi: 10.3945/ajcn.112.054916

- Peterson, R. (2008). Food for thought: The relationship between thought suppression and weight control (Dissertação de Doutoramento). University of Central Florida, Orlando.
- Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the experience of embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image, 18*, 43-60. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.007
- Price, M., Higgs, S., & Lee, M. (2015). Self-reported eating traits: underlying components of food responsiveness and dietary restriction are positively related to BMI. *Appetite, 95*, 203-210. doi: 10.1016/j.appet.2015.07.006
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2012). Weight regulation practices of young adults. Predictors of restrictive eating. *Appetite, 59*(2), 425-430. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.004
- Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in psychiatry, 10*, 864. doi: 10.3389/fpsy.2019.00864
- Rivière, J., Rousseau, A., & Douilliez, C. (2018). Effects of induced rumination on body dissatisfaction: is there any difference between men and women?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 61*, 1- 6. doi: 10.1016/j.jbtep.2018.05.005
- Sharpe, H., Patalay, P., Choo, T., Wall, M., Mason, S. M., Goldschmidt, A. B., & Neumark-Sztainer, D. (2018). Bidirectional associations between body dissatisfaction and depressive symptoms from adolescence through early adulthood. *Development and psychopathology, 30*(4), 1447-1458. doi: 10.1017/s0954579417001663
- Schneider, K. L., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, J., & Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite, 55*(3), 701-706. doi: 10.1016/j.appet.2010.10.006

- Schvey, N. A., Puhl, R. M., Levandoski, K. A., & Brownell, K. D. (2013). The influence of a defendant's body weight on perceptions of guilt. *International Journal of Obesity*, 37(9), 1275-1281. doi: 10.1038/ijo.2012.211
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors*, 32, 95-100. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.01.003
- Soetens, B., & Braet, C. (2006). 'The weight of a thought': food-related thought suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite*, 46(3), 309-317. doi: 10.1016/j.appet.2006.01.018
- Stice, E., & Desjardins, C. D. (2018). Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: exploratory hypothesis generating analyses. *Behaviour research and therapy*, 105, 52-62. doi: 10.1016/j.brat.2018.03.005
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009
- Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of personality*, 56(4), 685-707. doi: 10.1111/j.1467-6494.1988.tb00472.x
- Thompson, S. H. (2015). Gender and Racial Differences in Emotional Eating, Food Addiction Symptoms, and Body Weight Satisfaction among Undergraduates, 1-6. doi: 10.15436/2376-0494.15.035
- Van Gucht, D., Soetens, B., Raes, F., & Griffith, J. W. (2014). The attitudes to chocolate questionnaire. Psychometric properties and relationship with consumption, dieting,

- disinhibition and thought suppression. *Appetite*, 76, 137-143. doi: 10.1016/j.appet.2014.01.078
- Van Strien, T., Herman, C., & Verheijden, M. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2), 380- 387. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.010
- Van Strien, T., Konttinen, H. M., Ouwens, M. A., van de Laar, F. A., & Winkens, L. H. (2020). Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women. *Appetite*, 145, 104493. doi: 10.1016/j.appet.2019.104493
- Von Lengerke, T., & Mielck, A., & Group. K. (2012). Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional kora augsburg s4 population survey. *BMC public health*, 12(1), 342.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.59
- Yap, A. J., & Tong, E. M. (2009). The appraisal rebound effect: Cognitive appraisals on the rebound. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(9), 1208-1219. doi: 10.1177/0146167209338073

Ana Isabel Abreu, A supressão dos pensamentos acerca da comida e fatores de vulnerabilidade para as perturbações da alimentação e da ingestão: O papel mediador da ingestão alimentar emocional

## **Anexos**

## **Anexo I - Consentimento informado**

### **Consentimento Informado**

O presente estudo faz parte de um projeto da responsabilidade da Professora Patrícia M. Pascoal da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (EPCV-ULHT). Trata-se de um projeto que obteve parecer favorável da Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da EPCV-ULHT.

### **Objetivo do estudo:**

O objetivo deste estudo é contribuir para uma melhor compreensão de alguns temas ligados ao ajustamento psicológico no peso corporal.

### **Para participar no estudo é necessário:**

- 1) falar a língua portuguesa como língua nativa;
- 2) ser maior de idade;
- 3) não estar medicado/a com psicofármacos, i.e., medicamentos para a ansiedade, depressão ou para outro tipo de sofrimento psicológico.

### **Quanto tempo durará?**

O preenchimento do questionário demorará em média cerca de 20 minutos.

### **O que me será pedido?**

Se concordar em participar neste estudo, ser-lhe-á pedido que responda a um conjunto de questionários. De modo a garantir a maior privacidade possível, responda num espaço em que não seja possível qualquer observação das suas respostas.

### **Porque devo participar?**

Estará a contribuir para uma melhor compreensão do ajustamento psicológico e a sua associação ao peso corporal.

### **As minhas respostas serão confidenciais?**

Não haverá nenhum dado pessoal recolhido e as suas respostas serão confidenciais. Os dados de geolocalização e o IP registado através da plataforma online não serão guardados. Apenas a investigadora responsável e os seus assistentes terão acesso aos dados numa base de dados que será protegida por palavra passe e os dados serão tratados apenas de forma agregada (i.e., em conjunto com as medidas e respostas de outros participantes).

**Receberei alguma recompensa?**

Não, mas estará a contribuir para o aumento do conhecimento na área do ajustamento psicológico.

**E se eu começar, mas não acabar?**

Este é um estudo voluntário. Pode optar por não participar.

**E se a participação no estudo me causar desconforto?**

Pode parar o estudo a qualquer momento. Pode usar de forma autónoma as ligações disponibilizadas no fim do estudo que remetem para websites e contactos informativos na área da saúde.

**Quem posso contactar caso tenha mais questões que queira colocar?**

Pedimos-lhe que leia este formulário e caso tenha dúvidas faça todas as questões que considere necessárias antes de participar no estudo que devem ser dirigidas através do e-mail [patricia.pascoal@ulusofona.pt](mailto:patricia.pascoal@ulusofona.pt).

**Como posso conhecer os resultados do estudo?**

Os resultados do estudo serão disponibilizados através de publicações académicas especializadas e sob a forma de um relatório em linguagem acessível. Caso deseje ter acesso a esse material, poderá contactar a equipa de investigação através do email [patricia.pascoal@ulusofona.pt](mailto:patricia.pascoal@ulusofona.pt)

**Consentimento**

Ao clicar na opção “Quero participar” abaixo indica que é maior de idade, leu este formulário de consentimento e considera que lhe foi prestada a informação necessária acerca da natureza e objectivos deste estudo.

## **Anexo II - Questionário sociodemográfico**

### **Identidade de género:**

1. Mulher
2. Homem
3. Não-binária (e.g. genderqueer, genderfluid)
4. 4. Sem género
5. Não sei
6. Prefiro não responder
7. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### **Qual dos seguintes termos melhor ilustra a sua orientação sexual?**

1. Heterossexual
2. Lésbica
3. Gay
4. Bissexual
5. *Queer*
6. Indefinida
7. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual a sua idade em anos? \_\_\_\_\_**

**Qual o seu peso em kgs? \_\_\_\_\_**

**Qual a sua altura aproximada em cm? \_\_\_\_\_**

**Que peso gostaria de ter? \_\_\_\_\_**

**Que altura gostaria de ter? \_\_\_\_\_**

### **Atualmente faz dieta?**

- Não.
- Sim. Porquê? \_\_\_\_\_

**Qual o seu grau de satisfação ou insatisfação com a sua imagem corporal?**

1. Muito insatisfeito
2. Algo insatisfeito
3. Um pouco insatisfeito
4. Um pouco satisfeito
5. Algo satisfeito
6. Bastante satisfeito

**Qual foi o último grau de formação escolar que completou?**

1. Quarta classe
2. 9<sup>a</sup> ano ou equivalente
3. 12<sup>o</sup> ano ou equivalente
4. Licenciatura
5. Mestrado
6. Doutoramento
7. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual a sua situação profissional?**

1. Estudante do ensino secundário
2. Estudante do ensino superior
3. Trabalhador-Estudante
4. Empregado/a
5. Desempregado/a

**Qual a sua nacionalidade? \_\_\_\_\_**

**Em que país reside? \_\_\_\_\_**

**Onde reside?**

1. Centro de área urbana

2. Periferia de um centro urbano
3. Centro urbanizado de uma zona rural
4. Zona rural junto a um centro urbano
5. Zona rural com muita densidade populacional
6. Zona rural com pouca população

**Qual o estatuto da sua relação atual?**

1. Não tenho nenhum relacionamento íntimo
2. Relações íntimas ocasionais
3. Estou numa relação monogâmica
4. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Caso esteja numa relação monogâmica**

- Namoro
- União de facto
- Casamento
- Não se aplica

**Identidade de género do(a) companheiro(a)**

- Homem
- Mulher
- Não binária (e.g. genderqueer, genderfluid)
- Sem género
- Não sei
- Prefiro não responder
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- Não se aplica

**Caso tenha uma relação monogâmica, a relação tem a duração de (em anos). Coloque 0 se for menos de um ano. \_\_\_\_\_**