

CATARINA MODESTO DE OLIVEIRA MIGUEL

**ESTILOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL E
APOIO SOCIAL COMO DETERMINANTES DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR NOS JOVENS
ADULTOS**

Orientador: Professora Doutora Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

CATARINA MODESTO DE OLIVEIRA MIGUEL

**ESTILOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL E
APOIO SOCIAL COMO DETERMINANTES DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS JOVENS
ADULTOS**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no dia 17 de Junho de 2016 perante o JÚRI nomeado pelo Despacho Reitoral nº 182/2016, com a seguinte composição:

Presidente:

Professora Doutora Bárbara Gonzales- ULHT

Arguente:

Professora Doutora Neuza Silva-ULHT

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Camilo-ULHT

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

Epígrafe

*Só um sentido de invenção e uma
necessidade intensa de criar levam o
homem a revoltar-se, a descobrir e a
descobrir-se com lucidez*

Pablo Picasso

Agradecimentos

Apesar do carácter solitário de qualquer tese de mestrado, sinto que nunca estive sozinha neste processo, pois reuni contributos de várias pessoas que tornaram este caminho mais fácil de percorrer.

Tive o privilégio de ter a Professora Cristina Camilo como orientadora, a quem só tenho a agradecer por toda a partilha de conhecimentos, todo o apoio e amizade prestada ao longo da realização da tese.

A todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico, que contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto estudante de Psicologia e que com a sua larga experiência e forma entusiasta de ensinar fizeram diariamente o meu amor crescer por esta profissão.

Estou muito grata aos meus familiares pelo incentivo recebido ao longo destes anos. Ao meu irmão, aos meus pais, à minha tia e às minhas avós. Obrigada por terem acreditado em mim, obrigada pelo vosso amor, alegria e atenção sem reservas.

À Paula, à Ana e ao Shafik, obrigada por terem acreditado em mim desde o início, pela amizade, pela força que me transmitiram e por todos os bons momentos partilhados.

Desde o início da licenciatura conto com todo o apoio e amizade de duas grandes amigas, Sara e Filipa, e quero agradecer-lhes não só por todos os momentos de partilha durante o decorrer da investigação, mas sim por toda a amizade ao longo destes anos.

O agradecimento mais especial é para ti, Rúben, por seres um ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações e desânimos. Pelo apoio, pela paciência, pela confiança e pela valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho.

Obrigada a todos!

Resumo

A presente investigação surge no âmbito do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e tem como objectivo estudar em que medida os estilos de regulação emocional e o apoio social dos jovens adultos estão relacionados com o comportamento alimentar. As variáveis presentes neste estudo são a regulação emocional, apoio social e comportamento alimentar. A amostra foi constituída por 276 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade. A recolha de dados fez-se através de uma plataforma *on-line* e englobava três questionários: *Questionário de Regulação Emocional (ERQ)*, *Escala de Suporte Social (ESSS)* e *Escala de comportamento alimentar 3 fatores (TFEQ-R 18)*, seguidos ainda de um questionário demográfico.

Os resultados obtidos nesta investigação quanto à relação entre as variáveis estudadas não foram conclusivos, no entanto os resultados evidenciaram que uma das dimensões do apoio social, neste caso as actividades sociais, estão relacionadas com a alimentação emocional (*emotional eating*). Também a intimidade, uma das dimensões do apoio social, está relacionada com ambas as estratégias de regulação emocional.

Palavras-chave: Psicologia, regulação emocional, apoio Social, comportamento alimentar

Abstract

This research appears in the Master's course in Clinical Psychology and Health and aims to examine to what extent the styles of emotional regulation and social support of young adults are related to feeding behavior. The variables in this study are emotional regulation, social support and eat behavior. The sample consisted of 276 participants aged 18 to 30 years old. Data collection was made through three questionnaires: Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Social Support Scale (ESSS) and the Three factor eating questionnaire (TFEQ R - 18), followed still a demographic questionnaire.

The results of this research on the relationship between the variables studied were inconclusive, however the results showed that one of the dimensions of social support, in this case social activities are related to emotional eating. Also intimacy, one dimension of social support, it is related to both emotional regulation strategies.

Key-words: Psychology, emotional regulation, social support, eat behavior

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	10
Capítulo1- Enquadramento conceptual	12
1. Emoções	13
1.1. Regulação emocional	16
1.1.1. Modelo processual da regulação emocional	19
1.1.2. Estratégias Adaptativas e Desadaptativas.....	22
2. Apoio Social	24
2.1. Definição.....	24
3. Comportamento Alimentar	26
3.1. Perturbações do comportamento alimentar (Definição, Sintomatologia e Categorias Diagnósticas)	27
3.2. Restrições cognitivas, desinibição alimentar e alimentação emocional	28
3.3. Comportamento alimentar e regulação emocional	30
3.4. Comportamento alimentar e apoio social	32
Capítulo II - Método	35
1. Objectivos e hipóteses de investigação	36
2. Amostra	36
3. Instrumentos	38
3.1. QRE: Questionário de Regulação Emocional.....	38
3.2. ESSS : Escala de Satisfação com o Suporte Social	39
3.3. TFEQ - Three-Factor Eating Questionnaire	40
3.4. Questionário Demográfico.....	41
4. Procedimento	41
Capítulo III - Resultados	43
1. Apresentação dos resultados	44
2. Discussão	47
Conclusão	51
Referências	52

APÊNDICES	I
Apêndice I:Protocolo de Avaliação.....	II

Índice de Tabelas

Tabela 1: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão do Comportamento Alimentar sobre o Apoio Social	45
Tabela 2: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão do Comportamento Alimentar sobre a Regulação Emocional	46
Tabela 3: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da Regulação Emocional sobre o Apoio Social.....	47

Introdução

A crescente preocupação com a adopção de uma alimentação saudável e com a manutenção de um peso também ele considerado saudável é uma realidade, não só no contexto clínico, mas também quando pensamos na sociedade de uma forma geral. A ineficácia de muitos dos programas de promoção da saúde e de prevenção ou tratamento de doenças tem estimulado a necessidade de melhor compreendermos porque é que comemos o que comemos, não só tendo em consideração o tipo de alimentos que seleccionamos, como também a quantidade de alimentos que ingerimos. É essencial compreendermos os factores subjacentes às escolhas alimentares dos indivíduos, se pretendemos intervir neste domínio, quer ao nível da promoção da saúde, prevenção ou tratamento. Frequentemente observamos que as pessoas envolvidas em programas de perda ou controlo de peso, os próprios profissionais de saúde e a população em geral atribuem a dificuldade ou fracasso na gestão do peso corporal a uma questão de motivação e falta de capacidade de auto-regulação, factores determinantes das nossas opções alimentares.

Atualmente, existe uma grande quantidade de informações sobre alimentação e saúde acessível à população. O público interessa-se cada vez mais por orientações sobre como manter a boa forma física e a qualidade de vida. Belasco (1997) afirma que, no ocidente, o movimento em prol dos hábitos saudáveis é tão forte que a boa saúde e alimentação adequada foram caracterizadas como a religião da cultura moderna e objetivo principal da população. No entanto, o aumento das taxas de obesidade e do uso de medidas de controlo de peso desnecessárias ou inadequadas já são problemas de saúde pública em muitos países. Nowak e Büttner (2003) destacam que o conhecimento disponível para a população sobre alimentação é insuficiente, pois a divulgação de informações por si só parece não ser suficiente para provocar mudanças que resultem em práticas mais saudáveis. O trabalho dos referidos autores mostrou que os factores emocionais e as crenças de sujeitos jovens sobre alimentação e forma física têm mais influência na determinação dos seus hábitos alimentares e atitudes relacionadas ao peso do que o conhecimento propriamente dito.

Sabemos que a decisão de comer varia de indivíduo para indivíduo e de situação para situação (Mela, 2001), pelo que, existirão distintos factores a ter em conta,

conforme o indivíduo, quando pretendemos compreender os determinantes do seu comportamento alimentar.

Os modelos de cognição social da psicologia da saúde têm contribuído para esclarecer alguns factores associados à mudança e manutenção de novos hábitos (Baldwin, & Falciolia, 1995). Diversos factores de ordem psicológica e psicossocial, como falta de motivação, influência social, crenças e sentimentos de auto-eficácia, contribuem para dificultar ou facilitar as mudanças no estilo de vida e nomeadamente dos hábitos alimentares (Huon, & Strong, 1998).

O comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência directa apresenta na saúde e na doença, daí a pertinência da aplicação da Psicologia a este domínio visando a prevenção da doença e promoção da saúde.

Neste sentido, esta investigação propõe-se a estudar dois factores que influenciam o comportamento alimentar: a regulação emocional e o apoio social, apoiando-se numa amostra de jovens adultos.

Em termos de estrutura, esta dissertação divide-se em quatro grandes capítulos, sendo o primeiro providencia o enquadramento teórico desta dissertação, num segundo capítulo é caracterizada a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento. Num terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos. Por último, no quarto capítulo, é apresentada uma conclusão geral desta investigação.

Capítulo I.

Enquadramento conceptual

1. Emoções

“There can be no transforming of darkness into light and of apathy into movement without emotion.”
Carl Gustav Jung

As emoções são alvo do estudo e interesse humano e científico desde há longa data, em diferentes áreas do saber. A Filosofia, por exemplo, há muito que demonstra interesse no seu estudo (Solomon, 2004; Strongman, 1996) e na definição das suas contribuições para o desenrolar da vida humana e mecanismos de construção do conhecimento. A Antropologia, por seu lado, tem estudado a ligação entre as emoções e a dimensão cultural das sociedades e a História tem desenvolvido esforços no sentido de descrever o curso do interesse pelas emoções, enquanto que a sociologia se tem preocupado em perceber a relação entre o funcionamento emocional e a pertença a grupos sociais (Kemper, 2004). Na área das ciências da vida o papel básico e adaptativo das emoções no desenvolvimento humano há muito que é realçado, tendo sido mencionado por Darwin na formulação da sua teoria da evolução das espécies (cf. Oatley & Jenkins, 1996). Segundo Damásio (2003), o sistema neurobiológico humano está preparado para lidar com os desafios da adaptação. Nos níveis mais primitivos de regulação da vida encontramos os processos metabólicos, os reflexos básicos e o funcionamento do sistema imunitário, para num nível seguinte podermos falar de comportamentos associados à dor e ao prazer e num estágio um pouco mais complexo de motivações e instintos. Seria em níveis superiores de organização que encontraríamos, por ordem de complexidade, as “emoções genuínas” e os sentimentos (Damásio, 2003, p.28). Damásio fala de emoções como “acções ou movimentos, muitos deles públicos, visíveis para os outros na medida em que ocorrem na face, na voz e em comportamentos específicos” (2003, p. 29) De acordo com esta perspectiva, de fundamento neurobiológico, uma emoção é activada como reacção automática a um “estímulo emocionalmente competente” (2003, p.53) e caracterizada por um conjunto de reacções químicas e neuronais específicas.

De acordo com Damásio poderíamos falar de algumas emoções básicas como o medo, a raiva, a surpresa, a tristeza, a felicidade ou a aversão/repugnância, caracterizadas por uma programação inata, e de emoções algo mais complexas, designadas de emoções sociais, de que são exemplo a simpatia, o embaraço, a vergonha,

a culpa, o orgulho, a inveja, a gratidão, a admiração e o desprezo. É num último nível superior de organização que Damásio (2003) coloca os sentimentos, definindo-os como a “percepção de um certo estado corporal juntamente com a percepção de um certo modo de pensar e de pensamentos com determinados temas” (2003, p.86). Muitas das perspectivas psicológicas das emoções apresentam pontos de convergência com o modelo de Damásio, mas encontramos mais explicitamente outras componentes e a adição de diferentes tonalidades na definição de emoção e, principalmente, das suas funções.

O modelo de Gray (1987), de teor mais comportamental, define emoções como estados internos provocados por acontecimentos externos ao organismo, por contingências. A emoção organizar-se-ia governada por três sistemas distintos baseados na relação entre estímulos ou reforços positivos e negativos e respostas: o Sistema de Abordagem/Aproximação (com predomínio do estímulo reforçador para a recompensa ou não punição), o Sistema de Inibição Comportamental (em que predomina o estímulo Desenvolvimento emocional e (in)adaptação na infância condicionado para a punição ou não recompensa) e o Sistema de Luta ou Fuga (em que prevalece a punição incondicional ou a não recompensa).

Gross (1998), por seu lado, fala-nos de, pelo menos, três componentes-chave da emoção, designadamente a expressão comportamental, a experiência subjectiva e as respostas fisiológicas periféricas, componentes estas estudadas em diversos modelos. A componente expressiva das emoções, a que Darwin (1872) reconheceu funções de comunicação social e regulação das experiências emocionais, tem sido atribuída ao funcionamento de regiões cerebrais distintas responsáveis por diferentes expressões faciais, tidas como universais e assumidas por alguns autores como marcadores importantes da presença e activação de uma emoção (e.g. Keltner & Ekman, 2004).

Salientam-se três funcionalidades das emoções (Ekman, 1994; Gondim et al., 2013). Em primeiro lugar destaca-se a função adaptativa, sendo que estas preparam o indivíduo para a ação (Frijda, 1986 cit in Werner & Gross, 2010; Scherer, 1987) em resposta a um determinado estímulo interno ou desafio ambiental (Kring, & Bachorowski, 1999), desempenhando um papel crucial na adaptação do indivíduo às diferentes etapas do desenvolvimento humano (Gross, 1999). Neste sentido, os componentes da emoção evoluem no sentido de uma maior complexidade e integração

entre eles, à medida que o indivíduo lida com os desafios desenvolvimentistas (Barrett, 2006). As emoções desempenham ainda funções sociais, sendo que os sinais emocionais informam os outros sobre as nossas motivações e impelem-nos a agir, o que é crucial, não só na infância como nas interações sociais ao longo da vida (Ekman, 1994). Ainda neste sentido, segundo Fridlund (1984, citado por Gross, 1998) as emoções contribuem para uma maior adaptabilidade social, informando o indivíduo acerca das intenções comportamentais dos outros, fornecendo pistas acerca do que poderá ser benéfico ou prejudicial, permitindo uma adaptação do comportamento social a implementar (Averill, 1998). Em terceiro lugar, cumprem funções motivacionais, na medida em que permitem ativar comportamentos específicos.

As emoções são processos compostos por diversos componentes, que interagem entre si em rede e em que cada um deles contribui de forma determinante e diferenciadora para a emoção a experienciar, sendo que em conjunto eles constituem o Modelo Modal da Emoção, relativo ao processo gerador da emoção (Barrett, Ochsner & Gross, 2007; Gross, 1998a). De acordo com Gross e Thompson (2007), este processo refere-se a uma transação entre a pessoa e a situação que impulsiona a atenção, havendo uma ativação fisiológica à qual o indivíduo atribui um significado particular (simbolização) que constitui a avaliação feita por este (Lazarus, 1966 citado por Werner & Gross, 2010) da familiaridade, valência e relevância da situação que tem em conta além dos seus objetivos pessoais, as suas crenças e os valores culturais e elicita uma resposta multisistémica que é flexível e coordenada (Ellsworth & Scherer, 2003 citados por Gross & Thompson, 2007). Esta resposta é dotada de maleabilidade, não seguindo um rumo fixo e inevitável, pois apesar de conseguir interromper o que estamos a fazer e forçar a sua entrada na consciência, devido à sua qualidade imperativa à qual se chama controlo precedente (Frijda, 1988 citado por Werner & Gross, 2010), tem de competir com outras respostas em vigor na mesma situação e pode ser ultrapassada por estas (Werner & Gross, 2010).

As respostas emocionais geradas pela avaliação, envolvem mudanças nos sistemas de resposta emocional, comportamental e fisiológica (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005), sendo importante considerar que estas respostas frequentemente mudam a situação que deu origem à primeira resposta e por

consequente, alteram a probabilidade das instâncias subsequentes da emoção (Gross, 2008).

Falar de emoção e desenvolvimento emocional conduz-nos, quase inevitavelmente, a falar de um conceito muito próximo, ou, segundo alguns, mesmo intrínseco à própria emoção (Hoeskma, Oosterlaan, & Shipper, 2004) e largamente abordado na literatura destes últimos anos: a regulação emocional. Depois de terem começado a perceber em que consistiam as emoções e quais as suas funções e componentes, os investigadores começaram a questionar-se acerca de como os indivíduos geriam as suas emoções e os fenómenos subjacentes. Assim, são apresentados de seguida os diferentes mecanismos de regulação emocional.

1.1. Regulação emocional

“I don't want to be at the mercy of my emotions. I want to use them, to enjoy them, and to dominate them.”

Oscar Wilde, The Picture of Dorian Gray

O termo regulação emocional começa a ser utilizado por volta dos anos 80 (Gross, 1999) mas verificou-se uma grande confusão e excessiva abrangência de aplicação do conceito, com muitos estudos a dispensarem uma definição clara e precisa do fenómeno que pretendiam estudar (Bridges, Denham, & Ganiban, 2004; Cole, Martin, & Dennis, 2004). Tendo em vista uma maior precisão e clareza dos dados, os investigadores têm feito várias tentativas de clarificar o conceito e de esclarecer os mecanismos implicados na regulação das emoções.

Segundo Koop (1989), pode falar-se de regulação emocional a vários níveis. Os níveis mais básicos incluiriam estratégias biologicamente programadas, típicas da espécie humana. Num segundo nível, a regulação emocional poderia ser conseguida pelo recurso a estratégias cognitivas básicas e de aprendizagem essencialmente associativa, para num nível de complexidade superior se poder falar da utilização de estratégias de planeamento, orientadas para objectivos e largamente assentes na capacidade de utilização da linguagem. Para Bridges, Denham e Ganiban (2004) o cerne da regulação emocional está na flexibilidade e capacidade de o indivíduo se conseguir ajustar às circunstâncias do momento pela modulação das suas emoções e envolve a iniciação ou manutenção de estados emocionais positivos tal como a diminuição dos

negativos. Do mesmo modo, autores como Gross (1999) acentuam que a regulação emocional pode envolver a diminuição das emoções negativas em circunstâncias em que determinada emoção deixa de ser útil, quando é activada desnecessariamente por estímulos enganosos ou quando surge conflito entre diferentes tendências de acção despoletadas. Por outro lado, Gross afirma que a regulação emocional é também útil para a activação das emoções ou para aumentar a sua intensidade quando é necessário impulsionar algum comportamento, visto que a emoção funciona como força activadora da acção, ou ainda quando é necessário substituir experiências emocionais que se revelam desajustadas. De qualquer forma, a regulação emocional parece implicar mudança seja na componente experiencial, comportamental ou nas manifestações fisiológicas das emoções.

A regulação emocional surge como um domínio de investigação relativamente distinto nas duas últimas décadas (Gross, 1998). Desde então, tornou-se o foco de intensa investigação quer na criança (e.g., Thompson, 1991) quer no adulto (e.g., Gross, 1998a); sendo vasto o campo de investigação no domínio da saúde mental (e.g., Calkins, 2010), designadamente, na manutenção dos distúrbios de ansiedade (e.g., Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010; Mennin, 2006). Estes estudos vêm reforçar a perspectiva de Gross e Levenson (1997), quando referiam que a desregulação emocional está presente em mais de metade dos transtornos incluídos no Manual Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. Contudo, apesar da associação comprovada entre os défices de regulação emocional e a maioria das perturbações psicopatológicas, a direcção desta relação tem sido menos estudada. Na tentativa de ultrapassar esta limitação, um estudo prospectivo de McLaughlin e colaboradores (2011) avaliou a relação recíproca entre desregulação emocional e sintomatologia psicopatológica. Os autores verificaram que os défices de regulação emocional prevêm alterações subsequentes em sintomas de ansiedade, comportamento agressivo e comportamento alimentar. Estes resultados suportam o papel da desregulação emocional como um importante factor transdiagnóstico que aumenta o risco de desenvolvimento de diversas perturbações (Gilbert, 2012; Gross & John, 2003; Suveg et al., 2007).

Gratz e Roemer (2004) propõem uma definição multidimensional, segundo a qual a regulação emocional envolve, para além da modulação da activação emocional, a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções, bem como, a aptidão no

controlo dos comportamentos impulsivos e no uso de estratégias de regulação emocional apropriadas e flexíveis, de modo a atingir os objectivos pessoais e as exigências situacionais. Segundo estes autores, a ausência de algumas destas aptidões ou de todas poderá ser indicador de dificuldades de regulação emocional ou de desregulação emocional.

Para Bridges, Denham e Ganiban (2004) o cerne da regulação emocional também está na flexibilidade e capacidade de o indivíduo se conseguir ajustar às circunstâncias do momento pela modulação das suas emoções.

De um modo geral, a regulação emocional constitui um conjunto de processos de diferentes níveis: comportamental, biológico e cognitivo que emergem em resposta a alterações significativas no estado emocional causadas por fatores internos ou externos (Fox, & Calkins, 2003). A capacidade de regular as emoções é conseguida graças a características específicas dos processos de regulação emocional referidos que: a) podem ser automáticos/inconscientes a controlados/conscientes (Mauss, Evers, Wilhelm, & Gross, 2006 citados por Gross, 2008); b) podem ter efeitos em um ou mais momentos nos processos que geram a emoção; c) podem ser intrínsecos e/ou extrínsecos (Gross, & Thompson, 2007) e d) podem ter um foco nas emoções tanto positivas como negativas, sendo que nenhuma forma de regulação emocional é boa ou má por si só, pois depende do contexto em que é utilizada (Thompson, & Calkins, 1996 citados por Gross, & Thompson, 2007).

Este construto relaciona-se com a implementação de estratégias para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional, consoante os objetivos do indivíduo (Gross, & Thompson, 2007; Rottenberg & Gross, 2007). Este conjunto de estratégias organiza-se e desenvolve-se, ao longo dos primeiros anos de vida, em interação com o ambiente e em particular com os cuidadores (Cassidy, 1994; Walden & Smith, 1997). Segundo Gross (1999 citado por Vaz, Vasco, Greenberg, e Vaz, 2010), a regulação emocional pode ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional, incluindo a regulação biológica/fisiológica, cognitiva, comportamental, experiencial e social do organismo.

Ao nível fisiológico, o processo de regulação emocional permite que a ativação emocional seja redirecionada, controlada, modulada e modificada, de modo a permitir

ao indivíduo funcionar de forma adaptativa em situações emocionalmente estimulantes, mantendo expressões afetivas flexíveis e adaptativas - essenciais a um funcionamento adequado ao longo do percurso de vida (Cichetti, Ackerman, & Izard, 1995; Damásio, 1995). Em termos cognitivos, a capacidade de regulação emocional implica ser capaz de simbolizar na consciência a ativação fisiológica experienciada de modo a produzir uma emoção. Segundo Greenberg (2004), os indivíduos podem ainda transformar as emoções ao enfatizar diferentes aspetos do que está a ocorrer: podem atribuir diferentes razões para explicar a situação, projetar diferentes consequências, focalizar-se no acesso a recursos internos e externos diferentes e desenvolver estratégias de coping distintas.

No domínio comportamental, os indivíduos podem controlar o que pretendem expressar e o que pretendem suprimir ou optar por regular as emoções, através da gestão das situações às quais se decidem expor, isto é, o evitamento ou a procura de determinado estímulo que evoque essas mesmas emoções (Greenberg, 2002). O modo como a pessoa realiza a regulação das suas emoções, influencia o desenvolvimento dos seus sentimentos (Gross, & Thompson, 2007) e ainda a empatia (Decety, & Moriguchi, 2007).

1.1.1. Modelo processual da regulação emocional

Com o objectivo de evitar um constrangimento teórico limitativo da compreensão da regulação emocional, Gross, (1998) integrou os dados de toda a investigação previamente realizada e demonstrou que, independentemente da área da psicologia utilizada na compreensão da regulação emocional, os seguintes pressupostos são comuns a todas as áreas: (1) os indivíduos aumentam, mantêm e diminuem não só as suas emoções desadaptativas mas também as adaptativas; (2) os processos envolvidos na regulação emocional não são iguais para todas as emoções, mas sim diferenciados consoante a emoção experienciada; (3) a regulação emocional tem como objectivo a regulação do próprio indivíduo e não a regulação dos outros; (4) as estratégias de regulação emocional desenvolvem-se num continuum entre processos conscientes e controlados e processos inconscientes e automáticos; (5) a regulação emocional pode ser adaptativa ou desadaptativa consoante os recursos do indivíduo para lidar com a situação activadora.

Com base nos pressupostos apresentados, Gross (1998) desenvolveu o modelo processual que distingue as diferentes estratégias de regulação emocional com base no

momento em que exercem o seu impacto no processo emocional: estratégias de regulação emocional antecedentes à emoção e estratégias que ocorrem após activação emocional. As estratégias de regulação emocional antecedentes à emoção surgem antes das tendências de resposta emocionais estarem totalmente activadas e antes de modificarem o comportamento e a resposta do sistema fisiológico periférico. As estratégias de regulação emocional focalizadas na resposta ocorrem após a emoção já ter sido activada e as tendências de resposta já terem sido geradas.

Podem ser localizadas cinco estratégias de regulação no decorrer do processo emocional: selecção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, modificação cognitiva e modelação da resposta. Os processos antecedentes à resposta emocional são a selecção e modificação da situação, modificação do foco atencional e modificação cognitiva enquanto que a modelação é o processo que ocorre após a resposta emocional (Gross & Munoz, 1995).

A selecção da situação é o primeiro processo emocional. Esta estratégia consiste na implementação de esforços para a ocorrência (ou não), de uma situação que irá dar origem a uma determinada emoção. Para além disso, requer uma compreensão das especificidades da situação que irá ocorrer e das respostas emocionais prováveis a essa situação. Uma limitação para uma selecção eficaz da situação é a capacidade do indivíduo em avaliar os benefícios a curto e a longo prazo da situação. Para que se torne numa estratégia de regulação eficaz, a selecção da situação requer frequentemente a perspectiva de outros (Gross, & Thompson, 2007; Gross, 2008).

Outra estratégia de regulação emocional amplamente utilizada e com efeitos duradouros é a modificação da situação, ou seja, a implementação de esforços para modificar directamente a situação e consequentemente modificar o seu impacto emocional no indivíduo (Gross, & Thompson, 2007; Gross, 2008). Contudo, é possível regular as emoções sem modificar efectivamente o ambiente ou a situação, através da modificação do foco atencional (Gross, 2008; Gross, & Thompson, 2007). A modificação do foco atencional pode ser considerada a versão internalizada da selecção da situação e é especialmente importante quando não é possível alterar a situação em que o indivíduo se encontra (Gross, & Thompson, 2007; Gross, 2008). As duas estratégias de modificação do foco atencional mais utilizadas são a distracção e a concentração. A distracção consiste na focalização da atenção em dimensões não

emocionais, já a distração pode também envolver a modificação do focus interno como, por exemplo, quando os indivíduos evocam pensamentos ou emoções que são inconsistentes com o estado emocional indesejado (Watts, 2007, cit in Gross & Thompson, 2007; Gross, 2008). Contrariamente à distração, a concentração dirige a atenção para a dimensão emocional da situação. Quando este processo ocorre frequentemente, pode tornar-se desadaptativo e conduzir à ruminação. A ruminação acerca de acontecimentos dolorosos aumenta a durabilidade e gravidade da sintomatologia depressiva (Just, & Ally, 1997, cit in Gross, & Thompson, 2007). A modificação da cognição também se constitui como uma estratégia de regulação emocional, que ocorre posteriormente no processo emocional, após a situação ter sido seleccionada e eventualmente modificada. A modificação da cognição consiste na mudança do significado que o indivíduo atribuiu à situação, quer através da alteração da cognição acerca da própria situação, quer através da modificação das crenças acerca da capacidade que o indivíduo tem para lidar com as exigências da própria situação. Na medida em que os estímulos ou situações emocionalmente relevantes e activadoras podem ser internas ou externas, a modificação da cognição também pode ser utilizada como estratégia na experiência subjectiva do acontecimento. Os indivíduos que interpretarem a sua activação fisiológica antes de um acontecimento como um potencial para um melhor desempenho e não como debilitante, têm uma maior probabilidade de regular eficazmente as suas emoções (Gross, & Thompson, 2007).

No âmbito das estratégias de regulação emocional através da modificação cognitiva, a investigação tem atribuído um especial destaque à reavaliação cognitiva (Gross, 2002; John, & Gross, 2007), a qual envolve a modificação do significado atribuído à situação, com impacto na emoção experienciada pelo indivíduo. A interpretação da situação através da reavaliação cognitiva pode influenciar profundamente a qualidade bem como a intensidade da resposta emocional subsequente. Estudos providenciam evidências que a reavaliação cognitiva conduz a uma diminuição da experiência e expressão emocional negativa (Gross, 1998 cit in Gross, 2008).

Contrariamente aos outros processos de regulação emocional, a modelação da resposta ocorre tardiamente no processo emocional, após as tendências de resposta já terem sido iniciadas (Gross & Thompson, 2007). Uma das estratégias de modelagem da resposta emocional mais investigadas é a supressão emocional, que consiste nas

tentativas para diminuir o comportamento de expressão emocional (Gross, 2002 cit in Gross, 2008). Em contraste com a reavaliação cognitiva da situação, a supressão emocional tem consequências cognitivas e sociais negativas. A supressão emocional, que ocorre posteriormente no processo emocional tem como objectivo a modificação da componente comportamental, mas sem reduzir a experiência emocional negativa experienciada. Como ocorre tardiamente no processo emocional, a supressão requer que o indivíduo implemente esforços contínuos e geradores de um maior mal-estar para si próprio.

1.1.2. Estratégias Adaptativas e Desadaptativas

Tem sido sugerido que uma regulação emocional adaptativa envolve a alteração da intensidade ou da duração de uma emoção ao invés da modificação da emoção experienciada (Thompson, 1994; Thompson e Calkins, 1996 cit in Gratz e Roemer, 2004), sendo que esta conceptualização enfatiza a habilidade do indivíduo em inibir comportamentos inapropriados ou impulsivos e modular o seu comportamento em concordância com os seus objetivos, mesmo aquando da experiência de emoções negativas (Linehan, 1993; Melnick & Hinshaw, 2000 cit in Gratz & Roemer, 2004). Desta forma, a regulação emocional pode ser conceptualizada enquanto um constructo que envolve a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a habilidade para controlar os comportamentos impulsivos e comportar-se em concordância com os objetivos pretendidos mesmo experienciando emoções negativas, e a capacidade em utilizar, de uma forma flexível, estratégias de regulação emocional situacionalmente apropriadas para modular as respostas emocionais de modo a que os objetivos individuais e as exigências da situação sejam cumpridas (Gratz & Roemer, 2004). A presença de dificuldades na regulação emocional, ou desregulação emocional, adviria da relativa ausência de qualquer uma ou de mais destas capacidades (Gratz & Romer, 2004).

Werner e Gross (2010) descrevem quatro passos na regulação emocional, nomeadamente, pausar (*pausing*), notar (*noticing*), decidir quão controláveis são a emoção e a situação, e agir em concordância com os objetivos a longo prazo. Assim, e numa dada situação emocional, o indivíduo deve, numa primeira instância, deixar que a emoção surja sem qualquer tipo de evitamento, resistência (não posso sentir-me desta forma) ou reação impulsiva (fugir ou gritar de raiva). Numa segunda instância, o

indivíduo deverá estar ciente da resposta emocional primária e ser capaz de identificá-la (Mennin et al., 2005; Thompson, 1994 cit in Werner e Gross, 2010). Por sua vez, e numa terceira instância, a percepção da controlabilidade das emoções e da situação influenciará as ações realizadas subsequentemente com o intuito de alterar a experiência emocional (Hayes & Wilson, 1994 cit in Werner & Gross, 2010).

A investigação para compreensão das diferenças individuais da regulação emocional e consequências da implementação de diferentes estratégias tem-se centrado principalmente no estudo de duas estratégias de regulação emocional temporalmente distintas a nível do processo emocional: a reavaliação cognitiva (estratégia de regulação emocional antecedente) e a supressão emocional (estratégia de regulação emocional centrada na resposta) (Gross, & John, 2002; 1998). A caracterização destas estratégias tem sido levada a cabo através de diversas investigações laboratoriais e da utilização do *Emotion Regulation Questionnaire* (Gross & John, 2003).

Para compreender as implicações da utilização da reavaliação cognitiva e da supressão emocional, Gross e John (2002) desenvolveram diversas investigações laboratoriais. Têm sido demonstradas evidências empíricas (Gross & John, 2003), de que as estratégias de regulação emocional, especificamente, – a reavaliação cognitiva e supressão emocional – são usadas, implícita ou explicitamente, devido ao seu impacto emocional. A preferência da reavaliação cognitiva à supressão emocional parece ter maior associação com emoções agradáveis e na optimização do funcionamento e bem-estar psicológicos.

A nível afectivo, os resultados demonstraram que a supressão emocional e a reavaliação cognitiva têm consequências afectivas diferentes. A supressão emocional cria um sentimento de discrepância entre o que foi experienciado e o que o indivíduo mostra aos outros, conduzindo a emoções negativas acerca de si próprio, aumentando a alienação do indivíduo perante os outros e impedindo o desenvolvimento de relações emocionalmente próximas (John & Gross, 2004 cit in John & Gross, 2007). Pelo contrário, a utilização da reavaliação cognitiva está associada a experiência e expressão emocionais positivas. A nível social, a supressão emocional diminui quer a expressão de emoções positivas, quer a utilização de emoções negativas. Deste modo, compromete a responsividade social, ao impedir o acesso à memória (Richards & Gross, 2002), ao mesmo tempo que reduz a partilha das emoções, o que pode resultar num menor apoio

social e uma menor integração no grupo de pares. A nível de relações de intimidade, parceiros de indivíduos que utilizam a supressão emocional relatam um menor conforto na interacção (Butler et al., 2003, cit in Gross, 2008).

De acordo com Hilt, Hanson e Pollak (2011), as estratégias de regulação emocional podem interferir com os objetivos do indivíduo, como por exemplo conviver com os outros ou sentir-se feliz, se os indivíduos não as aprenderam ou não sabem como as aplicar de forma eficaz e quando as estratégias falham ou são usadas excessivamente. Os mesmos autores acrescentam que entre outros desfechos, a desregulação emocional pode resultar em relações interpessoais pobres, dificuldades em concentrar-se ou incapacidade em inibir emoções destrutivas.

Assim, a regulação emocional desempenha um papel fundamental no estabelecimento, motivação e organização do comportamento adaptativo, prevenindo níveis de stress elevados e um comportamento desadaptativo. Sendo este um processo de origem desenvolvimental, poderá constituir-se como uma grelha de leitura que permite a análise das diferentes trajectórias humanas (Soares, 2000), quer estas se situem num espectro dito normal (adaptativo), quer se situem num espectro dito patológico (desadaptativo) (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Dodge & Garber, 1991 cit in Cichetti, Ackerman & Izard, 1995).

Para actuar de forma adaptativa, os indivíduos necessitam de desenvolver a capacidade de diferenciar as emoções e conhecer a sua função para aprenderem a regular quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 1999 cit in Greenberg, 2002).

2. Apoio Social

2.1. Definição

São várias as definições de suporte social que surgem, na literatura, no entanto todas são unânimes. Uma das mais conhecidas e referidas na literatura é a de Sarason, Levine, Basham (1983), definindo-o como “a existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e que gostam de nós” (p. 127). Ponte e colaboradores (2008), referem que o

suporte social relaciona-se com os recursos que os sujeitos têm ao seu dispor, bem como as unidades sociais que o sujeito pode usufruir quando necessita de ajuda.

O apoio social, como referem Rodin e Salovey (1989) reduz o distress em situações de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças tal como ter um papel positivo na recuperação da doença. Apoio social define-se como a “existência ou a disponibilidade de pessoas em quem podemos confiar, que se preocupam connosco, que nos valorizam e que gostam de nós” (Saason, et al., 1983, p.127). Num contexto clássico, Cobb (1976) define o conceito de apoio social como a informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele, informação essa que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e tem valor, que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Segundo Dunst e Trivette (1990) o apoio social refere-se aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais, como pares e família, de quem recebem respostas satisfatórias a pedidos de assistência e ajuda. No âmbito da saúde e das doenças, Kessler et al. (1985) explicam que apoio social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos do stress.

Como referem Rodriguez e colaboradores (1998), o suporte social tende a aliviar o distress em situações de crise, a inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo adoce, tem um papel fundamental na recuperação da doença. Tal é comprovado por diferentes estudos. Autores como Symister e colaboradores (2003) e Vaux (1998) referem que os indivíduos com elevado suporte social apresentam um melhor ajustamento físico e mental e que os indivíduos socialmente isolados apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade mais elevada em comparação com os indivíduos que têm muitos contactos sociais. Também Ribeiro (1999) através de uma revisão da literatura verificou que todos os estudos sobre suporte social e saúde mostram uma forte correlação entre ambos os constructos. Segundo o autor, quando o indivíduo está sozinho e sente a doença, tende a preocupar-se mais com a doença, e a partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, o indivíduo altera o seu comportamento, aumentando a sua capacidade para enfrentar situações complicadas, a sua auto-estima é evidenciada e descobre o potencial que tem, aumentando a possibilidade de ter uma vida melhor. Por sua vez, Maia (2007), afirma que o apoio social é um dos melhores predictores de bem-estar em geral, sendo, em situações de

stress, um dos maiores factores protectores, assim, quanto maior o suporte social, menor será o mal-estar psicológico do indivíduo. A mesma autora refere ainda que o apoio social reforça o valor individual, a competência e a capacidade individual, reafirmando a confiança e a aliança entre as pessoas.

3. Comportamento Alimentar

Este trabalho não se centra na análise da perturbação alimentar, contudo a compreensão de potenciais mecanismos associados às diferentes perturbações podem ser úteis no sentido de formular hipóteses relativas às causas de um comportamento alimentar desadequado mas não patológico.

O comportamento alimentar é entendido como uma função conjunta de factores filogenéticos, que operam durante o processo de evolução de uma dada espécie, e de factores ontogenéticos, que operam nas interações de um dado organismo dessa espécie com seu ambiente (Catania, 1999).

O comportamento alimentar desadequado pode ser definido num contínuo entre as perturbações do comportamento alimentar e a preocupação com o peso e com a alimentação restritiva (Wein & Micheli, 2002, citado por Anshel, 2004). Enquanto este é, geralmente, uma reacção a uma situação da vida do sujeito, uma perturbação de comportamento alimentar é um distúrbio severo na conduta alimentar (American Psychiatric Association – APA, 2002). Os comportamentos alimentares desadequados não são, geralmente, acompanhados por pensamentos frequentes em relação à comida, à alimentação e à aparência física, ao contrário do que acontece na perturbação alimentar.

Padrões de comportamento alimentar desadequado podem levar alterações ponderais, problemas nutricionais, mas raramente a problemas médicos mais complicados, por outro lado, as perturbações de comportamento alimentar levam a problemas de saúde severos (Connors, 2001, citado por Anshel, 2004). Por último, e de acordo com Anshel (2004), os comportamentos alimentares desadequados requerem educação e podem diminuir sem tratamento, enquanto as perturbações de comportamento alimentar necessitam de um tratamento multi-disciplinar médico-psiquiátrico e psicológico.

Neste sentido, torna-se pertinente a apresentação da definição, sintomatologia e categorias diagnósticas das perturbações do comportamento alimentar, bem como a apresentação da definição das dimensões encontradas nos padrões de comportamento alimentar desadequado (Restrições cognitivas, desinibição alimentar e alimentação emocional) de forma a melhor entender a diferença entre comportamento alimentar perturbado não patológico e as perturbações da conduta alimentar.

3.1. Perturbações do comportamento alimentar (Definição, Sintomatologia e Categorias Diagnósticas)

As Perturbações do Comportamento Alimentar são caracterizadas por um distúrbio severo na conduta alimentar e uma excessiva preocupação com a forma e peso corporais (Herzog e Eddy, 2009), sendo que a classificação supracitada inclui dois diagnósticos específicos, nomeadamente a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association – APA, 2002) a Anorexia Nervosa é caracterizada por uma recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao normal para a idade e altura, medo intenso em ganhar peso ou engordar, uma indevida influência do peso e da forma corporal na autoavaliação e uma ausência, em jovens do sexo feminino após a menarca, de três ciclos menstruais consecutivos (amenorreia). A Anorexia engloba dois subtipos, mais concretamente o Tipo Restritivo, em que não há ingestão alimentar compulsiva ou recurso a purgantes, e o Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativa, em que ocorrem comportamentos bulímicos ou purgativos. Por outro lado, a Bulimia Nervosa implica a existência de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva e um recurso a comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, como por exemplo o recurso ao vómito. Durante os referidos episódios de ingestão alimentar, o indivíduo come, num curto período de tempo, uma quantidade de alimentos superior ao esperado e sente uma perda de controlo sobre o ato de comer. Em média estes episódios têm de ocorrer duas vezes por semana, durante três meses consecutivos. À semelhança da Anorexia, a Bulimia também engloba dois subtipos, nomeadamente o Tipo Purgativo, em que o indivíduo induz regularmente o vómito ou abusa de laxantes ou diuréticos, e o Tipo Não Purgativo, em que são utilizadas outras condutas compensatórias inapropriadas, tais como o exercício físico excessivo ou o jejum (APA, 2002). Duas características que distinguem a Bulimia da Anorexia são o peso (Herpertz-Dahlmann, 2008) e a impulsividade (Polivy & Herman, 2002), já que os bulímicos possuem na maioria das

vezes um peso normal, tendo alguns até um ligeiro excesso de peso, e frequentemente enveredam na promiscuidade sexual, tentativas de suicídio ou furtos em lojas (Matsunaga et al., 2000; Wiederman & Pryor, 1996 cit in Polivy & Herman, 2002). Polivy e Herman (2002) acrescentam que é a impulsividade que torna um aspirante a anoréxico em bulímico pois o indivíduo será menos capaz de manter a restrição alimentar, levando isto à ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva e aos comportamentos compensatórios subsequentes.

Para além dos diagnósticos acima referidos, o DSM-IV-TR indica dois diagnósticos adicionais: a Perturbação de Ingestão Compulsiva, que é uma categoria provisória indicada para mais investigação, e a Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, que constitui uma categoria residual (APA, 2002). Esta última categoria assume particular importância, pois muitos casos das duas principais perturbações mudam de características ao longo do tempo, e só possui um critério positivo, em que o indivíduo deve padecer de uma perturbação alimentar clinicamente relevante, e um critério negativo, em que o indivíduo não preenche os critérios quer de Anorexia Nervosa quer de Bulimia Nervosa (Palmer, 2003). Por outras palavras, um indivíduo que padeça de Anorexia ou Bulimia num dado momento pode mais tarde deixar de preencher os critérios associados ao referido diagnóstico mas continuar a ter um distúrbio alimentar significativo (Sullivan et al., 1998; Fairburn et al., 2000 cit in Palmer, 2003). Segundo os autores Treasure e Collier (2001) cerca de 50% das mulheres que desenvolvem Anorexia vêm mais tarde a padecer de Bulimia. Por isto, o diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação é por vezes o mais frequentemente conferido (Palmer, 2003).

3.2. Restrições cognitivas, desinibição alimentar e alimentação emocional

O conceito de restrições cognitivas ou restrição alimentar, surge do pressuposto de que fazer dieta é um factor determinante na regulação da ingestão (Herman & Mack, 1975). O comportamento restritivo passa a ser compreendido como o resultado da interacção entre factores fisiológicos, na origem do desejo de comida (apetite), e os esforços cognitivos para resistir a este desejo. Está implícito no conceito que os indivíduos que se envolvem em dietas restritivas se preocupam de modo compulsivo com o que comem e se esforçam em resistir ao apelo da comida.

Segundo Herman e Polivy (1980) factores emocionais como ansiedade actuam facilmente como desinibidores do apetite, provocando a perda de controlo e a sobre-ingestão ou a voracidade alimentar. Factores cognitivos como a percepção de já terem ultrapassado o limite auto-imposto de dieta, têm um efeito desinibidor da restrição e do apetite o que explica porque os sujeitos restritivos se descontrolam quando comem mais do que tinham planeado, ou porque comem mais numa refeição apresentada logo a seguir a uma primeira (contra-regulação). Enquanto os sujeitos restritivos comem mais quando sob o efeito de factores desinibitórios (e.g. ansiedade ou depressão), os sujeitos não restritivos tendem a comer menos quando estão deprimidos ou ansiosos.

A investigação tem demonstrado que, ao contrário do que seria de esperar, a restrição é mais elevada em indivíduos obesos do que nos sujeitos de peso normal (Moreira, 2001; Viana, 2000). Assim sendo, a maior sensibilidade do obeso aos estímulos do ambiente, seriam explicados por um desejo potenciado por carências não satisfeitas, não estando, portanto, intrinsecamente associados à obesidade.

Segundo Hamburger (1951) o estado emocional da pessoa reflete-se no seu apetite, aumentando-o ou diminuindo-o, sendo que comer em excesso serve a uma forte necessidade emocional, respondendo a tensões emocionais não-específicas ou resultando como uma gratificação substituta para situações de vida insuportáveis.

A alimentação emocional (*emotional eating*) é um fator que tem sido alvo de significativo interesse clínico e experimental, como forma de explicar as diferenças individuais na suscetibilidade para o aumento de peso. Este conceito traduz a tendência para comer em resposta a emoções negativas e sugere uma associação positiva entre emoções intensas, especialmente as emoções negativas, e a incidência da Perturbação de Ingestão Compulsiva em sujeitos obesos e não obesos (Azevedo, & Spadotto, 2004; Landeiro, 2012; Schotte, Cools & McNally, 1990). Os estados de humor negativo tais como sentir-se entediado, deprimido, ansioso, triste ou tenso têm sido associados ao despoletar de episódios de ingestão compulsiva, especialmente em estudantes do género feminino. De fato, estes aspetos emocionais promovem o recurso a estímulos imediatos que atuam enquanto «amortecedores de afeto», numa tentativa de escapar a emoções extremas ou a uma auto-consciência negativa, visando alcançar o equilíbrio emocional e, muitas vezes, compensar uma baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade e

insegurança (Corbalán-Tutau, 2012; Guertin, & Conger, 1999; Heatherton & Baumeister, 1991)

Os sujeitos com padrões de alimentação emocional aumentam o seu consumo alimentar em resposta a emoções negativas, pelo que níveis mais elevados de humor negativo parecem aumentar a frequência e a gravidade da alimentação emocional (Spoor et al, 2007). A alimentação emocional promove a descentração do evento stressante, constituindo-se como uma estratégia para aliviar as emoções negativas, resultantes de problemas do dia-a-dia ou mesmo do fracasso em manter uma dieta a longo prazo (Spoor et al, 2007), contribuindo para a produção de uma melhoria no humor e facilitando o combate aos efeitos negativos do stress (Heatherton & Baumeister, 1991).

Assim, é possível verificar que as emoções têm influência no comportamento alimentar, no entanto, a adopção de estratégias de regular as emoções ao poder ser feita de forma eficaz ou ineficaz pode determinar o comportamento alimentar.

3.3. Comportamento alimentar e regulação emocional

Neste estudo pretende-se compreender de que forma o processo de regulação das emoções está relacionado com o comportamento alimentar e se este pode ser um potencial determinante da ingestão alimentar dos indivíduos.

Ampla literatura tem confirmado que o sofrimento emocional mina a autorregulação (Baumeister, Zell & Tice, 2007), sendo que as emoções negativas resultam numa ingestão alimentar excessiva em indivíduos obesos (Van Strien & Ouwens, 2003 cit in Spoor, Bekker, Strien & Heck, 2007), nas mulheres com perturbações alimentares (Agras e Telch, 1998 cit in Spoor, Bekker, Strien & Heck, 2007) e em pessoas com peso normal que estão a realizar uma dieta (Polivy, Herman & McFarlane, 1994 cit in Spoor, Bekker, Strien & Heck, 2007).

Emoções específicas, tais como a raiva, medo, alegria ou a tristeza, afetam a ingestão alimentar durante todo o seu processo, como por exemplo na escolha dos alimentos (Gibson, 2006; Oliver & Wardle, 1999 cit in Macht, 2008) ou na quantidade ingerida (Greeno & Wing, 1994 cit in Macht, 2008), sendo que as investigações

indicam que a maioria das pessoas altera o seu comportamento alimentar como consequência do stress emocional (Macht, 2008).

Estudos têm demonstrado que os indivíduos que restringem a sua alimentação para reduzir ou manter o seu peso corporal (*restrained eaters*) (Herman e Mack, 1975 cit in Macht, 2008) consomem uma maior quantidade de comida do que os indivíduos que não restringem a sua alimentação em resposta a estados emocionais negativos ou ao medo (Greeno & Wing, 1994; Heatherton, Striipe & Wittenberg, 1998; Rotenberg e Flood, 1999; Rutledge & Linden, 1998; Tuschen, Florin & Baucke, 1993 cit in Macht, 2008). Ademais, os indivíduos que ingerem alimentos para lidarem com as emoções negativas (*emotional eaters*) (Bruch, 1973; Kaplan & Kaplan, 1957 cit in Macht, 2008), quando comparando com indivíduos que não o fazem, consomem mais alimentos com maior conteúdo de açúcar e gordura em resposta ao stress emocional (Oliver, Wardle e Gibson, 2000).

Hofmann, Rauch, e Gawronski (2007) verificaram que, quando os recursos de auto-regulação são pobres, o consumo de alimentos doces é predito pelas atitudes automáticas do indivíduo, mas quando os recursos de auto-regulação são elevados, são as metas estabelecidas pelo indivíduo que determinam a ingestão desses alimentos.

Segundo Canetti, Bachar e Berry (2001), quer os doces altamente calóricos, quer o álcool são frequentemente utilizados para regular as emoções. Stauber e colaboradores (2004), realizaram um estudo com crianças e adolescentes com obesidade, no qual verificaram que a ingestão compulsiva de alimentos se encontrava relacionada com pobres estratégias de coping.

No domínio específico da psicopatologia alimentar, os estudos experimentais têm documentado que a supressão do pensamento é realmente uma estratégia de regulação emocional não adaptativa. Exemplo disso, são estudos que comprovam que indivíduos que foram solicitados a suprimir pensamentos específicos e desagradáveis relacionados com a alimentação ou com determinados alimentos, demonstraram uma hiperacessibilidade a esses pensamentos indesejados e o endosso de comportamentos alimentares perturbados (Soetens & Braet, 2006; Wenzlaff & Wegner, 2000). Johnston, Bulik e Anstiss (1999) desenvolveram um estudo experimental, no qual era pedido a um

grupo de participantes para suprimirem o pensamento acerca de chocolate, sendo que ao segundo grupo não lhes era dada qualquer condição. Após o período de supressão, o grupo que tinha tentado suprimir o pensamento acerca de chocolate, demonstrava muito mais desejo por este alimento. Este estudo sugere que indivíduos que recorrem a estratégias de supressão do pensamento sofrem uma maior procura por comida ou um aumento da ingestão de alimentos (Johnston et al., 1999), predizendo também uma maior ocorrência de episódios de descontrolo alimentar, frequentemente associados a experiências e comportamentos relacionados com a obesidade.

O comportamento alimentar é multideterminado e somente uma análise psicobiológica é capaz de abordar as interações entre os fatores fisiológicos, psicológicos, genéticos e condições ambientais de um indivíduo. Assim, a capacidade para controlar a ingestão requer mecanismos especializados para harmonizar informações fisiológicas do meio interno com informações nutricionais do ambiente externo. De entre os fatores externos, dá-se destaque nesta investigação à questão ligada ao apoio social, sendo que este se pode revelar num factor determinante do comportamento alimentar.

3.4. Comportamento alimentar e apoio social

O apoio social encontra-se intimamente relacionado com a saúde do indivíduo (Serra, 1999). Assim, segundo Landim e colaboradores (2006), o apoio social pode proteger o indivíduo de perturbações induzidas por acontecimentos que geram grande stress e torna-se benéfico, uma vez que torna o indivíduo mais forte e em melhor condição para enfrentar os diferentes problemas com que se depara ao longo da vida. No entanto, o mesmo autor refere que as redes de apoio social podem, por vezes, ao contrário do que é esperado, significar perigo, uma vez que, por exemplo, o apoio dado permanentemente de forma unilateral, torna o indivíduo dependente desse apoio ou até mesmo comunidades inteiras. Os indivíduos com obesidade tendem a ter uma baixa percepção de apoio social, uma vez que, tal como vimos anteriormente, se isolam pelo facto de serem discriminados pela sociedade. No entanto, quando a percepção do apoio social é positiva, estes vêm os seus problemas de saúde a serem amenizados, tanto a nível físico como psicológico.

A literatura é escassa acerca do apoio social no indivíduo obeso, no entanto este tem um papel fundamental, uma vez que tem um efeito mediador no processo de saúde/doença. Andrade (2001) defende que o apoio social pode provocar alterações físicas e psicológicas nos obesos, influenciando os seus comportamentos e o evitamento de maus hábitos. Assim, indivíduos obesos com uma percepção positiva do seu apoio social, têm a tendência a seguir as prescrições de tratamento efectuadas pelo seu médico, uma vez que sentem o apoio, o que os faz ter motivação para tal, tendo também menos tendência ao desenvolvimento de perturbações no futuro.

Julga-se que a percepção de apoio social esteja associada a estados afectivos e emocionais, uma vez que o apoio social, quer seja emocional, quer instrumental, surge quando há acontecimentos de vida geradores de stress e traumáticos para o indivíduo (McNally, 1999). Assim, segundo Matos e colaboradores (2000), as percepções que os indivíduos obesos têm acerca do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais, que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade, ou seja, a capacidade que o indivíduo obeso tem para comunicar as suas necessidades e para pedir ajuda à sua rede social, e ainda de estilos cognitivos. O mesmo autor verificou ainda que o apoio social se refere às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para o indivíduo obeso, em determinados acontecimentos de vida, gerados pela sua condição. No entanto, a subjectividade e individualidade do apoio social depende da percepção individual de cada indivíduo, uma vez que esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados por alguém, traduzindo-se na crença generalizada do que os indivíduos desenvolveram acerca do que os outros sentem por eles e de que estão disponíveis quando necessário, suscitando-lhes satisfação em relação às relações que têm.

Podemos assim concluir que o apoio social é multidimensional e, diferentes níveis de apoio social têm impactos diferentes nos indivíduos ou grupos. Por exemplo, o indivíduo obeso com uma percepção positiva do seu apoio social tende a ter uma melhor adesão ao tratamento da obesidade, uma vez que tem apoio no seu meio envolvente, tendo o apoio social um efeito mediador no processo de saúde/doença.

Indivíduos obesos com uma percepção mais positiva do seu apoio social, têm uma melhor adaptação psicológica e social. O apoio social tem um efeito mediador no

processo saúde/doença no indivíduo obeso, pelo facto de que quanto maior a percepção de apoio social positiva, melhor o estado físico e psicológico do indivíduo. Indivíduos com uma baixa percepção de apoio social, tendem a sentir-se mais ansiosos e a deprimirem mais facilmente, isolando-se da sociedade.

Os hábitos de alimentares resultam da interacção de factores ambientais, psicológicos e biológicos. Assim, também a intenção ou compromisso em alterar um determinado comportamento poderá ser influenciada pela informação obtida através de um técnico de saúde, pelos amigos, familiares e meios de comunicação, pelas atitudes face ao alimento e pelo reforço social obtido com o novo comportamento.

Após a revisão da literatura acima efectuada é possível averiguar que existe uma possível relação entre as três variáveis deste estudo. Assim, é possível formular hipóteses no sentido em que os mecanismos de regulação emocional são potenciais determinantes do comportamento alimentar, bem como o apoio social pode também ser um factor determinante na adopção de comportamentos alimentares que podem ser ajustados ou perturbados. Isto é, mecanismos de regulação emocional adaptativos, que se traduzem na capacidade de regular emoções negativas de forma eficaz, poderão conduzir a comportamentos alimentares adequados e pelo contrário, dificuldade em controlar emoções negativas, adoptando estratégias de regular as emoções ineficazes, parecem estar na base de comportamentos desadequados ao nível do comportamento alimentar. Quanto ao apoio social, este parece estar relacionado com a determinação do comportamento alimentar no sentido em que quanto maior a percepção de apoio social menos probabilidade o indivíduo tem de adoptar comportamentos alimentares perturbados e, por outro lado, quanto menor a percepção de apoio social mais predisposição existe para que o indivíduo tenha comportamentos desadequados a este nível.

Capítulo II.

Método

1. Objectivos e hipóteses de investigação

O objectivo geral da presente investigação consiste em estudar em que medida a regulação emocional e o apoio social no jovem adulto são variáveis reguladoras do comportamento alimentar.

Tendo em conta a revisão da literatura, o objetivo enunciado e as variáveis seleccionadas, formularam-se algumas hipóteses. Em primeiro lugar, respectivamente à relação entre as variáveis apoio social (amizade, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) e comportamento alimentar, formulou-se a hipótese H1 onde é esperado que maiores índices de apoio social (amizade, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) estejam negativamente associados às perturbações do comportamento alimentar (restrições cognitivas, alimentação desinibida e *emotional eating*).

No que diz respeito à relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar, foram formuladas duas hipóteses (H2a e H2b). Na hipótese H2a espera-se que a adopção da supressão emocional (estratégia de regulação emocional) esteja associada positivamente com o comportamento alimentar desadequado. Por outro lado, na hipótese 2b espera-se que a reavaliação cognitiva esteja negativamente associada com o comportamento alimentar desadequado.

Embora não se caracterize como objectivo desta investigação, foram colocadas a título exploratório duas hipóteses que relacionam a variável regulação emocional e apoio social. Deste modo, na hipótese H3a é esperado que a supressão emocional esteja associada negativamente com a intimidade. Na hipótese H3b é esperado que a reavaliação cognitiva esteja positivamente associada com a intimidade.

2. Amostra

Foi recolhida uma amostra de conveniência constituída por 276 jovens adultos. A caracterização sociodemográfica da amostra é composta por 111 indivíduos do sexo masculino (40,2%) e por 165 indivíduos do sexo feminino (59,8%) , sendo a idade média dos participantes de 22, 62 anos (DP= 3,4).

Relativamente à nacionalidade dos participantes, a amostra é constituída por 267 indivíduos de nacionalidade portuguesa (96,7%), 7 indivíduos são de nacionalidade brasileira (2,5%), 1 de nacionalidade Angolana (0,4%) e 1 indivíduo de nacionalidade Cabo Verdiana (0,4%).

Quanto ao estado civil, 249 indivíduos são solteiros (90,2%), 22 sujeitos são casados/união de facto (8%), 4 sujeitos são divorciados (1,4%) e 1 indivíduo é viúvo (0,4%).

No que diz respeito às habilitações literárias, a média de anos de escolaridade é 13.6 (DP= 2,15), sendo o mínimo 6 anos e o máximo 20 anos de escolaridade.

Relativamente ao peso dos participantes, a média é de 64,9 Kg (DP=12,47) sendo o mínimo 42 Kg e o máximo 120 Kg. Quanto à altura dos participantes, a média é de 168,9 m (DP=9,09) sendo a altura mínima 145 m e a máxima 2 m. Dos participantes deste estudo 97 indivíduos (35,1%) fazem dieta e 179 indivíduos (64,9%) não fazem dieta. Relativamente aos motivos da dieta, 184 (66,7%) dos indivíduos não tem nenhum motivo específico, 39 sujeitos (14,1%) afirmam que o motivo é perder peso, 13 participantes (4,7%) fazem dieta por terem excesso de peso, 12 dos participantes (4,3%) fazem dieta devido ao desporto, 8 indivíduos (2,9%) afirmam que o motivo da dieta é por doença, 7 indivíduos (2,5%) fazem dieta por motivos de estética e bem-estar, 4 indivíduos (1,4%) fazem dieta para manter a forma física, 4 participantes (1,4%) afirmam que a sua dieta é por motivos de saúde, 3 participantes (1,1%) fazem dieta de forma a adoptarem uma alimentação saudável, 1 participante (0,4%) aponta o seu motivo de dieta para o vegetarianismo, 1 participante (0,4%) afirma que o motivo da sua dieta é gravidez.

A percentagem de indivíduos que actualmente faz algum tipo de restrição alimentar é de 15,6% (n=43) e 84,44% dos participantes (n=233) não fazem nenhum tipo de restrição alimentar. Dos participantes que fazem restrições alimentares, 11 (4%) fazem restrições devido à dieta, 9 participantes (3,3%) fazem restrições no açúcar, 8 participantes (2,9%) fazem restrições ao nível dos hidratos de carbono, 7 participantes (2,5%) afirmam fazer restrição alimentar no *fast-food* e fritos, 3 indivíduos (1,1%) fazem restrições alimentares ao nível da lactose e glúten, 2 indivíduos (0,7%)

restringem a sua alimentação quanto à gordura, 2 indivíduos (0,7%) fazem restrições relativamente às carnes vermelhas e 1 participante (0,4%) faz uma dieta hiperproteica.

Relativamente à média do tempo da última vez que o participante ingeriu algum alimento foi 95,05 minutos (DP=105,89) sendo o mínimo 1 minuto e o máximo 780 minutos.

Quanto à escala apresentada que quantifica o “sentir fome” durante a realização do questionário a média das respostas é 2,76 (DP=2,46).

Os critérios de inclusão da amostra obedeceram aos seguintes aspectos: indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos, sem perturbações do comportamento alimentar.

3. Instrumentos

3.1. QRE: Questionário de Regulação Emocional (Emotion Regulation Questionnaire, Gross e John, 2003)

Gross e John (2003), investigadores de referência no domínio da regulação emocional, desenvolveram o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) com o objectivo de criar um método de avaliação de estratégias de regulação emocional e de compreensão das diferenças individuais na utilização destas estratégias em situações específicas. Para além disso, os autores pretendiam também compreender as implicações da utilização de diferentes estratégias de regulação emocional em indivíduos com percursos adaptativos e desadaptativos. Para criação de um instrumento de avaliação da capacidade de regulação emocional e obtenção das suas características psicométricas Gross e John (2003) implementaram cinco estudos com os seguintes objectivos: (1) Criação de um instrumento de avaliação da capacidade de regulação emocional, (2) Estabelecimento de uma rede nomológica, para compreensão da relação da capacidade de regulação emocional com outros construtos, (3) Compreensão da influência da capacidade de regulação emocional nas respostas emocionais, (4) Aprofundamento das implicações da capacidade de regulação emocional no funcionamento social e (5) Conhecimento da influência da regulação emocional no bem-estar. O primeiro estudo teve como principal objectivo criar o ERQ (Gross e John, 2003) e avaliar a validade de construto do instrumento. Na elaboração dos itens, os autores tiveram especial cuidado em avaliar apenas uma estratégia de regulação

emocional específica por item. Para além disso, optaram pelo desenvolvimento de itens de carácter geral, desenvolvendo pelo menos um item relativo à regulação de emoções desadaptativas e um item relativo à regulação de emoções mais adaptativas. O estudo instrumental de validação do instrumento foi implementado numa amostra de 1483 participantes, dividida em quatro amostras, tendo os autores realizado uma Análise Factorial em Componentes Principais, com rotação Varimax. Em todas as amostras, os resultados evidenciaram a existência de dois factores. O primeiro factor constituído por itens de Reavaliação Cognitiva (RC) da situação e o segundo factor constituído por itens que avaliam a Supressão Emocional (SE). Estes dois factores contribuem para mais de 50% da variância nas quatro amostras. Os itens de regulação emocional para emoções adaptativas ou desadaptativas foram integrados no mesmo factor, na escala de reavaliação cognitiva e de supressão emocional. Respectivamente à consistência interna os valores são: Reavaliação Cognitiva $\alpha=.79$, Supressão Emocional $\alpha=.73$.

3.2. ESSS : Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999).

Esta escala foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) especificamente para a população portuguesa, com o objectivo de verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e actividades sociais. Este instrumento avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, focalizando o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Siqueira, 2008). Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo likert, com cinco posições, nomeadamente, concordo totalmente, concordo na maior parte, nem concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente. Avalia quatro dimensões, com valores de consistência interna que variam entre 0.64 e 0.83, sendo o valor para a escala global de 0.85, o que revela uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999). O primeiro factor, denominado satisfação com os amigos (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem. Inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor diz respeito à intimidade (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro factor, satisfação com a família (SF) e mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9, 10, 11). O último factor, actividades sociais (AS) mede a satisfação com as actividades sociais que

os indivíduos realizam. Inclui três itens (2, 7, 8). A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada factor resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos factores. Os itens são 50 cotados atribuindo o valor 1 aos itens assinalados com A e 5 aos itens assinalados com E. são excepções os itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, nos quais o valor 1 é atribuído aos itens assinalados com E e o valor 5 aos itens assinalados com A. A nota total da escala pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social. De acordo com Baptista e colaboradores (2006), a pontuação da escala pode ser dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar se o suporte social é considerado alto, médio ou baixo. Assim, considera-se alto suporte social quando a pontuação se situa entre 51 e 75 pontos, médio suporte social entre 26 e 50 pontos e baixo suporte social até 25 pontos. Respectivamente à consistência interna os valores são: Satisfação com as amizades: $\alpha = .771$; Intimidade: $\alpha = .718$; Satisfação com a família: $\alpha = .639$; Actividades Sociais: $\alpha = .622$.

3.3. TFEQ - Three-Factor Eating Questionnaire (A. J. Stunkard & S. Messick, 1985)

O *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) construído em 1985 por Stunkard e Messick contém 51 itens e mede três dimensões acerca do comportamento alimentar: Restrição cognitiva (Factor I-21 itens); Desinibição alimentar (Factor II- 16 itens) e Fome (Factor III- 14 itens).

A dimensão restrição coognitiva caracteriza-se pela restrição intencional do consumo alimentar para a regulação ponderal. A desinibição alimentar está associada a flutuações de peso e traduz a facilidade com que alguém que come moderadamente se descontrola, perdendo critério em relação à selecção, frequência, qualidade da sua alimentação, acabando por comer compulsivamente, e conseqüentemente aumentando de peso. A dimensão "fome" (*emotional eating*) refere-se à alimentação desencadeada por sentimentos, emoções ou tensão psíquica.

Foram feitas duas revisões desta escala, com menor número de itens a TFEQ-R18 com 18 itens e a TFEQ-R21 com 21 itens.

Nas escalas de Likert o score dos itens varia entre 1 e 4. A pontuação é dada pelo score dos itens. Na escala dicotómica cada opção corresponde a uma dimensão e a

pontuação é dada pelo somatório de cada dimensão. Quanto às propriedades psicométricas o valor de alfa de Cronbach no Factor I (20 itens) 0.90, no Factor II (19 itens) 0.87 e no Factor III (20 itens) 0.82.

A escala reduzida TFEQ-R18 construída por Karlsson J., Persson L-O., Sjöström L. e Sullivan M. avalia as mesmas dimensões que a escala TFEQ. É composto por 18 itens, onde 9 corresponde a “Fome”(emotional eating), 6 restrição alimentar e 3 desinibição alimentar. Numa escala de *likert* de 4 pontos (1- Concordo totalmente; 2- Concordo na maior parte; 3- Discordo na maior parte; 4- Discordo totalmente). Respetivamente à tradução da escala, foi de autoria própria. Em relação às características psicométricas para cada uma das três dimensões são acima do nível de 0.70, mas inferior a 0.90. Neste estudo os valores de consistência interna adquiridos foram para Restrição alimentar (“Cognitive Restraint”) $\alpha=.78$; Alimentação desinibida $\alpha=.88$; alimentação emocional $\alpha=.84$.

3.4. Questionário Demográfico

Foi aplicado um questionário demográfico, com o intuito que questionar o participante acerca do seu sexo; idade; nacionalidade, habilitações literárias; estado civil; qual o peso do participante (kg) e altura (Cm), se já fez alguma dieta alimentar e qual foi o motivo dessa dieta; se se encontra a fazer algum tipo de restrição alimentar e se sim qual; se teve ou tem algum diagnostico de Perturbação Alimentar ou Obesidade; há quanto tempo comeu pela última vez e a ultima questão colocada numa escala de 0 a 10, 0 indica “nenhuma fome” e 10 “muita fome”.

4. Procedimento

Os questionários realizados aos participantes deste estudo foram disponibilizados através da plataforma online Qualtrics. Anteriormente à apresentação do protocolo, foi fornecido ao participante um consentimento informado que consiste numa breve explicação do objectivo do estudo e as características da recolha de informação, isto é, o seu carácter anónimo e voluntário, com a inexistência de respostas certas ou erradas, bem como a possibilidade de desistir a qualquer momento, colocando o investigador disponível para responder a qualquer questão decorrente da sua participação no estudo. Após a apresentação do consentimento informado seguiram-se as três escalas utilizadas: primeiro o *Questionário de Regulação Emocional (ERQ)*, de

seguida a *Escala de Suporte Social (ESSS)* e por fim a *Escala de comportamento alimentar 3 fatores (TFEQ-R 18)*. Por último foi apresentado um questionário demográfico. A recolha da amostra decorreu entre os meses de Dezembro de 2014 e Abril de 2015 e tiveram a duração média de respostas de 15 minutos.

As respostas ao protocolo foram pedidas através do e-mail ou pessoalmente e com a tentativa de ter uma distribuição o mais equitativa possível em termos de distribuição de sexos, sendo portanto, uma amostra de conveniência.

Posteriormente, os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente através do programa *PASW- Statistics 19*.

O presente estudo tem carácter transversal, tendo como principal objetivo estudar em que medida os estilos de regulação emocional e o apoio social dos jovens adultos estão relacionados com o comportamento alimentar.

Capítulo III

Resultados

1. Apresentação dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas com base nos dados recolhidos, sendo salientados os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo, organizados de acordo com os objectivos e hipóteses que foram colocadas. Neste ponto, a apresentação dos resultados obtidos reveste-se de carácter meramente descritivo, uma vez que a discussão dos resultados será feita no ponto seguinte: Discussão dos Resultados.

De forma a entender mais pormenorizadamente o tipo de relações entre as três variáveis em estudo, foram efectuadas três regressões lineares, com o objectivo de testar se os dados que vão de encontro às hipóteses em estudo.

Para testar a hipótese 1, onde se espera que maiores índices de apoio social (amizade, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) estejam negativamente associados às perturbações do comportamento alimentar (restrições cognitivas, alimentação desinibida e *emotional eating*), foi realizada a regressão do comportamento alimentar sobre o apoio social (Tabela 1).

Tabela 1: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão do Comportamento Alimentar sobre o Apoio Social

	Coeficientes estandardizados	Erro padrão	Coeficientes não estandardizados Beta	T	Sig.
Restrições Cognitivas- <i>Cognitive Restraint</i>					
Constante	18.22	1.01		17.98	.000
Satisfação amizade	-.00	.06	-.00	-.04	.972
Intimidade	.05	.07	.05	.68	.495
Satisfação família	.11	.08	.09	1.29	.198
Atividades sociais	.07	.08	.06	.85	.396
$R^2 = .021$; R^2 ajustado = .006; $F(4,270) = 1.447$; $p=.219$					
Alimentação desinibida- <i>Uncontrolled eating</i>					
Constante	20.77	1.52		13.66	.000
Satisfação amizade	-.12	.09	-.11	-1.35	.179
Intimidade	.12	.10	.09	1.20	.233
Satisfação família	.16	.12	.09	1.33	.184
Atividades sociais	.13	.12	.07	1.04	.297
$R^2 = .020$; R^2 ajustado = .006; $F(4,271) = 1.394$; $p=.236$					
<i>Emotional Eating</i>					
Constante	6.48	.72		9.00	.000
Satisfação amizade	.04	.04	.06	.82	.413
Intimidade	.05	.05	.08	1.12	.264
Satisfação família	-.01	.06	-.01	-.15	.885
Atividades sociais	.13	.06	.15	2.20	.029
$R^2 = .055$; R^2 ajustado = .041; $F(4,271) = 3.953$; $p=.004$					

Como podemos observar na tabela 1 não existe uma relação significativa entre as dimensões Apoio Social e Restrições Cognitivas e Alimentação Desinibida.

Verifica-se que as dimensões do Apoio Social explicam 5,50% da variância do *Emotional Eating*. Esta relação é positiva, o que significa que maiores índices de atividades sociais associam-se a mais *emotional eating*. A hipótese 1 não se confirma.

Para testar a hipótese 2a onde se espera que a supressão emocional esteja associada positivamente com o comportamento alimentar desadequado e ainda a hipótese 2b onde se espera que a reavaliação cognitiva esteja negativamente associada

com o comportamento alimentar desadequado, procedeu-se à regressão do comportamento alimentar sobre a regulação emocional (Tabela 2).

Tabela 2: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão do Comportamento Alimentar sobre a Regulação Emocional

	Coeficientes estandardizados	Erro padrão	Coeficientes não estandardizados Beta	T	Sig.
<i>Restrições Cognitivas- Cognitive Restraint</i>					
Constante	19.87	1.07		18.55	.000
Supressão emocional	.06	.04	.08	1.36	.174
Reavaliação cognitiva	-.01	.03	-.01	-.23	.815
$R^2 = .007$; R^2 ajustado = .000; $F(2,272) = .935$; $p = .394$					
<i>Alimentação desinibida- Uncontrolled eating</i>					
Constante	23.56	1.61		14.64	.000
Supressão emocional	-.08	.06	-.08	-1.29	.199
Reavaliação cognitiva	.03	.05	.04	.58	.562
$R^2 = .007$; R^2 ajustado = .000; $F(2,273) = .942$; $p = .391$					
<i>Emotional Eating</i>					
Constante	9.26	.78		11.91	.000
Supressão emocional	-.09	.03	-.02	-.25	.803
Reavaliação cognitiva	-.01	.02	-.02	-.40	.693
$R^2 = .001$; R^2 ajustado = -.006; $F(2,273) = .119$; $p = .888$					

Como podemos observar na tabela 2 não existe uma relação significativa entre as dimensões da Regulação Emocional e do Comportamento Alimentar.

Para testar a hipótese 3a onde se espera que a supressão emocional esteja associada negativamente com a intimidade e ainda a hipótese 3b onde é esperado que a reavaliação cognitiva esteja positivamente associada com a intimidade, procedeu-se à regressão da regulação emocional sobre o apoio social (Tabela 3).

Tabela 3: Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da Regulação Emocional sobre o Apoio Social.

	Coeficientes estandardizados	Erro padrão	não Coeficientes estandardizados Beta	T	Sig.
Supressão Emocional					
Constante	4.95	.35		17.98	.000
Satisfação amizade	.10	.10	.08	.97	.332
Intimidade	-.41	.09	-.32	-4.45	.000
Satisfação família	-.15	.08	-.12	-1.74	.083
Atividades sociais	.11	.08	.09	1.32	.188
$R^2 = .097$; R^2 ajustado = .083; $F(4,271) = 7.238$; $p = .000$					
Reavaliação Cognitiva					
Constante	4.15	.32		13.03	.000
Satisfação amizade	-.03	.10	-.03	-.33	.742
Intimidade	.21	.08	.18	2.45	.015
Satisfação família	-.01	.08	-.01	-.13	.897
Atividades sociais	-.02	.08	-.02	-.31	.755
$R^2 = .026$; R^2 ajustado = .011; $F(4,271) = 1.791$; $p = .131$					

Através da análise da tabela 3 pode afirmar-se que o Apoio Social explica 9,70% da variância da Supressão Emocional. A relação é negativa o que indica que mais intimidade associa-se a menores níveis de supressão emocional. O facto desta regressão ser significativa permite testar a hipótese 3a.

As dimensões do Apoio Social explicam 2,60% da variância da Reavaliação Cognitiva. A relação é positiva, o que indica que a maiores índices de intimidade associam-se maiores índices de reavaliação cognitiva. O facto desta regressão ser significativa permite testar a hipótese 3b.

2. Discussão

Esta investigação teve como objectivo estudar a potencialidade da regulação emocional e do apoio social como reguladores do comportamento alimentar. Perante o exposto na literatura é possível verificar que existe uma relação entre as variáveis em estudo, no entanto a revisão da literatura centra-se no estudo da patologia do

comportamento alimentar. Contudo, esta investigação propôs-se a estudar esta relação entre variáveis numa população não clínica, isto é, sem perturbações da conduta alimentar pois estes factores podem estar na base de comportamentos desajustados que podem eventualmente conduzir a perturbações sub-clínicas.

No seguimento dos dados acima apresentados e no que diz respeito à primeira hipótese apresentada, onde se esperava que maiores índices de apoio social (satisfação com a amizade, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) estivessem negativamente associados às perturbações do comportamento alimentar (restrições cognitivas, alimentação desinibida e *emotional eating*), foi possível verificar que a hipótese não foi confirmada mas que foi encontrada uma associação significativa entre uma das dimensões do apoio social – atividades sociais – e uma das dimensões do comportamento alimentar, o *emotional eating*. Estes resultados contrariam parte da literatura.

Segundo a literatura, o apoio social encontra-se intimamente relacionado com a saúde do indivíduo (Serra, 1999). Assim, segundo Landim e colaboradores (2006), o apoio social pode proteger o indivíduo de perturbações induzidas por acontecimentos que geram grande stress e torna-se benéfico, uma vez que torna o indivíduo mais forte e em melhor condição para enfrentar os diferentes problemas com que se depara ao longo da vida. No entanto Landim e colaboradores (2006) referem que as redes de apoio social podem, por vezes, ao contrário do que é esperado, significar perigo, uma vez que, por exemplo, o apoio dado permanentemente de forma unilateral, torna o indivíduo dependente desse apoio ou até mesmo comunidades inteiras.

Por outro lado, Spoor e colaboradores afirmam que a alimentação emocional promove a descentração do evento stressante, constituindo-se como uma estratégia para aliviar as emoções negativas, resultantes de problemas do dia-a-dia, contribuindo desta forma, segundo Heatherton e Baumeister (1991), para a produção de uma melhoria no humor e facilitando o combate aos efeitos negativos do stress.

A associação encontrada neste estudo entre as atividades sociais e o *emotional eating* indica que quanto maior a satisfação com as atividades sociais, mais o indivíduo recorre a uma alimentação emocional. Esta relação pode ser justificada através da procura de sensações, isto é, um indivíduo que se sinta satisfeito com as atividades

sociais pode sentir necessidade de recorrer a estímulos imediatos (alimentação) com o objectivo de encontrar as mesmas sensações de conforto que a actividade social lhe transmite, visando desta forma alcançar o equilíbrio emocional em diferentes contextos da sua vida.

A hipótese 2, que engloba as variáveis regulação emocional e comportamento alimentar, diz respeito à possível relação entre as diferentes estratégias de regulação emocional e os tipos de comportamento alimentar adoptados. Esta divide-se na hipótese 2a onde se espera que a supressão emocional esteja associada positivamente com o comportamento alimentar desadequado, sendo que esta hipótese não foi confirmada e na hipótese 2b, onde se espera que a reavaliação cognitiva esteja negativamente associada com o comportamento alimentar desadequado também não foi confirmada. O facto destas hipóteses não terem sido confirmadas não vai de encontro à literatura já que as investigações indicam que a maioria das pessoas altera o seu comportamento alimentar como consequência do stress emocional (Macht, 2008).

Segundo a literatura, indivíduos que utilizam a supressão emocional sofrem mais episódios de descontrolo alimentar, havendo uma maior procura e ingestão de alimentos, o que está fortemente associado a experiências e comportamentos relacionados com a obesidade (Johnston et al., 1999). Segundo vários autores (Corbalán-Tutau, 2012; Guertin & Conger, 1999; Heatherton & Baumeister, 1991) aspetos emocionais negativos promovem o recurso a estímulos imediatos que atuam enquanto «amortecedores de afeto», numa tentativa de escapar a emoções extremas ou a uma auto-consciência negativa, visando alcançar o equilíbrio emocional e, muitas vezes, compensar uma baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade e insegurança.

Contudo, os resultados deste estudo não verificam nenhuma associação significativa entre as variáveis regulação e comportamento alimentar. Segundo a teoria existente acerca destes domínios, poderia ser possível obter resultados significativos que comprovassem a potencialidade da regulação das emoções como factor determinante das escolhas alimentares dos indivíduos. No entanto, a teoria centra-se maioritariamente na população clínica, com perturbações do comportamento alimentar ao contrário deste estudo, que é aplicado numa população jovem saudável. Nos resultados obtidos nesta investigação não se encontram sugestões de que a população jovem recorra à alimentação como reguladora de estados emocionais.

Estes resultados podem ser também justificados com base na cada vez maior consciencialização e interesse pela alimentação a nível da sua influência no bem-estar pessoal e na procura do equilíbrio nutricional e de saúde. Actualmente assiste-se a uma maior necessidade de procurar formas de alimentação que permitam atingir a aceitação social tão valorizada, quer a nível de aparência física, quer de integração de grupo de tal forma que, segundo Almeida (2004), o modo como nos alimentamos demonstra uma inclusão num determinado grupo. Efetivamente, neste estudo, podemos verificar que a amostra é maioritariamente composta por indivíduos com um peso saudável e que na sua grande maioria não fazem restrições alimentares, o que pode ser um indicador da consciencialização existente acerca da importância de adoptar e manter escolhas alimentares saudáveis e adequadas. Assim, os resultados obtidos neste estudo apontam para que a população jovem é capaz de utilizar estratégias de regulação emocional adaptativas, não recorrendo à ingestão calórica excessiva, restritiva ou emocional para regular as suas emoções.

Foi ainda formulada a hipótese 3 que diz respeito à relação entre a regulação emocional e o apoio social. Na hipótese 3a, era esperado que a supressão emocional estivesse associada negativamente com a intimidade, o que foi comprovado com os resultados obtidos. Este resultado encontra-se em concordância com a literatura pois segundo John e Gross (2007) a supressão emocional, por ser uma estratégia de regulação das emoções que ocorre posteriormente no processo emocional e que tem como objectivo a modificação da componente comportamental sem reduzir a experiência emocional negativa, exige que o indivíduo implemente esforços contínuos que são geradores de mal-estar, conduzindo a emoções negativas acerca de si próprio e impedindo o desenvolvimento de relações emocionalmente próximas. A supressão emocional compromete a responsividade social e reduz a partilha de suas emoções o que pode resultar num menor apoio social. Assim, indivíduos que utilizam como estratégia de regular as emoções a supressão emocional demonstram menor conforto na relação (Butler (2003).

A hipótese 3b, onde seria esperado que a reavaliação cognitiva estivesse positivamente associada com a intimidade foi igualmente comprovada, sendo que os resultados indicam que a utilização da estratégia da reavaliação cognitiva como reguladora das emoções traduz maior conforto nas relações de intimidade. Segundo

Gross (2004), a utilização da reavaliação cognitiva está associada a experiências emocionais positivas e com a otimização do funcionamento e bem-estar psicológicos.

Conclusão

O comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência direta apresenta na saúde e na doença. Pelas suas características ele é «intrinsecamente» investigável através dos métodos da Psicologia. O estudo do comportamento alimentar e dos seus determinantes torna-se fundamental numa época em que são conhecidos os efeitos devastadores para a saúde física e psicológica de situações nutricionais desajustadas, daí a pertinência da aplicação da Psicologia a este domínio visando a prevenção.

O vasto corpo de investigação sobre os determinantes do comportamento alimentar aponta para que este é influenciado por múltiplos fatores - genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais - cuja totalidade de interações ainda não é conhecida. Esta investigação propôs-se a estudar dois factores potencialmente determinantes do comportamento alimentar: a regulação emocional e o apoio social.

Não foram encontrados resultados conclusivos no que diz respeito à influência da regulação emocional na determinação do comportamento alimentar, o que pode ser justificado por não se tratar de uma amostra clínica com perturbações do comportamento alimentar mas sim uma população jovem e saudável. Por outro lado, a desejabilidade social pode ter tido influência nos resultados obtidos sendo que os estudos relativamente ao comportamento alimentar são sensíveis no sentido em que existe alguma tendência para “esconder” comportamentos que possam ser socialmente reprovados..

Considera-se que outros resultados poderiam ser obtidos caso a amostra do estudo se caracterizasse por uma população mais diferenciada em termos etários, comparando uma população clínica com uma população não clínica.

Referências

- Abdul-Missagh, G., Marini, N., Jabalourwala, S., & Steiger, H. (1999). Seasonal mood patterns in eating disorders. *General Hospital Psychiatry, 21*, 354-359.
- Addessi, E., Galloway, A.T., Visalberghi, E., & Birch, L.L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite, 45*, 264-271.
- Almeida M. D. V. (2004). Nós comemos aquilo que somos: uma abordagem aos determinantes do consumo alimentar, *Alimentação Humana*.10:299-105.
- American Psychological Association (APA). (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (ed.6). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anshel, M. H. (2004). Sources of disordered Eating Patterns between Ballet Dancers And Non- Dancers. *Journal of Sport Behavior, 27*, 115-133.
- Azevedo, M. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP, 12*(2): 127-144
- Barret, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology, 58*, 373-403.
- Baumeister, R. F., Zell, A. L. & Tice, D. M. (2007). How Emotions Facilitate and Impair Self-Regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 408-426). New York: Guilford.
- Birch, L. L. (1980). Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers food preferences. *Child Development, 51*, 489-496.
- Björntorp, P. (1995). Endocrine abnormalities of obesity. *Metabolism, 44* p.21-23.
- Bridges, L. J., Denham, S. A. & Ganiban, J. M. (2004) Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development, 75*, 2, 340-345.

- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research: Theory & Practice*, 19(3), 261-271.
- Butler, E.A., Egloff, B., Wilhelm, F., Smith, N., Erickson, E., & Gross, J.J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 46-67.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Christensen, L. (2001). The effect of food intake on mood. *Clinical Nutrition*, 20 (Suppl.1), 161-166.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Contento, I., Williams, S., Michela, J., & Franklin, A. (2006). Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *Journal of Adolescent Health*, 38, 575-582.
- Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp.*;27(2):645-651
- Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 608-613.
- Damásio, A. (2000) *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. 6ª. Edição. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. R. (2003) *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções e Sociais e a Neurologia do sentir*. Publicações Europa-América, p. 28-86.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.

- Ekman, P. (1994). All emotions Are Basic. In P., Ekman. & Davidson, R.J. (1994). The nature of emotion: Fundamental questions. (pp.15-19). New York: Oxford University Press.
- Fox, N. A. & Calkins, S. D. (2003). The Development of Self-Control of Emotion: Intrinsic and Extrinsic Influences. *Motivation and Emotion*, 27 (1), 7-26.
- Fridja, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gondim, S.M., Techio, E.M., Paranhos, J., Moreira, P., Brantes,C., Sobrinho, J.B., & Santana, V. (2013). Imigração e Trabalho: Um estudo sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação contra Estrangeiros. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 151-163.doi:10.5327/Z1982-1247201300020003
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1).
- Gray, J. A. (1987) *The psychology of fear and stress* .Cambridge: Cambridge University Press (ed.2).
- Gross, J. J. (1999) Emotion regulation: past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J.J., & Muñoz, R. (1995). Emotion Regulation and mental health. *Clinical Psychology. Science and practice*, 2(2), 151-164. Gross, J.J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: conceptual foundations. In Gross, J.J. (Eds.). *Handbook of Emotion Regulation*. (p. 3-24). New York: The Guildford Press.
- Hamburger, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483-499.
- Heatheron, T. & Baumeister, R. (1991). Binge Eating as Escape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin*, 110: 86-108
- Herman, C., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.

- Herman, C., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herzog, D. B. & Eddy, K. T. (2009). Eating disorders: What are the risks? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(8), 782-783. doi:10.1097/CHI.0b013e3181aa 03d7.
- Hilt, L. M., Hanson, J. L. & Pollak, S. D. (2011). Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence*, 3, 160-169. doi:10.1016/B978-0-12-373915-5.00112-1.
- Hoeskma, J., Oosterlaan, J. & Schipper, E.M. (2004) Emotion regulation and the dynamics of feelings: A conceptual and methodological framework. *Child Development*, 75, 2, 354-360.
- Keltner, D. & Ekman, P. (2004) Facial expression of emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.237-245) New York: The Guilford Press.
- Kemper, T. D. (2004) Social models in the explanations of emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones. *Handbook of emotions*.(pp.45-58) New York: The Guilford Press (2ed.).
- Klesges, R. C., Stein, R. J., Eck, L. H., Isbell, T. R., & Klesges, L. M. (1991). Parental influences on food selection in young children and its relationships to childhood obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53,859-864.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J.A. (1999). Emotion and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13, 575–599.
- Landim, F., Comaru, J., Mesquita, R., & Collares, P. (2006). Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. *Cogitare Enfermagem*, 11(1): 16-23.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11. doi:10.10162007.07.002.

- Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: A field study. *Eating Behaviors*, 6, 109-112.
- Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3): 243-253.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds?: Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175–190.
- McNally, S., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 309-314.
- Moreira, P. (2001). Ingestão nutricional e estratégias de controlo de peso associados ao comportamento alimentar restritivo numa amostra de estudantes da Universidade do Porto. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Oatley, K. & Jenkins, J. M. (1996) Understanding emotions. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Ogden, J. (2003). The psychology of eating: From healthy to disordered behavior. U.S.A.: Blackwell Publishing.
- Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Psychology & Behavior*, 3, 511-515.
- Oliver, G., Wardle, J. & Gibson, E. L. (2000). Stress and Food Choice: A Laboratory Study. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853-865.
- Palmer, B. (2003). Concepts of Eating Disorders. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 1-10). Chichester: Wiley.
- Pirke K, Laessle R. (1993). Restrained eating. In: Stunkard A. Wadden T. Eds. *Obesity: Theory and therapy* (ed.2) New York: Raven Press, p. 151-162.
- Pirke, K.M. y Laessle, R.G. (1993): “Restrained eating”, in Stunkard, A.J. y Wadden, T.A. (eds.), *Obesity: Theory and therapy*. 2nd ed., New York, Raven Press, págs. 151-161.

- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Ponte, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS Social Support Survey. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa ISPA, 53-56.
- Rosa, M., Gonçalves S. (2011). Moderadores e mediadores da relação entre a psicopatologia e a obesidade ou sobrepeso na adolescência. *Psicologia, saúde e doenças* 224-236
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 127-139.
- Scherer, K.R. (1987). Toward a dynamic theory of emotion: the component process model of affective states. *Geneva Studies in Emotion and Communication*, 1(1), 1-98.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Solomon, R. C. (2004) The philosophy of emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.3-15) New York: The Guilford Press.
- Strongman, K. T. (1996) *The psychology of emotion. Theories of emotion in perspective*. 2nd. Ed. New York: John Wiley & Sons.
- Spillman, D. (1990). Survey of food and vitamin intake responses reported by university students experiencing stress. *Psychological Reports*, 66, 499-502.
- Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Strien, T. V. & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376. doi:10.1016/j.appet.2006.10.005.
- Stone, A. A., & Brownell, K. D. (1994). The stresseating paradox: Multiple daily measurements in adult males and females. *Psychology & Health*, 9, 425-436.

- Stunkard, A.J. y Messick, S. (1985): “The Three-Factor Eating Questionnaire to measure restraint, disinhibition and hunger”, *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Viana, V. (2000). Psicologia, saúde e nutrição: Estudo do comportamento alimentar, do estado de nutrição e de alguns factores psicossociais associados num grupo de adolescentes. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (p. 13-37). New York: Guilford.
- Westenhoefer J, Broeckmann P, Munch A, Pudel V. Cognitive control of eating behaviour and the disinhibition effect. *Appetite*. 1994; 23, 27-41.
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive Behaviors*, 25(2), 205-216.

APÊNDICES

Apêndice I:

Protocolo de avaliação

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro participante,

Convido-o a participar neste estudo, que tem como objectivo perceber em que medida a regulação emocional se relaciona com os comportamentos alimentares e com o suporte social em jovens adultos (18 a 30 anos).

A sua participação consiste no preenchimento dos seguintes questionários e tem um carácter voluntário. Se desejar, pode desistir qualquer momento, invalidando, assim, a participação no estudo. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, pelo que não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que é importante que responda a todas as questões.

Deve sentir-se completamente à vontade para esclarecer qualquer dúvida.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível do estudo, declaro aceitar participar.

___/___/2015

9. ___ Quando estou a experienciar emoções *negativas*, faço tudo para não as expressar.
10. ___ Quando quero sentir menos emoções *negativas*, *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.

Questionário de Suporte Social (ESSS)
Ribeiro, 1999

Instruções:

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo Totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2- Não saio tantas vezes com amigos quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7- Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8- Gostaria de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E

10- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14- Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Questionário TFEQ-R18
A. J. Stunkard & S. Messich (1985)

**Adaptado para a População Portuguesa por Pedro Moreia, Leandro Almeida,
Daniel Sampaio, & Maria Daniel Vaz Almeida (1998)**

Instruções:

Esta secção contém declarações e perguntas sobre hábitos alimentares e sensação de fome. Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1. Consumo deliberadamente pequenas porções de comida, para controlar o peso.
 - Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
2. Por vezes, quando começo a comer, simplesmente não consigo parar.
 - Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
3. Não como determinados alimentos porque penso que vou engordar.
 - Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
4. Estar com alguém que está a comer, dá-me vontade de comer também.
 - Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
5. É frequente sentir tanta fome que o meu estômago parece um poço sem fundo.
 - Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte

- Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
6. Estou sempre com tanta fome que é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
7. Quando me sinto sozinho (a), consolo-me a comer.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
8. Conscientemente controlo-me durante as refeições para evitar ganhar peso.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
9. Quando sinto o cheiro de comida deliciosa, torna-se muito difícil evitar comer, mesmo que tenha terminado de comer há muito pouco tempo.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
10. Estou sempre com fome suficiente para comer a qualquer hora.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
11. Se estou ansioso (a), como para me acalmar.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte

- Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
12. Quando vejo algo muito delicioso, é frequente ficar com tanta fome que tenho de comer de imediato.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
13. Quando estou deprimido (a) como mais.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
14. Com frequência evito armazenar comida que seja tentadora.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
15. É provável que, de forma consciente, coma menos do que aquilo que desejo.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
16. Como exageradamente mesmo quando não tenho fome.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte
 - Concordo totalmente
17. É frequente sentir fome.
- Discordo totalmente
 - Discordo na maior parte
 - Concordo na maior parte

Concordo totalmente

18. Numa escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número que daria a si mesmo?

Comer tudo o que quiser e sempre que quiser	1	2	3	4	5	6	7	8	Limitar constantemente a ingestão alimentar
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Questionário de dados demográficos

1. Qual é o seu Sexo? Masculino Feminino

2. Qual é a sua idade? _____ (anos)

3. Nacionalidade:

Portuguesa

Outra _____

4. Qual é o seu estado civil?

Solteiro

Casado(a)/União de facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

5. Habilitações Literárias (anos de escolaridade) _____

6. Qual o seu peso actual? _____ (kg)

7. Qual a sua altura actual _____ (cm)

8. Já fez alguma dieta alimentar?

Sim

Não

9. Se sim, qual o motivo?

10. Encontra-se, actualmente, a fazer algum tipo de restrição alimentar?

Sim

Não

11. Se sim, qual?

12. Teve, no passado, algum diagnóstico de perturbação alimentar ou obesidade?

Sim

Não

13. Se sim, qual?

14. Tem actualmente algum diagnóstico de Perturbação alimentar ou obesidade?

Sim

Não

15. Se sim, qual?

16. Há quanto tempo comeu pela última vez? _____ (minutos)

17. Segundo a seguinte escala, refira até que ponto se sente com fome

Nenhuma fome

Muita fome

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Obrigada pela colaboração!