

ANA SOFIA DE ALMEIDA LOURENÇO

**INGESTÃO DE ALIMENTOS COMO
MECANISMO DE REGULAÇÃO DA ANSIEDADE**

Orientadora: Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e das Ciências da Vida

Lisboa

2016

ANA SOFIA DE ALMEIDA LOURENÇO

**INGESTÃO DE ALIMENTOS COMO
MECANISMO DE REGULAÇÃO DA ANSIEDADE**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o despacho reitoral nº 181/2016 com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professor Doutor Américo Baptista

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientadora: Professora Doutora Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

À Professora Doutora Cristina Camilo, por todos os ensinamentos académicos, disponibilidade, paciência, generosidade e cumplicidade que demonstrou e por toda a calma e boa disposição que sempre me transmitiu, mesmo nos momentos mais angustiantes e stressantes.

À minha mãe, que sempre esteve presente e nunca me deixou desistir e deixar de lutar pelos meus sonhos e objetivos, por ter aturado um mau feitio insuportável e por ter sempre uma palavra amiga e reconfortante.

Ao meu pai, que ao dizer que podia e devia ser a melhor, fez com que nunca deixasse de lutar para me tornar melhor em tudo aquilo que me comprometo a fazer.

À minha Tita, à minha Avó Lena e ao meu primo Gonçalo sem vocês nada tinha sido possível. A vossa ajuda, força e disponibilidade foram fundamentais para tudo.

Às minhas manas e mano, Patrícia, Sara e Gonçalo, pelas discussões e palhaçadas, mas acima de tudo por terem sempre acreditado que era possível e por sempre me terem dado força para não desistir... Apesar de às vezes não terem essa noção!

Ao amor da minha vida, que desde o início me acompanha nesta jornada, que sempre aturou o meu mau humor, resmunguice e impaciência, com a maior paciência que alguém podia ter e que, mesmo sabendo que não podia, tentava sempre ajudar-me e facilitar este processo. Obrigada amor!

Aos meus ‘anjos da guarda’, Avô João e Avó Jesuína, por serem sempre as minhas estrelinhas lá em cima. Só de pensar em vocês sabia que era capaz e ganhava força e motivação para não desistir.

Aos melhores tios, Paulo, Bé, Leninha e Licas, e aos melhores primos, Joana, Bruno, Mariana, Cataró e Cabé, por terem sempre acreditado em mim e pela força, por estarem sempre disponíveis para tudo.

Aos amigos da faculdade, Joana Santos, Carla Sousa, Tânia Silva, Rita Nunes, Francisco Rachinas, Ricardo Dias, Catarina Miguel, Sara Frutuosa e Filipa Frutuosa, que sempre estiveram disponíveis quando precisei, dando-me força e motivação para que nunca desistisse.

E por último, mas não menos importantes, aos melhores amigos do mundo, Sara Rebelo, Diogo Godinho, Virgílio Miranda e Ana Catarina Sousa, por todo o apoio por me tirarem de casa quando já não estava a suportar estar de volta dos livros e do computador. Obrigada!

Resumo

O presente estudo teve como propósito avaliar o efeito mediador da variável de ansiedade sobre as variáveis de regulação emocional e de comportamento alimentar, na população adulta. Recorreu-se a uma amostra composta por 344 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos. O protocolo de avaliação consistiu no questionário sociodemográfico e nas seguintes medidas: *Questionário de Regulação Emocional – QRE*; *State-Trait Anxiety Inventory Form Y – STAI-Y*; *Three-Factor Eating Questionnaire R-18 – TFEQ R-18*. Os resultados do presente estudo demonstram que o modelo de estudo, no seu todo, é de mediação total e comprovam as hipóteses em teste.

Palavras-Chave: Regulação Emocional; Ansiedade; Comportamento Alimentar; *Emotional Eating*.

Abstract

This study aimed to evaluate the mediating effect of anxiety variable on the variables of emotional regulation and feeding behaviour in the adult population. It used a sample of 344 participants aged 18 to 67 years. The assessment protocol consisted of a sociodemographic questionnaire and the following measures: *Emotion Regulation Questionnaire - SRF*; *State- Trait Anxiety Inventory Form Y - STAI -Y*; *Three-Factor Eating Questionnaire R -18 - R -18 TFEQ*. The results of this study demonstrate that the model of study as a whole is full measurement and confirms the hypothesis test.

Keywords: Emotional Regulation; Anxiety; Eating Behaviour; Emotional Eating.

Lista de Abreviaturas e Singlas

AE – Ansiedade Estado

APA – American Psychological Association

EE – Emotional Eating

IC – Ingestão Compulsiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

QRE – Questionário de Regulação Emocional

SE – Supressão Emocional

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TFEQ – Three-Factor Eating Questionnaire

Índice

Introdução	11
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	15
1. Regulação Emocional	16
1.1. Definição e Características de Emoção.....	16
1.2. Definição e Características da Regulação Emocional	19
1.3. Estratégias de Regulação Emocional	21
2. Ansiedade	26
2.1. Definição.....	26
2.2. Modelos Explicativos de Ansiedade.....	28
3. Comportamento Alimentar	31
3.1. Definição.....	31
3.2. Comportamento Alimentar Patológico	35
3.3. <i>Emotional Eating</i>	38
3.4. Relação com a Regulação Emocional e a Ansiedade	45
4. Objetivos/ Hipóteses.....	47
Capítulo 2 – Método	49
1. Participantes	50
2. Instrumentos.....	51
2.1. Regulação Emocional	51
2.1.1. Escala Original	51
2.1.2. Escala Versão Portuguesa.....	51
2.2. Ansiedade.....	53
2.2.1. Escala Original	53
2.2.2. Escala Versão Portuguesa.....	54
2.3. Comportamento Alimentar	56
2.3.1. Escala Original	56
2.3.2. Escala Versão Portuguesa.....	57

3. Procedimento	58
Capítulo 3 – Resultados.....	59
1. Resultados	60
2. Discussão	67
Conclusão	70
Referências	71
APÊNDICES	I
Apêndice I:	II

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão das variáveis	60
Tabela 2 – Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da TFEQ sobre os QRE	62
Tabela 3 – Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da TFEQ sobre a STAI	63
Tabela 4 – Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da STAI Estado sobre a QRE Supressão Emocional	64
Tabela 5 – Coeficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da STAI Estado e QRE Supressão Emocional sobre a TFEQ Ingestão Compulsiva	65
Tabela 6 – Teste de Sobel Relação entre a Supressão Emocional e a Ingestão Compulsiva com a variável mediadora	67

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo Modal das Emoções	19
Figura 2 – Modelo de Processo de Regulação Emocional	22
Figura 3 – Modelo explicativo da relação entre Supressão Emocional, Ansiedade-Estado e Ingestão Compulsiva	65
Figura 4 – Modelo explicativo da relação entre Supressão Emocional com a Ingestão Compulsiva, com a variável mediadora Ansiedade-Estado	66

Introdução

O comportamento alimentar advém, geralmente, da interação entre o estado fisiológico, psicológico e as condições ambientais em que um sujeito se encontra inserido (Quaioti, & Almeida, 2006). Desta forma, e quando ocorrem alterações significativas em alguns destes estados, também ocorrem, por consequência, alterações ao nível do comportamento alimentar. Quando um indivíduo se encontra numa situação de elevada ansiedade, este pode tender a recorrer à comida como forma de compensar o seu estado emocional e de lidar com as suas emoções, sendo este considerado apenas como um mecanismo compensatório (Dovey, 2010).

De acordo com as mais recentes estimativas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014, o excesso de peso afeta cerca de 1.9 biliões de adultos, com 18 anos ou mais, sendo que desses, mais de 600 milhões são considerados obesos em todo o mundo. No geral, cerca de 13% da população mundial (11% homens e 15% mulheres) são obesos. Relativamente ao excesso de peso, 39% dos adultos apresentam excesso de peso, sendo 38% homens e 40% mulheres. A prevalência mundial de obesidade mais do que duplicou entre 1980 e 2014, deixando de ser um problema apenas dos países desenvolvidos, mas que se encontra em grande expansão nos países em desenvolvimento, apresentando uma taxa de aumento superior a 30% nas crianças (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

Segundo estes dados, a obesidade é já considerada como a epidemia do séc. XXI, pois verifica-se que tem como consequências o surgimento de doenças cardiovasculares (como doenças cardíacas ou acidentes vasculares cerebrais), diabetes, certos tipos de cancro (como do colón, mama ou endométrio) e distúrbios músculo-esqueléticos (como osteoartrite, uma doença altamente incapacitante e degenerativas das articulações), levando à morte de dezenas de pessoas, de forma indireta (OMS, 2015).

A principal causa da obesidade, bem como a do excesso de peso, é um desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as calorias gastas. Uma alimentação mais rica em gordura e um aumento da inatividade física, que se deve a um estilo de vida cada vez mais sedentário. Estas alterações resultam das modificações ambientais e sociais, que se associam ao desenvolvimento e a falta de políticas de apoio em alguns sectores, como a saúde, agricultura, transportes, meio ambiente, planeamento urbano, processamento de alimentos, entre outros (OMS, 2015).

Pouco se sabe sobre a evolução da perturbação de ingestão alimentar compulsiva. No entanto, a ingestão compulsiva e a ingestão por perda de controlo sem

uma ingestão excessiva encontram-se associadas a um aumento na gordura corporal, aumentos dos sintomas psicológicos e aumento de peso. Este tipo de comportamento é comum na população de adolescentes e universitários, verificando-se, inicialmente, na adolescência ou no início da idade adulta, contudo pode ocorrer também em sujeitos adultos mais velhos, sendo que a sua taxa de remissão, estudada através de estudos de história natural da doença e de estudos de resultados do tratamento, é mais elevada, comparativamente à bulimia nervosa ou a anorexia nervosa (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Este estudo pretende observar o efeito mediador da variável ansiedade, na relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar. Deste modo, para consolidação e compreensão do mesmo, apresenta-se a teoria e os estudos realizados por Gross, relativos à regulação emocional e a forma como as emoções influenciam vários fatores da vida do sujeito, sendo um deles o comportamento alimentar, sendo este um dos autores que mais se destacou nesta área. De acordo com Gross (1998b, 1999a), a regulação emocional consiste nos processos a que o sujeito recorre e que influenciam as suas emoções, isto é, quando ocorrem, como as experienciam e as expressam, alterando deste modo o seu desenvolvimento natural, bem como o das respostas emocionais (Dan-Glauser & Gross, 2013). Desta forma, inclui todas as estratégias conscientes e inconscientes usadas pelo sujeito e que lhe permite aumentar, manter ou diminuir uma ou mais componentes da resposta emocional (Gross, 1999b). Para se compreender melhor este fenómeno, Gross (1998b, 2001) desenvolveu o Modelo de Processo da Regulação Emocional que especifica a forma como os processos envolvidos na geração emocional interagem e delineia quais as estratégias específicas que são diferenciadas ao longo do tempo e do desenvolvimento da resposta emocional.

Segundo Gross (2014), uma das variadas possibilidades de estratégias de regulação das emoções consiste na ingestão de grandes ou pequenas quantidades de comida (Gross, 2014). Desta forma e, de acordo com Macht (2008), existem algumas formas de se compreender a influência das emoções sobre o comportamento alimentar, visto as emoções terem influência sobre a escolha dos alimentos ingerido, pois conduzem o sujeito a desejar alimentos altamente energéticos e calóricos. A interação dos hábitos alimentares e do estado emocional também é outra das consequências das emoções sobre o comportamento alimentar, visto que, independentemente da direção da emoção, esta vai debilitar os controlos cognitivos da ingestão de alimentar.

A relação existente entre uma emoção e o comportamento alimentar varia de acordo com o contexto em que ocorre, devendo ser mais forte se a emoção ocorrer mais em contextos alimentares, causando mudanças fisiológicas e comportamentais que, por norma, se encontram relacionadas com a alimentação (Macht, & Simons, 2000). O comportamento alimentar pode ser bastante afetado pelas emoções do sujeito, visto que as suas escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem de vários fatores, sendo um deles as emoções e não apenas as suas necessidades fisiológicas. Desta forma, é possível afirmar-se que o comportamento alimentar sofre alterações de acordo com o estado emocional (Canetti, Bachar, & Berry, 2002).

Um dos estados emocionais que mais influência exerce sobre o comportamento alimentar é a ansiedade, que surge quando o sujeito entende que, de uma perspetiva mais cognitiva, se encontra perante uma ameaça ou em perigo (Ferreira, 2014; Graziani, 2005), sendo o resultado de uma avaliação cognitiva correspondente a um conjunto de cognições e afetos que ocorre quando o indivíduo percebe que se encontra em perigo eminente. Permite, desta forma, uma facilitação da adaptação ao meio, mesmo que de uma forma desagradável, pois mobiliza todos os meios físicos e psicológicos ao dispor do sujeito e que lhe permitem enfrentar a ameaça (Graziani, 2005).

Assim, o *emotional eating* é o mecanismo que mais se enquadra no âmbito deste estudo, visto que consiste na ingestão de alimentos devido a alterações significativas no estado emocional do sujeito e onde este experiencia emoções intensas (Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods, & Fairouz, 2001; Macht & Simons, 2011). O sujeito pretende, através da alimentação, encontrar uma forma de estabilizar ou melhorar o seu estado emocional, visto que considera a alimentação como tendo um componente adicional, onde alguns alimentos têm propriedades reparadoras ou de aumento do estado emocional, independentemente do seu conteúdo nutricional. Estes alimentos específicos e concretos para o sujeito servem para combater os sentimentos de baixa autoestima e de elevada ansiedade (Dovey, 2010).

A teoria do *Emotional Eating* (Bruch, 1973, cit. in Macht & Simons, 2011; Slochower, 1983, cit. in Macht & Simons, 2011) baseia-se em duas suposições essenciais, onde as emoções negativas se encontram inseridas na motivação e na vontade de comer, experienciando, por vezes, uma intensa ânsia e que induz, posteriormente, o ato de ingestão de alimentos. Consequentemente o ato de comer reduz significativamente a intensidade das emoções negativas.

Esta dissertação tem como objetivo compreender a forma como as emoções, mais especificamente a ansiedade, são reguladas e a influência que exercem sob o comportamento alimentar. Encontra-se dividida em três capítulos: 1) Enquadramento Teórico: que compreende uma breve apresentação da literatura referente às variáveis em estudo, como a regulação emocional, a ansiedade e o comportamento alimentar, bem como a apresentação dos objetivos propostos para o estudo; 2) Método: que é composto pela caracterização da amostra, os instrumentos utilizados e todo o procedimento realizado na recolha da amostra; 3) Resultados: onde se analisa os resultados obtidos, de acordo com o que é pretendido analisar. A discussão dos resultados consiste na discussão dos resultados obtidos e onde se relacionada com a revisão da literatura apresentada no enquadramento teórico. Para terminar, a conclusão, onde se apresentam as conclusões do presente estudo, as suas limitações e propostas para investigações futuras sobre a temática.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1. Regulação Emocional

1.1. Definição e Características de Emoção

As emoções são consideradas como as causas, os mediadores ou os efeitos de outros processos psicológicos, como a atenção, memória e percepção, estando implicadas numa série de perturbações e encaradas como centrais, se não essenciais, no funcionamento interpessoal (Barrett, 2006a). São sistemas complexos que se desenvolveram ao longo da história evolutiva humana, e que pretendem preparar o sujeito para atuar como resposta a estímulos e desafios ambientais (Kring, & Bachorowski, 1999). Surgem a partir de reações do indivíduo a um determinado evento, no seu ambiente interno ou externo, caracterizando-se por mudanças fisiológicas, comportamentais, cognitivas e experienciais que o preparam para a ação (Sroufe, 1996).

Definem-se como fenómenos cerebrais que contêm as suas próprias bases neuro químicas e fisiológicas, sendo distintas do pensamento (Greenberg, 2002). Estas bases têm como propósito preparar o organismo para a ação em resposta a um estímulo interno ou externo definido e considerado prioritário (Kring, & Bachorowski, 1999), permitindo que a atenção seja dirigida para as principais características do ambiente que o rodeia, melhorando a admissão sensorial, a tomada de decisão e as respostas comportamentais, facilitando também as interações sociais e a otimização da memória episódica. No entanto, as emoções podem também ser consideradas como prejudiciais, principalmente quando a sua intensidade ou duração não é adequada a uma determinada situação (Gross, 2014).

Para se poder definir emoção, tem de se partir do princípio que existem duas questões fundamentais a ser colocadas, que são: que atributos são comuns a todas as emoções, isto é, quais as condições necessárias para a emoção surgir; e se há a presença dos atributos necessários para se considerar que algo é uma emoção, ou seja, se estão presentes os requisitos necessários para que se designe algo de emoção. Contudo, verificou-se que essas questões não abordavam tudo aquilo que a emoção comporta, visto que se referem a um ínfimo número de possíveis respostas, que variam de acordo com o seu grau de intensidade, duração e complexidade (Gross, 2014). Deste modo, é importante ter-se em consideração as suas principais características, sendo que, em primeiro lugar, tem de se ter em atenção quando ocorre a emoção, visto que esta surge quando um sujeito acompanha e avalia uma situação que se tornou importante para um tipo particular de ocorrência, ativando assim um objetivo (Lazarus, 1991; Scherer, Schorr, & Johnstone, 2001). Estes objetivos são estabelecidos a partir da avaliação da

situação ocorrida, podendo este ser do tipo duradouros, ou seja, que permitam ao indivíduo manter-se vivo, ou transitórios, por exemplo, querer outra fatia de bolo. Pode ser também do tipo consciente e complexo, por exemplo, ser aspirante a professor, ou inconscientes e simples, como evitar pisar as poças. Este pode também ser amplamente partilhado, como ter um círculo de amigos, ou altamente idiossincrático, isto é, encontrar uma nova forma de apertar os sapatos (Gross, 2008, 2014). Contudo, o objetivo ativo, tal como o seu significado para o sujeito, é que têm influência sobre a emoção, visto que a emoção sofre alterações à medida que o significado também se altera (Gross, 2008, 2014).

Em segundo lugar, tem de se ter em consideração a natureza multifacetada das emoções e os elementos que as constituem. Segundo Maus, Levenson, McCarter, Wilhelm e Gross (2005), as emoções são fenómenos que envolvem o corpo por completo pois envolvem mudanças ao nível da experiência subjetiva, comportamental e fisiológica, ao nível central e periférico. Os impulsos que regem as emoções incluem mudanças ao nível do comportamento facial e da postura corporal, tal como o olhar fixamente, bater ou correr (Lang, & Bradley, 2010). As respostas multifacetadas que compreendem as emoções são por vezes úteis para se alcançar os objetivos que podem dar origem às emoções (Levenson, 1999), deixando o sujeito mais propenso a realizar algo como abordar os outros ou chorar, quando poderia agir de outra forma (Frijda, 1986). Os impulsos que originam uma determinada ação, consequente da emoção, encontram-se associados a mudanças independentes e neuro endócrinas, onde ambas tentam antecipar as respostas comportamentais emocionais, proporcionando um suporte metabólico para a ação, seguindo-o, por vezes como consequência da atividade motora que se encontram associada com a resposta emocional (Gross, 2008).

Uma terceira característica das emoções está relacionada com a sua maleabilidade, pois permitem ao indivíduo interromper o que está a fazer, forçando-o a focar-se no acontecimento emocional (Frijda, 1988). Esta característica tem sido destacada, desde William James (1884, *cit. in* Gross, 2008), visto que as emoções são consideradas como tendências de resposta que podem ser moduladas de variadas maneiras, sendo este o atributo que possibilita a regulação das emoções (Gross, 2008).

Assim, as emoções desempenham um papel central para o indivíduo, na obtenção das competências de gestão das exigências desenvolvimentais, através da promoção do desenvolvimento cognitivo, estimulando o conhecimento e as

representações emocionais (Barrett, & Russell, 1998), bem como o desenvolvimento social, promovendo uma maior adequação nas relações interpessoais (Vaz, 2009).

Caracterizam-se por serem processos compostos por múltiplos componentes que interagem entre si, onde cada um contribui de forma decisiva e diferenciadora para o sujeito experienciar a emoção. Assim, e para que surja uma emoção, é necessário um estímulo inicial, interno ou externo, que origine uma ativação fisiológica imediata, contudo esta ativação ainda não é considerada como uma emoção. Este procedimento, denominado por diferenciação emocional, realiza-se de acordo com o tipo de ativação fisiológica experienciada, do contexto em que acontece, das experiências passadas do sujeito e das suas memórias episódicas construídas (Barrett, 2006a), levando o sujeito a experienciar uma emoção, em conjunto com o processo de ativação emocional. De seguida, ocorre outro processo designado por regulação emocional, onde o sujeito decide qual as estratégias e os comportamentos a desenvolver para uma eficaz resposta emocional e que levam a uma expressão ou não da emocional (Vaz, 2009).

Os componentes da emoção apresentados sofrem uma evolução, tornando-se mais complexos e integrando-se entre si, à medida que o indivíduo lida com os desafios desenvolvimentais (Barrett, 2006b), sendo que caso haja uma disfunção em qualquer um destes processos emocionais pode causar uma menor capacidade para lidar com estes desafios, considerando-se um processo não adaptativo (Vaz, 2009).

Um dos modelos que explicam a forma como as emoções surgem é o Modelo Modal das Emoções. (Barrett, Ochsner, & Gross, 2007; Gross, 1998a). De acordo com este modelo, as emoções surgem num contexto de transação situação–pessoa, que força a atenção, consoante o significado particular da situação para o indivíduo e tendo em conta a perspetiva dos objetivos atuais, originando um coordenado e flexível sistema múltiplo de respostas que irão modificar em aspetos essenciais a transação situação–pessoa ainda a decorrer (Gross, 2008, 2014; Gross, Sheppes, & Urry, 2011).

A Figura 1 consiste num esquema explicativo sobre o Modelo Modal das Emoções, representando a sua sequência específica, isto é, situação – atenção – avaliação – resposta (Gross, 2008, 2014). A situação é o início desta sequência, sendo fundamental a relevância psicológica que o sujeito lhe atribui. Esta situação pode surgir por influência de fatores externos ou internos ao sujeito. No entanto, e independentemente de ser interna ou externa, a situação é recebida de diversas formas, originando avaliações sobre o significado da situação em si, tendo em conta os objetivos que se pretende atingir (Ellsworth, & Scherer, 2003). A resposta emocional gerada

envolve alterações nos sistemas de resposta experiencial, comportamental e fisiológico, sendo que as respostas produzidas podem, muitas vezes, alterar a situação que deu origem à resposta inicial. Assim, as respostas emocionais conduzem a mudanças no ambiente, alterando a possibilidade de surgir a emoção inicial, dando lugar a uma outra, mais especificamente, as respostas criadas para uma determinada situação, sofrem alterações à medida que a própria situação também se altera (Gross, 2008, 2014; Gross, Sheppes, & Urry, 2011).

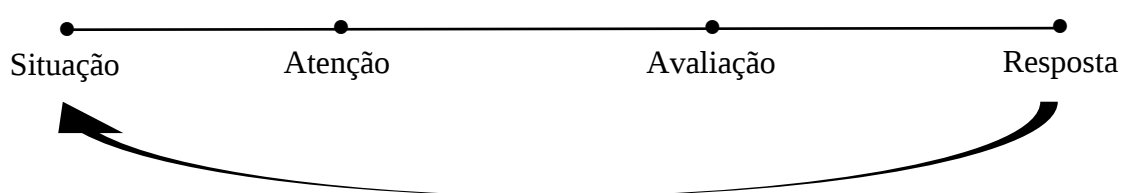


Figura 1. O Modelo Modal das Emoções. Retirado Gross, J. J. (2014). *Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation (2nd Edition)* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.

Um dos motivos pelo qual a definição da emoção é tão abstrato deve-se ao facto de estas serem categorias bastante heterogéneas, o que dificulta a criação de uma definição generalista que se aplique a todas as emoções. Por vezes, as emoções surgem de forma tão ligeira que dificilmente são detetáveis, enquanto noutras alturas surgem de forma extraordinariamente intensa. A nível cognitivo também existem diferenças, visto que em algumas situações, há emoções que necessitam de muitos recursos cognitivos, enquanto noutras ocasiões estes não são necessários. Também se deve ter em consideração a duração das emoções, visto que algumas são breves no tempo e outras são bastante duradouras. (Gross, Sheppes, & Urry, 2011).

1.2. Definição e Características da Regulação Emocional

Quando se fala de Regulação Emocional pretende-se referir os processos que têm influência sobre as emoções, sobre como e quando é que surgem, como as pessoas as experienciam e expressam (Gross, 1998b). Desta forma, ao se tentar regular as emoções, o indivíduo altera o desenvolvimento natural das respostas emocionais (Dan-Glauser, & Gross, 2013), sendo por vezes utilizada como forma de trocar a experiência

subjetiva da emoção e da regulação emocional, levando-se a considerar que envolve, necessariamente, mudanças ao nível da experiência subjetiva (Gross, 1999a).

Estes processos de regulação emocional podem ser automáticos ou controlados, conscientes ou inconscientes, podendo ter efeito em mais que um aspeto do processo que gere as emoções (Gross, 1998b, 1999a). Assim, definem-se pela ativação do objetivo que vai modificar o processo generativo da emoção, envolvendo os processos necessários e que têm influência no surgimento da mesma (Gross, Sheppes, & Urry, 2011). Desta forma, o termo regulação emocional pode ser considerado como ambíguo, podendo referir-se quer à regulação de emoções como meio de regular pensamentos ou comportamentos, quer à forma como as próprias emoções são reguladas (Dodge, & Garber, 1991).

Como as emoções são processos de múltiplos componentes e que se desenrolam ao longo do tempo, a regulação emocional refere-se a um conjunto heterogéneo de processos pelos quais as emoções são reguladas (Gross, 1999a), tendo impacto na dinâmica da emoção (Thompson, 1990), na latência, no tempo de aumento ou diminuição, na magnitude, na duração e nas respostas compensatórias relativamente ao comportamento, ao experiencial ou aos domínios fisiológicos (Gross, 1998b, 2002).

A regulação emocional também se encontra relacionada com as mudanças que ocorrem nos componentes de resposta e como estes estão interrelacionados com a forma como a emoção se desenrola, bem como quando ocorrem aumentos significativos na resposta fisiológica e na ausência de comportamento manifesto (Gross, 1998b, 2002).

De acordo com Gross (1998b), existem alguns aspetos essenciais que definem a regulação emocional, como o facto de os indivíduos poderem aumentar, manter e/ou diminuir as emoções positivas e negativas (Parrott, 1993). Os circuitos neuronais das emoções parecem não se sobrepor por completo (LeDoux, 1994; Panksepp, 1982, 1998), sugerindo que os circuitos envolvidos na regulação emocional podem não se sobrepor completamente, originando diferenças importantes nos processos regulatórios de todas as emoções. A consciência da regulação emocional também é um aspeto a ter em consideração, visto existirem variados exemplos de regulação emocional que são conscientes, como tomar a decisão de mudar de conversa se o tema for perturbador para o sujeito. No entanto, esta regulação também pode ocorrer de forma inconsciente como, por exemplo, exagerar na expressão de alegria ao se receber um presente que o sujeito não aprecie (Cole, 1986), ou quando se desvia rapidamente a atenção de algo potencialmente perturbador (Boden, & Baumeister, 1997). A regulação emocional não é

inerentemente boa ou má, sendo que as mesmas estratégias permitem um médico operar com sucesso (Smith, & Kleinman, 1989), como também podem ser utilizadas para desumanizar o inimigo, neutralizando a angústia empática que poderia interferir com o assassinato em si (Bandura, 1977).

As principais características da regulação emocional baseiam-se na ativação do objetivo, no ajuste dos processos regulatórios e na modulação do trajeto emocional (Gross, 2014). A primeira característica foca-se na ativação do objetivo que vai modificar o processo generativo da emoção (Gross, Sheppes, & Urry, 2011), sendo que a sua ativação pode ocorrer por si mesmo ou através de outra pessoa. Logo é importante ter em consideração o facto de a regulação emocional poder ser intrínseca, isto é, o indivíduo regula as suas próprias emoções, ou extrínseca, onde as emoções do sujeito são reguladas por terceiros (Gross, 2014). Outra das características principais evidência o conjunto de processos responsáveis pela alteração da direção da emoção, visto que existem diversos processos divergentes que podem ser incorporados pela regulação emocional e que variam de acordo com o grau em que são explícitos ou implícitos (Masters, 1991). Por último, e tal como já foi referido, o impacto na dinâmica emocional varia consoante o objetivo individual do sujeito (Thompson, 1990; Gross, 1998b, 2014).

1.3. Estratégias de Regulação Emocional

Seja qual foi o propósito pelo qual o sujeito regula as suas emoções, podem existir diversos fatores que ativem esta regulação, sendo comum no dia-a-dia o sujeito recorrer a uma série de estratégias de regulação emocional (Gross, 2014).

Descodificar as emoções, bem como a resposta emocional que se encontra dependente da situação, é essencial na compreensão das estratégias de regulação emocional (Tooby, & Cosmides, 1990), visto que as tendências de resposta emocional nem sempre são as mais adequadas às situações em que o sujeito se encontra. Desta forma, as respostas emocionais que foram úteis e adequadas aos nossos antepassados podem não ser as mais apropriadas às exigências dos dias de hoje, pois o ambiente físico e social contemporâneo diverge drasticamente daquele que moldou as nossas emoções nos primórdios (Gross, 1998b).

De modo a contemplar todas as estratégias, conscientes e inconscientes, de regulação emocional, Gross (1998b) desenvolveu o Modelo de Processo da Regulação Emocional, que consiste num modelo de processamento de informação que tem como referência as etapas primordiais do Modelo Modal das Emoções, onde se especifica a

sequência de processos envolvidos na geração emocional, descrito como um potencial objetivo da regulação (Gross, 2014). Segundo Gross (1998b, 2001), este modelo afirma que estratégias específicas podem diferenciar-se ao longo do desenvolvimento da resposta emocional.

A Figura 2 apresenta cinco etapas do modelo, que representam as cinco fases que possibilitam a regulação das emoções, sendo estas: 1) seleção da situação; 2) modificação da situação; 3) implantação atencional; 4) alterações cognitivas; 5) modulação da resposta (Gross, 1998b). As etapas deste modelo ocorrem de acordo com as fases do Modelo Modal das Emoções, representando a linha temporal da regulação emocional, visto que se seleciona uma situação particular, esta é modificada, considerada e avaliada de forma a se produzir um determinado conjunto de respostas emocionais (Gross, 2014).

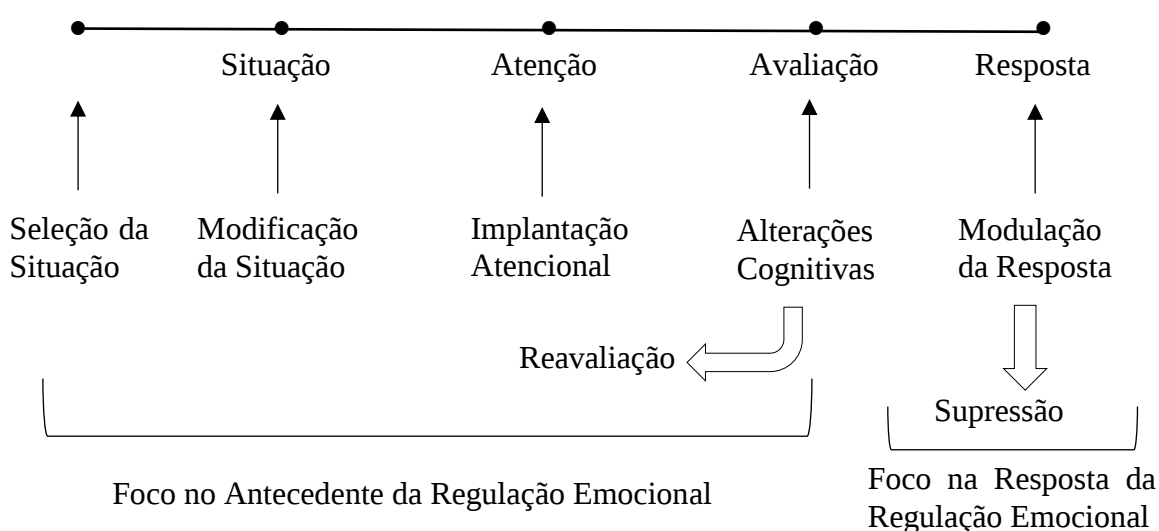


Figura 2. O Modelo de Processo de Regulação Emocional (Gross, 1998b, 2001, 2014).

Segundo este modelo, e como se verifica na Figura 2, estas estratégias são específicas, diferenciam-se ao longo do tempo e no decorrer da resposta emocional, sendo que divergem no momento em que se verifica o primeiro impacto no processo generativo da emoção. Assim, é possível diferenciar duas fases neste processo, sendo a primeira focada no antecedente da emoção e a segunda focada na resposta emocional. As primeiras quatro etapas do processo focam-se no antecedente da emoção, sendo especificamente as estratégias utilizadas antes de a emoção ser gerada, enquanto a quinta etapa se foca na resposta emocional, consistindo na ação do sujeito quando a

emoção já se encontra a decorrer e as tendências de respostas já foram geradas. Apesar de não estar demonstrado na Figura 2, o número de opções de respostas geradas revelam que cada uma destas cinco etapas são arbitrárias (Gross, 2001).

De forma a se compreender melhor as cinco etapas do modelo, ir-se-á explicar detalhadamente cada uma delas. A primeira, a Seleção da Situação refere-se à aproximação ou afastamento de certas pessoas, lugares ou objetos, com o objetivo de regular as emoções (Gross, 1998b), isto é, deve ter-se em consideração as características da situação que fazem com que a emoção surja (Scherer, Wallbott, & Summerfield, 1986). Parte do princípio do conhecimento das características prováveis de várias situações e das possíveis respostas emocionais a essas situações. Contudo, as situações são complexas e, por vezes, apresentam múltiplos significados emocionais para o sujeito, pelo que o autoconhecimento é fundamental para se tomar decisões sensatas, de forma a evitar casos em que os benefícios a curto prazo da regulação emocional são colocados contra os custos de longo prazo, ou seja, no caso de uma pessoa tímida e de forma a conseguir diminuir os níveis de ansiedade, esta evita situações sociais causadores do aumento dos níveis de ansiedade, fornecendo alívio a curto prazo, contudo, esse evitamento causa isolamento social a longo prazo (Leary, 1986). Quando a situação já foi selecionada, esta pode adaptar-se, de forma a modificar o seu impacto emocional, sendo nessa altura que surge a Modificação da Situação. No entanto, as linhas que delimitam as fronteiras entre a seleção e a modificação da situação nem sempre são claras, pois os esforços gerados para modificar a situação selecionada podem dar origem a uma nova situação (Gross, 1998b).

A Implantação Atencional é um dos primeiros processos de regulação das emoções a surgir (Rothbart, Ziaie, O'Boyle, 1992). As estratégias utilizadas que pretendem alterar o foco de atenção agrupam-se em três grupos: a distração, a concentração e a ruminação. A Distração tem como objetivo focar a atenção nos aspetos não emocionais da situação (Nix, Watson, Pyszczynski, & Greenberg, 1995), como quando uma criança muda a direção do seu olhar, o que provoca um estímulo emocional que vai diminuir a estimulação (Stern, 1977; Stifter, & Moyer, 1991). A distração pode também envolver uma mudança a nível interno como, por exemplo, quando o sujeito desvia a sua atenção de metas mais complexas para metas que consiga atingir mais facilmente (McIntosh, 1996). Nesses casos, pode recorrer –se à Implantação da Atenção para selecionar novas situações, internamente, de forma a revelar as fronteiras permeáveis entre as estratégias de regulação emocional. A Concentração, seja em que

circunstância for (como por exemplo, no trabalho, escola ou jardinagem), tem a capacidade de absorver os recursos cognitivos (Erber, & Tesser, 1992), podendo ser também utilizada para chamar a atenção e desencadear uma emoção (Gross, 1998b). A Ruminação é a estratégia utilizada para dirigir a atenção para o acontecimento emocional e as suas possíveis consequências. O sujeito ao dirigir a sua atenção somente sobre as emoções negativas, o que é característico da depressão, por exemplo, conduz à presença de sintomas depressivos (Just, & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 1993). De forma similar, Borkovec, Roemer e Kinyon (1995) demonstraram que a preocupação, isto é, focar a atenção em possíveis ameaças futuras, a longo prazo conduz à presença, de ansiedade.

Quanto às Alterações Cognitivas, estas consistem na mudança das avaliações realizadas cognitivamente, visto que uma emoção exige que a perceção seja incutida de sentido, para que o sujeito consiga avaliar, com significado, a sua capacidade de gerir a situação (Gross, 1998b). Deste modo, a Reavaliação Cognitiva, que consiste numa forma de alteração cognitiva, tem despertado um interesse especial, pois envolve a transformação da situação, cognitivamente, de forma a alterar o seu impacto emocional (Frijda, 1986; Gross, 1998b). Outra forma de alteração cognitiva é através da comparação social descendente, isto é, o indivíduo comparar a sua situação com a de outra pessoa menos afortunada, alterando, deste modo, a sua interpretação da sua situação, resultando na diminuição das emoções negativas (Taylor & Lobel, 1989; Wills, 1981).

Por último, a Modulação da Resposta diz respeito à influência direta, quer seja fisiológica, experiencial ou comportamental, na resposta emocional. Ao contrário dos processos regulatórios descritos anteriormente, a Modulação da Resposta ocorre no fim do processo generativo da emoção, após as tendências comportamentais terem sido iniciadas (Gross, 1998b). É uma das formas mais comuns de regulação emocional (Koole, 2009), sendo constantemente utilizada através da supressão da expressão emocional (Dan-Glauser & Gross, 2013).

Existem variadas formas de se tentar regular os aspetos fisiológicos e experienciais da emoção, sendo o exercício físico, o relaxamento e os fármacos as formas mais comuns para direcionar as respostas fisiológica, como diminuir a tensão muscular (Thayer, Newman, & McClain, 1994; Suinn & Richardson, 1971; Wolpe, 1958). Contudo, estas também podem ser usadas para diminuir os aspetos fisiológicos e experimentais no caso das emoções negativas como, por exemplo, no caso da ansiedade

(Gross, 1998b). Também o álcool, a droga e até mesmo a alimentação podem ser meios a que se recorre para modificar a forma como a emoção é vivida. No entanto, a forma mais comum de regulação emocional é aquela que é expressa a partir do comportamento (Gross, Feldman, Barrett, & Richards, 1998, *cit. in* Gross, 1998b; Gross, 1998b).

As estratégias focadas no Antecedente da Regulação Emocional alteram a trajetória da emoção numa fase muito prematura, ao contrário do que ocorre nas estratégias focadas na Resposta, que ocorrem depois da tendência de resposta estar completamente gerada (Gross, 2001).

De forma a testar o seu modelo, Gross (2001, 2002) focou-se apenas em duas estratégias específicas usadas para uma baixa regulação das emoções. A primeira é a Reavaliação que, tal como foi dito anteriormente, é um tipo de alteração cognitiva focada no antecedente da emoção. A estratégia consiste na reavaliação cognitiva do potencial da situação para provocar uma emoção, de forma a diminuir o seu impacto emocional. A segunda estratégia é a Supressão, que consiste na modulação da resposta emocional e se foca na resposta emocional. Significa que o indivíduo inibe o seu comportamento resultante da emoção, enquanto esta se encontra a decorrer. Requer uma inibição ativa da expressão do comportamento emocional que surge enquanto a emoção se desenrola. Desta forma, a Reavaliação, como ocorre no início do processo generativo da emoção, neutraliza cognitivamente a emoção potencialmente gerada pela situação, diminuindo a resposta emocional ao nível experiencial, comportamental e fisiológico. Por outro lado, a Supressão não deve modificar a expressão emocional, mas aumentar a ativação fisiológica, resultante do esforço exercido na inibição da expressão do comportamento emocional (Gross, 2001, 2002).

Assim, o sujeito, através da supressão, tenta diretamente reduzir uma ou mais das suas respostas emocionais. Contudo, e nalguns casos, pode surgir o oposto da supressão, a aceitação, onde o sujeito não se esforça ativamente para inibir as suas reações emocionais, visto que pretende experimentar pensamentos e sensações corporais, sem tentar modificar ou controlar as respostas emocionais desencadeadas (Dan-Glauser & Gross, 2013).

A resposta emocional causada pelo processo de regulação emocional pode ocorrer em todas as dimensões deste processo, principalmente a nível fisiológico, cognitivo e comportamental (Gross, 1999a).

Relativamente ao nível fisiológico, o processo que permite regular as emoções possibilita que a ativação emocional seja redirecionada, delineada e controlada,

permitindo ao indivíduo funcionar de forma adaptativa em situações emocionalmente penosas, preservando expressões adaptativas, necessárias para um funcionamento adequado ao longo da vida do mesmo (Cichetti, Ackerman & Izard, 1995, *cit. in* Vaz, 2009).

Quando ao nível cognitivo, a Regulação Emocional proporciona a modificação do significado atribuído à ativação fisiológica experienciada. Tal como no Modelo de Processo de Regulação Emocional, o indivíduo revê a situação vivida, modificando o significado das suas emoções, regulando ou transformando as suas respostas emocionais (Gross, 1998b; Vaz, 2009).

A nível comportamental, permite ao indivíduo controlar o que pretende expressar e o que pretende suprimir, a partir da gestão das situações às quais se decide expor, ou seja, através da exposição ou evitamento a um determinado estímulo que desencadeia uma emoção (Greenberg, 2002).

2. Ansiedade

2.1. Definição

A ansiedade é considerada como um estado emocional e uma experiência universal útil para a proteção e preservação da espécie, estando, de um ponto de vista cognitivo, presente quando o sujeito entende que se encontra perante o perigo ou uma ameaça (Ferreira, 2014; Graziani, 2005). Desta forma, a ansiedade resulta da avaliação cognitiva, correspondente a um conjunto de cognições e afetos perante uma situação de perigo iminente, facilitando a adaptação do sujeito ao meio, visto que mobiliza todos os meio físicos e psicológicos para que o sujeito consiga enfrentar aquilo que o ameaça (Graziani, 2005).

Apresenta componentes psicológicos, fisiológicos e comportamentais, podendo proporcionar uma incapacidade funcional e constituir uma condição inerente a qualquer indivíduo (Primo, & Amorim, 2008, *cit. in* Veríssimo, 2010; Ravindran, & Stein, 2010). Considera-se que a ansiedade pode ser motivadora e inevitável à condição humana, sendo abordada como uma emoção negativa e perturbadora (Strongman, 1998), caracterizando-se quer pela sua sensação pessoal e subjetiva do perigo, quer pela inquietação ou apreensão (Gouveia, 2000). Baptista, Carvalho e Lory (2005) consideram a ansiedade como um estado emocional aversivo, que não pode ser evitado e que resulta de um estímulo específicos.

Segundo Oliveira (2008), a ansiedade é uma reação natural e essencial, podendo ser benéfica quando adequada às circunstâncias em que o sujeito se encontra. Quando a sua intensidade é moderada, atua como estimulante ou como motivadora, contudo quando excessivamente intensa, pode causar consequências para o sujeito, interferindo na sua vida e sendo considerada como patológica.

Beck e Emery (1985) consideram que a ansiedade resulta da ativação de estruturas cognitivas definidas que distorcem a forma como o indivíduo seleciona a informação oriunda do meio, relacionando este processo às consequências desencadeadas nos sistemas biológico, psicológico e social. Já Graeff (2007) refere que a ansiedade se encontra relacionada com a avaliação do comportamento de risco perante situações de incerteza ou de uma potencial ameaça. Desta forma, o sujeito tem a hipótese de recorrer às medidas mais adequadas para lidar com o perigo e com a ameaça. Sem esta avaliação o indivíduo estaria mais vulnerável ao perigo, à ameaça e ao desconhecido, sendo, assim, um aspeto essencial ao desenvolvimento normativo do ser humano e que se encontra presente nas novas experiências e mudanças que acontecem ao longo da vida do sujeito.

Enquanto Lazarus (2006) afirma que a ansiedade consiste numa resposta do indivíduo a uma determinada situação, que é percebida como sendo ameaçadora e onde as exigências do ambiente vão para além dos seus recursos pessoais, para Kelly (*cit. in* Graziani, 2005) a ansiedade está no centro dos processos adaptativos, visto que possibilita ao sujeito adaptar-se a novas situações, modificando as suas próprias construções que são irrelevantes e, desta forma, dar-lhes um novo sentido. Por último, Spielberger (1972) define ansiedade como uma reação emocional que é acompanhada por uma forte tensão, hesitação, pensamentos desagradáveis e alterações fisiológicas. Este processo emocional é caracterizado por um estado de alerta que é ativo e desencadeia uma sensação de perigo e ameaça, logo perda de controlo da situação em questão.

No entanto, e como já foi referido, a ansiedade pode perder a sua função adaptativa e assim perder o seu papel protetor e motivador, tornando patológica (Graziani, 2005). Segundo Eysenck e Eysenck (1969), a ansiedade é considerada como uma emoção, um impulso ou uma resposta emocional simples e que pode ser considerada como normal ou patológica. Quando se refere a ansiedade normal, diz respeito ao tipo de ansiedade necessária e indispensável à adaptação ao ambiente em que o sujeito se encontra inserido, enquanto a ansiedade patológica se refere a respostas

desencadeadas que se consideram desajustadas, relativamente à sua intensidade e duração, sendo sentidas em excesso pelo sujeito, interferindo negativamente no seu dia-a-dia, limitando o mesmo (Rodrigues, 2015). Quando ultrapassa a fronteira entre a reação natural de ansiedade e se torna uma reação exagerada, ou seja, patológica, considera-se a existência de uma perturbação de ansiedade, caracterizada pela existência de um conjunto de sinais e sintomas somáticos e psicológicos, que têm interferência no funcionamento cognitivo, comportamental e fisiológico do indivíduo, tendo repercussões para a sua vida e no seu dia-a-dia (Ferreira, 2014).

De acordo com a American Psychiatric Association [APA] (2014), a perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de ansiedade e preocupação excessivas (apreensão/hesitação expectante) sobre os mais variados acontecimentos e atividades. O nível de intensidade, duração ou frequência da ansiedade, bem como a preocupação são desproporcionados relativamente à probabilidade real ou ao impacto do acontecimento antecipado. Desta forma, o sujeito apresenta dificuldades em controlar o grau de preocupação e em evitar que esta interfira na sua atenção relativamente às tarefas que pretende realizar.

As diferenças existentes entre a perturbação de ansiedade generalizada e a ansiedade considerada como normal dizem respeito às preocupações associadas à perturbação. Estas preocupações, no caso da perturbação, são mais intensas, angustiantes, disseminadas, têm maior duração e ocorrem, frequentemente, sem qualquer desencadeador. Por último, os sujeitos com esta perturbação sofrem de um mal-estar subjetivo, resultante da sua preocupação constante e devido aos défices em relação ao funcionamento social, ocupacional e outras importantes áreas do funcionamento (APA, 2014).

2.2. Modelos Explicativos de Ansiedade

De forma a se compreender melhor a forma como a ansiedade e como esta influência o indivíduo nos mais diversos aspetos, ir-se-á explicar um pouco a conceção de ansiedade sugerida por Freud (1926), duas modalidades de ansiedade, ansiedade estado e ansiedade traço reconhecidas por Cattell e Scheier (1961) e que permitiram a Spielberger (1994) elaborar o seu modelo conceptual da ansiedade (*cit. in* Silva, 2006). O clássico estudo de Freud (1926) “Inibição, Sintoma e Angústia” possibilitou a evolução da Teoria da Ansiedade, considerando-a numa perspetiva funcional, onde se distingue dois tipos de ansiedade: uma ansiedade objetiva e uma ansiedade neurótica (*cit. in* Silva, 2006). A ansiedade objetiva surge quando o indivíduo percebe ou

antecipa um perigo real, enquanto a ansiedade neurótica surge quando as pulsões, que se encontram recalçadas, se fazem sentir ou se anunciam, de qualquer maneira, ao sujeito (Silva, 2006). Considerada com uma função adaptativa, a ansiedade objetiva, ao despertar a atenção do sujeito para o perigo real, provoca uma ativação do sistema nervoso autónomo, levando-o a evitar, fugir ou confrontar o perigo. De acordo com Freud, esta reação ansiosa é proporcional à dimensão do perigo exterior (Silva, 2006). A ansiedade neurótica também é considerada como um sinal de perigo, no entanto este perigo não é real, tendo origem nas pulsões recalçadas, visto que a sua satisfação foi punida, associando-as a um perigo real. A ansiedade objetiva torna-se em ansiedade neurótica quando os estímulos internos ou os sinais associados ao comportamento punido anteriormente dão origem à ansiedade objetiva (Silva, 2006).

O modelo conceptual da ansiedade desenvolvida por Spielberger (1966) surgiu a partir da proposta metodológica da ansiedade de Cattell e Scheier (1961 *cit. in* Telles-Correia, & Barbosa, 2009; Silva, 2006). De acordo com Silva (2006), Catell e Scheier foram os precursores na aplicação das técnicas e medidas de relato pessoal que permitiram a avaliação da ansiedade. Através de estudos que incluíram a factorização da ansiedade, concluíram existirem dois fatores que se destacavam, sendo eles o estado e o traço da ansiedade. A diferença entre estes construtos permitiu verificar a sua utilidade nos estudos referentes à ansiedade, visto que estes sugerem que uma teoria adequada da ansiedade deve, de um ponto de vista conceptual e operacional, diferenciar não só a ansiedade como um estado transitório ou como um estado estável, mas também entre estados de ansiedade, condições ou estímulos que desencadeiam esses estados e as defesas usadas para os evitar (Spielberger, 1966, *cit. in* Silva, 2006).

Spielberger (1994, *cit. in* Silva, 2006) define o estado de ansiedade como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida do sujeito, consistindo em sentimentos subjetivos de apreensão, hesitação, tensão e preocupação, ativando o sistema nervoso autónomo. Logo é considerado como um estado emocional transitório, decorrente de uma reação episódica ou situacional (Barlow, 2002; Baptista, Carvalho, & Lory, 2005). Por outro lado, o traço de ansiedade é considerada relativamente estável no que diz respeito à propensão para a ansiedade, ou seja, na tendência de perceber situações stressantes como ameaçadoras ou perigosas e como reagir a tais situações com maior intensidade e frequência do que no estado de ansiedade, logo é uma resposta permanente e consistente do sujeito (Silva, 2006; Baptista, Carvalho, & Lory, 2005). É

também caracterizada como uma característica da personalidade (Barlow, 2002), estável e presente, de forma precoce (Guerreiro, & Frasquilho, 2009).

Desta forma, o modelo conceptual de Spielberger considera como fundamental a avaliação cognitiva na evocação de um estado de ansiedade e a relevância dos conceitos estado e traço da ansiedade como conceitos psicológicos (Silva, 2006). Assim, o modelo pretende esclarecer a relação existente entre os stressores internos e externos na avaliação cognitiva do estado e traço da ansiedade, clarificando o que caracteriza as condições stressantes que desencadeiam os diferentes níveis de estado de ansiedade nos sujeitos que diferem em traço de ansiedade (Silva, 2006).

O modelo pode ser considerado como uma análise transversal da ansiedade e como um processo psicobiológico. Deste modo, quando um stressor é avaliado como perigoso ou ameaçador, verifica-se a evocação de uma reação de estado de ansiedade, onde a sua intensidade é proporcional à dimensão da ameaça, que a situação representa para o indivíduo (Silva, 2006). A duração desta reação de estado de ansiedade vai depender da persistência do estímulo desencadeador e da experiência do indivíduo, na forma como lida com situações semelhantes. Consoante as situações stressantes e se o sujeito se deparar com frequência com estas, vão desenvolver-se as respostas eficazes de confronto que pretendem aliviar ou minimizar rapidamente o perigo e assim reduzir o nível de intensidade do estado de ansiedade (Silva, 2006).

De acordo com o referido anteriormente e, de uma forma generalizada, sujeitos com traço de ansiedade elevados são mais vulneráveis às avaliações dadas pelos outros, pois apresentam baixa autoestima e baixo autoconfiança (Spielberger, 1984, *cit. in* Silva, 2006). Enquanto elevados níveis de estado de ansiedade são experienciados como desagradáveis ou dolorosos, iniciando-se uma sequência de comportamentos onde se pretende evitar ou minimizar o perigo. Se o estado de ansiedade perdurar, o sujeito poderá recorrer a mecanismos psicológicos de defesa de modo a reduzir a intensidade da reação (Silva, 2006).

O comportamento alimentar pode ser um desses mecanismos, visto que o sujeito pode recorrer à comida como mecanismo compensatório para lidar com o seu estado emocional e as suas emoções.

3. Comportamento Alimentar

3.1. Definição

Comer é uma necessidade básica e fundamental para o ser humano, visto que este, sem comida, morreria em poucas semanas. É de tal forma essencial que não há nenhum argumento ou qualquer género de manipulação persuasiva que possibilite o sujeito de parar de pensar sobre comida, existindo uma tendência obsessiva predeterminada biologicamente em torno da alimentação (Dovey, 2010).

O comportamento alimentar resulta, de uma forma geral, da interação entre o estado fisiológico, o psicológico e as condições ambientais em que um indivíduo se encontra inserido. Desta forma, a capacidade para controlar a ingestão de alimentos necessita de mecanismos especializados que permitam harmonizar as informações fisiológicas do meio interno, tais como os neurotransmissores, o estado hormonal e o estado do sistema gastrointestinal, com as informações nutricionais do ambiente externo, tais como as características dos alimentos, sabor, textura, composição nutricional e variedade, e com as características do ambiente, como a temperatura, localidade, trabalho e crenças sociais, culturais e religiosas (Quaioti, & Almeida, 2006).

Assim, existem sujeitos que, quando se encontram em situações de elevado *stress* ou ansiedade, recorrem à comida de modo a compensar o seu estado emocional. Contudo, é de salientar que, em alguns casos, estes não são considerados como viciados em comida ou não apresentam nenhuma morbilidade psicológica em torno da alimentação, apenas utilizam a comida como forma de lidar com as suas emoções. Este tipo de comportamento não é considerado como errado ou normal, somente é um mecanismo de compensação (Dovey, 2010). No entanto, pode ser considerado como um comportamento patológico quando se recorre ao mesmo em demasia, considerando-se que soluciona o estado emocional. Se a longo prazo, este comportamento não é benéfico para o sujeito, a curto prazo permite-lhe libertar-se de situações stressantes (Dovey, 2010).

Existem três conceitos centrais na investigação em comportamento alimentar e que fornecem as bases para este tipo de comportamento, sendo estes a restrição cognitiva, o *emotional eating* (descrito detalhadamente a partir da página 38) e a ingestão compulsiva (Dovey, 2010).

A Restrição Cognitiva diz respeito aos conceitos existentes em torno da restrição intencional da ingestão de alimentos ou calorias, para que o sujeito controle a sua imagem corporal ou impeça o ganho de peso (Herman, & Mack, 1975). Consiste em

parar de comer antes de o organismo estar completamente saciado, isto é, antes de estar completa a ativação de *feedback* dos processos fisiológicos de saciedade (Dovey, 2010). Assim, este processo refere-se ao que os sujeitos pensam que devem ingerir, bem como às quantidades que devem comer, em vez de estarem atentos ao que o seu próprio corpo lhes pede para consumir. Quando se processa este tipo de pensamento, este assemelha-se ao dos distúrbios alimentares, particularmente a anorexia nervosa, contudo é importante não confundir este conceito com o comportamento patológico do comportamento alimentar, considerando a restrição dietética como um comportamento contínuo (Dovey, 2010).

O modelo que explica este conceito, é designado por Modelo Fronteira (Herman & Polivy, 1984) e sugere que os sujeitos que comem as proporções consideradas normais, ou seja, os sujeitos que não autoimpõem regras relativamente à ingestão de alimentos, respondem às suas necessidades fisiológicas, no que concerne à energia necessária para o organismo e para a digestão. Isto ocorre pois estes sujeitos aguardam até terem necessidade de se alimentarem, sentindo-se confortáveis nesse tempo de espera e, quando iniciam uma refeição, alimentam-se até se sentirem saciados (Dovey, 2010).

Esta tendência para comer não sofre alterações, visto que cada refeição segue um padrão semelhante. No entanto, quando o sujeito ingere, por exemplo líquidos antes da refeição, perturbando assim o seu padrão normal, este tem pouco efeito sobre a ingestão de alimentos durante a mesma. Isto significa que se antes da refeição, é dado ao indivíduo um aperitivo, seja de que género for, o seu nível subjetivo de saciedade vai compensar essa ingestão de energia adicional, fazendo com que este coma em conformidade com o seu sentimento de saciedade. Por vezes, o sujeito que come com normalidade, apresenta alguma flexibilidade relativamente às suas fronteiras alimentares, permitindo-lhe comer quando tem pouca fome, mas também comer mais do que normalmente comeria quando sente mais fome (Dovey, 2010).

Por outro lado, os indivíduos que impõem regras em relação à sua alimentação e à quantidade de calorias ingerida consideram-se sujeitos que se encontram em dieta. Para que esta seja bem-sucedida e as regras impostas cumpridas, ocorre uma interferência ao nível da cognição, visto que há uma alteração ao nível da progressão natural da saciedade durante uma refeição. Esta interferência baseia-se na hipersensibilização acerca do conteúdo calórico dos alimentos, tal como alguma

restrição em alguns tipos de alimentos ingeridos. Desta forma, este processo é relativo à seleção e à quantidade de alimentos consumidos durante uma refeição. (Dovey, 2010).

Quando à Ingestão Compulsiva ou Desinibição Alimentar, esta refere-se à distração do indivíduo relativamente à sua alimentação, bem como à quantidade de comida que ingere (Dovey, 2010). Um exemplo clássico deste conceito ocorre quando um sujeito está a comer pipocas enquanto vê um filme. Durante o visionamento do mesmo, o sujeito ingere uma grande quantidade de pipocas sem se aperceber conscientemente de que a está a ingerir, visto que o filme exige todos os recursos atencionais do sujeito, não prestando atenção ao que ingere (Dovey, 2010). Estes componentes psicológicos não ocorrem, nem agem de forma independente, pois todos os indivíduos apresentam um pouco de todos eles, sendo que a sua combinação que determina a escolha de alimentos a ingerir e da quantidade dos mesmos (Dovey, 2010).

A tendência para a desinibição não é um constructo diferenciado do comportamento alimentar. Este encontra-se associada à restrição alimentar e ao *emotional eating*. Define-se como uma situação, estímulo ou objeto que desvia a atenção para uma determinada tarefa ou pensamento, consistindo-se assim numa distração que leva o sujeito a comer mais do que é habitual. Para os sujeitos que restringem a sua alimentação, qualquer estímulo que desregule o seu controlo sobre a ingestão de alimentos é considerado como desinibidor, diminuindo os seus recursos atencionais e a capacidade intelectual de autoconhecimento, afetando a capacidade de controlar a ingestão de alimentos, levando-o ao consumo em excesso (Haynes, Lee, & Yeomans, 2003). Mais especificamente, para os *emotional eaters*, ou seja, aqueles que comem consoante o seu estado emocional, a emoção negativa age como desinibidora do seu comportamento alimentar (Dovey, 2010).

Quando se fala de sujeitos que comem de forma impulsiva, estes comem sem o planear, visto que a impulsividade se encontra geralmente relacionada com os comportamentos do sujeito, onde este não tem em consideração as possíveis consequências dos seus atos, ingerindo, de forma disfuncional, uma elevada quantidade de alimentos. Quando esta impulsividade está associada a outros comportamentos alimentares, particularmente a comportamentos de restrição alimentar, pode gerar um problema de controlo da ingestão de alimentos, pois através da impulsividade deteriora o controlo psicológico do sujeito sobre o que ingere (Dovey, 2010).

Tal como qualquer outro género de comportamento, o comportamento alimentar também se rege por um processo biológico referido, por norma, como

regulação do apetite (Dovey, 2010). A regulação do apetite é delimitada através de um controlo biológico de energia, devendo ser considerada na teoria do comportamento alimentar. Este controlo biológico providência, não só o controlo do mecanismo do processo alimentar, mas também o domínio físico necessário a este tipo de comportamento. Desta forma, pode afirmar-se que a regulação do apetite funciona como o *hardware* de todo o comportamento alimentar (Dovey, 2010).

O sistema de controlo central da regulação do apetite surgiu durante o passado evolutivo do ser humano e dos restantes animais e poucas alterações sofreu ao longo do tempo. Estas conclusões sugerem que o ser humano, bem como todo o reino animal, parecem ter vias neurotransmissoras biológicas similares, responsáveis pelo controlo do comportamento alimentar, encontrando-se localizadas no cérebro, onde existem três regiões específicas que se encontram fortemente envolvidas no comportamento alimentar: o hipotálamo, o córtex e o tronco cerebral. O hipotálamo é a região que engloba pequenos núcleos responsáveis por controlar a fome, a saciedade e a procura de alimento. As regiões do tronco cerebral, em conjunto com o córtex, são responsáveis por todos os componentes de foro mais sensorial e motivacional para comer (Dovey, 2010).

Assim, a regulação do apetite inicia-se com uma única refeição, sendo que as pedras angulares desta terminologia podem resumir-se a quatro processos distintos que, teoricamente, compartilham a refeição e as suas consequências biológicas. O primeiro é a fome e o *fullness*, que consiste na saciedade dentro da regulação do apetite e que se encontra dividido em dois termos distintos, *satiation* e *satiety*. *Satiation* consiste na saciedade que existe durante uma refeição, ou seja, é o que impede o sujeito de continuar a comer, quando já se encontra saciado. Enquanto *satiety* é o conceito que compreende todos os fatores que impedem o sujeito de iniciar a próxima refeição. De seguida, surge o controlo episódico e tónico, que se referem aos controlos neurotransmissores e hormonais que controlam a fome, *satiation* e *satiety* durante uma única refeição (episódico) ou durante um longo período de tempo (tónico). Um controlo episódico consiste num ciclo tri-diário de refeições diárias que permitem ao sujeito comer e sentir-se saciado, enquanto os sinais tónicos atenuam a intensidade dos episódicos, o que permite que o cérebro conheça a quantidade de energia armazenada em cada refeição. Esta sinalização biológica é por vezes referida como sinais de pré e pós-absorção (Dovey, 2010).

Estes processos biológicos são por norma diferenciados pela percepção da fome, percepção do paladar e digestão, que ocorrem na pré-absorção, sendo que depois, quando a comida é digerida, os seus nutrientes são absorvidos pela corrente sanguínea (pós-absorção). Por último, o processo é separado em três fases distintas: cefálica, gastrointestinal e nutricional. A fase cefálica engloba os impulsadores para que o sujeito coma, a sua percepção gustativa, incluindo o engolir. A fase gastrointestinal contempla o estômago e o trânsito intestinal da comida, incluindo os mecanismos que permitem a deslocação da comida pelo sistema digestivo e os correspondentes hormonais desse movimento. A fase nutricional explora a absorção dos nutrientes para a corrente sanguínea e o que ocorre a estes dentro do organismo, quanto ao seu armazenamento, utilização e posteriores efeitos (Dovey, 2010).

3.2. Comportamento Alimentar Patológico

As perturbações da alimentação caracterizam-se por uma conduta desadequada relativamente ao comportamento alimentar e que tem como resultado o consumo ou a absorção alterada de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física e/ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Este tipo de perturbações têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, expressando-se através de episódios de restrição alimentar, prática excessiva de exercício físico ou ingestão compulsiva de alimentos seguida, ou não, de comportamentos compensatórios. Pode assumir a forma de patologia, como é o caso da anorexia nervosa, da bulimia e da ingestão alimentar compulsiva (Fairburn, & Harrison, 2003, *cit. in* Antunes, 2008). Apesar da obesidade não se encontrar incluída no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações, quinta edição – DSM-5 (APA, 2014), também se considerada de extrema importância ser referida neste estudo pois, tal como as outras perturbações, consiste numa alterações ao nível do comportamento alimentar.

No caso da Anorexia Nervosa, esta caracteriza-se, principalmente, pela perda intensiva de peso, resultante de dietas rígidas autoimpostas, com o objetivo de se atingir um nível de magreza considerada como desequilibrada, distorção da imagem corporal e amenorreia, perda da menstruação (Abreu, & Filho, 2004).

Para que se considere a existência de anorexia nervosa, é essencial a presença de alguns critérios, que caracterizam esta perturbação, sendo eles: restrição permanente do consumo de energia relativamente às necessidades do organismo, que conduzem a uma redução significativa quanto ao peso, tendo em consideração o género, idade e trajetória de desenvolvimento; medo intenso de ganho de peso, engordar ou adoção de

comportamentos constantes que interferem com o ganho de peso, mesmo tendo um peso significativamente baixo; uma perturbação da perceção do próprio peso ou formas corporais ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual; o sujeito mantém um peso corporal abaixo do nível mínimo considerado normal para a idade, sexo, saúde física e trajetória de desenvolvimento (APA, 2014).

Deve também ter-se em consideração que existem tipos de anorexia nervosa e que estes são essenciais no seu diagnóstico. No caso do tipo restritivo, o sujeito não recorreu a episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes, ou seja, provocar o vômito ou o mau uso de laxantes ou diuréticos, nos últimos três meses. Neste tipo de perturbação, a perda significativa de peso deve-se a, essencialmente, jejum, dietas e/ou exercício físico em demasia. No subtipo ingestão compulsiva/purgativo, o indivíduo recorre a episódios de ingestão compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (APA, 2014).

Existem variados fatores que podem fazer com que o sujeito desenvolva este tipo de perturbações. Ao nível temperamental, o indivíduo pode desenvolver uma perturbação de ansiedade ou apresentar alguns traços obsessivos, desenvolvidos ao longo da infância, potenciando o risco de desenvolver anorexia nervosa. Quanto às questões ambientais, encontram-se associações com a cultura e com o ambiente onde a magreza é valorizada, havendo profissões e ocupações que encorajem a magreza, como a moda, aumentando assim o risco de o sujeito desenvolver esta perturbação. No que concerne aos riscos genéticos e fisiológicos, verifica-se um risco elevado do desenvolvimento desta perturbação entre familiares biológicos em primeiro grau de um sujeito com esta perturbação (APA, 2014).

No caso da Bulimia Nervosa, esta caracteriza-se por uma exagerada ingestão de alimentos, num curto espaço de tempo, com sensação de perda total de controlo, designados como episódios bulímicos (Abreu, & Filho, 2004). Tal como no caso da anorexia nervosa, também na bulimia nervosa há características que devem estar presentes para se poder considerar a presença desta perturbação. Desta forma, é necessário que os sujeitos com esta perturbação apresentem episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, isto é, a ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos num curto espaço de tempo ou a presença da sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio compulsivo. Deve também existir um comportamento compensatório inapropriado recorrente, de forma a impedir o ganho de peso, tal como a indução de vômito, uso incorreto de laxantes ou diuréticos, jejum ou

exercício físico exagerado. Esta ingestão compulsiva de alimentos, tal como os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, pelo menos, uma vez por semana durante um período mínimo de três meses. Também se deve verificar que o indivíduo realiza uma autoavaliação que não é correta, tendo em conta o seu peso e as suas formas corporais (APA, 2014).

Existem fatores temperamentais que podem ter influência no desenvolvimento desta perturbação, visto que a preocupação com o peso, a presença de baixa autoestima, de perturbações de ansiedade social e de sintomas depressivos se encontram associados a um risco significativo para que o sujeito desenvolva bulimia nervosa. Também os fatores ambientais têm influência, pois a internalização de um corpo magro idealizado aumenta o risco de se desenvolver preocupações com o peso, logo o risco significativo de poder vir a desenvolver bulimia nervosa. Os fatores genéticos e fisiológicos também são potenciadores da perturbação, como é o caso da obesidade infantil e a maturação pubertária precoce, que aumentam esse risco, podendo estar presente a transmissão familiar de bulimia nervosa, tal como vulnerabilidades genéticas para a mesma (APA, 2014).

A Ingestão Alimentar Compulsiva caracteriza-se pela ingestão de grandes quantidades de alimentar, num curto espaço de tempo e sensação de perda de controlo. Difere da bulimia nervosa pelo facto de não estar associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados (APA, 2014).

Assim, o ato de comer encontra-se relacionada com o alívio de sentimentos negativos, como a raiva e a frustração, sendo comum o sujeito associar o alimento como forma de aliviar ou de compensar o seu sofrimento (Oliveira & Fonsêca, 2006; Barros, 1997).

A característica principal da ingestão alimentar compulsiva é a ocorrência de episódios recorrentes, que ocorrem num curto espaço de tempo, onde há a ingestão de uma elevada quantidade de comida e onde o sujeito tem a sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio. Estes episódios encontram-se associados a uma ingestão muito mais rápida do que é habitual, a ingerir alimentos até o sujeito se sentir desagradavelmente cheio, a ingestão de imensas quantidades de comida, mesmo quando não sente fome, a comer sozinho por vergonha da sua voracidade e a sentir-se desconsolado relativamente a si próprio, deprimido ou com sentimentos de grande culpa após os episódios (APA, 2014).

A compulsiva compreende, pelo menos, dois componentes: o subjetivo, ou seja, a sensação de perda de controlo, e o objetivo, isto é, a quantidade de consumo alimentar. De um ponto de vista psicológico, há variados fatores que podem despoletar este tipo de comportamento, como a ansiedade, o *stress*, a depressão e a frustração (Oliveira, & Fonseca, 2006). A perturbação de ingestão alimentar compulsiva surge tanto em indivíduo com peso normal, como em sujeitos com excesso de peso e até mesmo obesos (APA, 2014).

A obesidade, esta não é considerada como uma perturbação mental, logo não se encontra incluída no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações, quinta edição – DSM-5. No entanto pode resultar igualmente de um comportamento alimentar desadequado. A obesidade consiste no excesso de gordura corporal, resultado de um consumo prolongado de energia excessiva relativamente aos gastos energéticos do sujeito, logo encontra-se fortemente associada à perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Contudo, estas diferem, pois a maioria dos sujeitos com obesidade não recorrem à ingestão compulsiva frequentemente. Desta forma, a obesidade pode resultar de uma imensa variedade de fatores, podendo estes ser genéticos, fisiológicos, ambientais e/ou comportamentais, variando de sujeito para sujeito (APA, 2014).

Apesar do que foi referido anteriormente, nem todos os comportamentos alimentares desadequados são considerados como patológicos, visto que, por vezes, se recorre à alimentação como mecanismo compensatório para o estado emocional e como forma de se lidar com as emoções. Assim, este estudo foca-se na alimentação como mecanismo compensatório, centrando-se numa população onde não há a presença de qualquer uma das patologias anteriormente referidas.

3.3. *Emotional Eating*

Ao longo do tempo, os psicoterapeutas afirmaram que os sujeitos com excesso de peso comem como forma de conseguirem lidar com o seu estado de ansiedade, humores depressivos, raiva, entre outras emoções negativas (Kaplan, & Kaplan, 1957, *cit. in* Macht, & Simons, 2011), exercendo grande influência sobre a alimentação, fome e saciedade.

O *Emotional Eating* consiste em comer devido a alterações no humor, ou seja, é uma tentativa de o sujeito melhorar ou estabilizar o seu humor através da comida, experienciando intensas emoções em resposta à maioria dos alimentos e estímulos associados ao humor (Heaven et al., 2001; Macht, & Simons, 2011), visto que esses

sujeitos recorrem à comida quando se sentem ansiosos (Dovey, 2010; Macht & Simons, 2011).

Os sujeitos que recorrem ao *emotional eating* vêm a alimentação como tendo um componente adicional, pois consideram que alguns alimentos apresentam propriedades reparadoras ou que melhoram o humor, independentemente do seu conteúdo nutricional. Estes alimentos combatem os sentimentos de baixa autoestima e de ansiedade elevada, sendo que são alimentos concretos e específicos para os sujeitos. No entanto, e independentemente do tipo de alimento que o sujeito escolhe por norma, todos os alimentos são potenciais alvos para os *emotional eaters*, pois compartilham características semelhantes entre si (Dovey, 2010).

A Teoria do *Emotional Eating* (Bruch, 1973, *cit. in* Macht & Simons, 2011; Slochower, 1983, *cit. in* Macht & Simons, 2011) tem como princípios duas suposições: a primeira, que afirma que as emoções negativas se encontram inseridas na motivação e na vontade de comer, experienciando, por vezes, uma intensa ânsia, induzindo o ato de comer; a segunda refere que comer reduz a intensidade das emoções negativas (Macht & Simons, 2011).

Ingerir grandes ou pequenas quantidades de comida é apenas uma das muitas possibilidades de estratégias de regulação das emoções. A regulação emocional inclui processos automáticos e controlados, que afetam todo o decurso da emoção, permitindo assim a influenciar sua intensidade e duração (Gross, 2014). Deste modo, as emoções têm influência no comportamento alimentar de diversas maneiras, dependendo da sua intensidade, da situação em que o sujeito se encontra e da pessoa envolvida (Macht, 2008).

De acordo com Macht (2008), há cinco formas de se entender a influência das emoções sobre o comportamento alimentar. Em primeiro lugar, as emoções alteram a escolha dos alimentos, pois levam o sujeito a desejar alimentos altamente energéticos e calóricos. Nos indivíduos que apresentam maior propensão a comer, como forma de regular as suas emoções, verificam-se mais alterações na escolha dos alimentos do que nos sujeitos onde os valores de *emotional eating* são mais baixos. Desta forma, esses sujeitos vão escolher os alimentos que, por norma, são considerados “alimentos proibidos” na sua alimentação, estando mais propensos a comer em demasia. Em segundo lugar, se a emoção é muito forte, conduz à supressão e não ao aumento do comportamento alimentar, isto é, se a emoção for demasiadamente intensa, haverá uma ausência da vontade de comer. Esta é considerada como uma resposta adequada, visto

que a emoção está associada a um evento muito significativo para o sujeito, não sentindo necessidade de se alimentar. O terceiro e o quarto aspetos referem-se à interação dos hábitos alimentares e do estado emocional, visto que, independentemente da direção da emoção, esta debilita os controlos cognitivos da ingestão de alimentos. No caso das emoções negativas, estas vão provocar um comportamento alimentar onde o indivíduo vai tentar reaver as suas emoções positivas, para atingir um estado de equilíbrio emocional. Assim, um sujeito com restrição alimentar, dificilmente conseguirá manter as suas regras alimentares quando se encontrar perante uma emoção particularmente intensa em termos emocionais, comendo para a conseguir regular. Por último, as emoções são tidas em consideração na perceção dos alimentos, aumentando ou diminuindo a perceção de agradabilidade do alimento, em congruência com a emoção em si. Logo, as emoções negativas vão diminuir a agradabilidade da comida, enquanto as emoções positivas vão aumentá-la.

O conceito de regulação emocional controlada diz respeito às estratégias que os sujeitos aplicam, deliberada e intencionalmente, influenciando as emoções e que são *“implementadas ou finalizadas em função das mudanças conscientemente monitorizadas a afetar”* (Macht, & Simons, 2011, p. 278). Ingerir certos alimentos pode agir como um elemento distrator agradável e, desta forma, ser utilizado para regular, ou elevar, as emoções negativas (Tice, & Bratslavsky, 2000). Um estudo realizado por Parkinson e Totterdell (1999) qualificou o conforto de comer como uma estratégia controlada de regulação de afetos, semelhante a outras estratégias comportamentais dirigidas para a distração, como fazer alguma coisa agradável.

Apesar do *emotional eating*, por norma, se poder caracterizar como uma estratégia de regulação emocional controlada, também surgem, por vezes, casos em que parece ser um processo mais ou menos automático. Isto ocorre quando os episódios de *emotional eating* se tornam compulsivos e/ou habituais. No entanto, vários investigadores deste fenómeno reconhecem que, em alguns casos de regulação emocional, é provável que ocorra uma combinação de ambos os processos (Parkinson, Totterdell, Briner, & Reynolds, 1996) ou um *continuum* de regulação emocional automática e controlada (Gross, 1998b).

Segundo a literatura existente sobre a regulação emocional, na sua generalidade, conclui-se que comer como forma de regulação das emoções é bastante comum, não sendo apenas restrito às populações clínicas. Desta forma, vários são os estudos que apontam que as emoções negativas estimulam o consumo de comida

(Canetti, Bachar, & Berry, 2002; Macht, 2008). Estes indícios sustentam a primeira suposição da Teoria do *Emotional Eating* (Bruch, 1973, *cit. in* Macht & Simons, 2011; Slochower, 1983, *cit. in* Macht & Simons, 2011), que afirma que as emoções negativas aumentam a motivação de comer, ou seja, a ingestão de alimentos aumenta com a ativação emocional fazem-no, não só porque as suas emoções induzem o *emotional eating*, mas também porque estas quebram padrões alimentares restritos habituais (Macht & Simons, 2011).

Existem evidências, embora que dispersas, que permitem suportar a segunda suposição da teoria do *emotional eating* (Bruch, 1973, *cit. in* Macht & Simons, 2011; Slochower, 1983, *cit. in* Macht & Simons, 2011), segundo a qual ingerir alimentos reduz a intensidade das emoções negativas (Macht, & Simons, 2011). Pines e Gal (1977) realizaram um estudo onde ofereceram a um grupo de estudantes uma sandes durante um exame e a outro não ofereceram nada, o denominado grupo de controlo. Quando compararam os resultados obtidos no primeiro grupo com o do grupo de controlo, verificou-se que os estudantes que receberam uma sandes revelam uma redução significativa nos níveis de ansiedade. Também Herman e Polivy (1975), Slochower e Kaplan (1980) e Agras e Telch (1998) realizaram estudos semelhantes aos referidos anteriormente, onde obtiveram resultados que indiciam o mesmo.

Tal como já se referiu e se tem vindo a demonstrar, existem evidências que revelam a ocorrência de *emotional eating* quer em populações normais, quer em populações clínicas. No entanto, há muitos poucos dados que realmente expliquem o que origina o *emotional eating* (Macht & Simons, 2011).

Segundo a teoria psicodinâmica, o *emotional eating* tem origem nas experiências precoces de alimentação, ou seja, o consumo de comida na infância está intimamente relacionado com estímulos socio-afetivos, como a atenção e o carinho da mãe (Macht, & Simons, 2011). Harlow (1958), com as suas clássicas experiências com macacos demonstrou que a separação da interação social e da alimentação, no início de vida, é bastante prejudicial, visto que os macacos bebés que foram criados com acesso abundante a alimentos, mas sem qualquer tipo de contato com as suas mães apresentam, essencialmente, défices comportamentais na idade adulta, revelando-se incapazes de cuidar dos seus próprios filhos.

A herança genética é outro contributo essencial para o *emotional eating*, visto que a sensibilidade gustativa, que é em parte geneticamente determinada influencia o *emotional eating*. A investigação realizada por Miller e Reedy (1990) comprovou que

os sujeitos com capacidade para sentir o sabor *propylthiouracil*, isto é, sujeitos com a capacidade hereditária para sentir este sabor, apresentam maior densidade de papilas fungiformes na língua, comparativamente a sujeitos sem esta capacidade hereditária, aumentando a sua sensibilidade gustativa (*cit. in* Macht & Simons, 2011). No entanto, a sensibilidade gustativa não é somente restrita a substâncias amargas, de facto substâncias doces, como o açúcar, revelam melhorias mais acentuadas no que diz respeito às emoções e ao humor (Macht, & Simons, 2011). A vontade intensa de obter resposta imediata pode predeterminar o sujeito a adquirir *emotional eating* onde, conjuntamente com *stress* emocional intenso e competências de regulação emocional desadequadas, podem conduzir a um maior desenvolvimento de diferentes patologias no que concerne à compulsão alimentar emocional (Macht & Simons, 2011).

A comida é uma das razões óbvias para o *emotional eating* pois, para além de uma das suas funções básicas ser acalmar a fome, parece também ter a capacidade de aliviar o *stress* emocional, no entanto, é pouco evidente quais os mecanismos que estão por detrás destes efeitos. Contudo, Macht e Simons (2011) sugerem que mecanismos fisiológicos e psicológicos são os causadores dos efeitos gerados pelo *emotional eating*. Quanto aos mecanismos fisiológicos, os nutrientes afetam o metabolismo, os sistemas dos neurotransmissores e os níveis hormonais, no entanto, estas alterações podem afetar o estado emocional do sujeito. As alterações ao nível do sistema neurológico são, então, uma consequência natural da ingestão de alimentos (Macht & Simons, 2011). O aumento de serotonina pode ser uma dessas consequências, visto que o consumo de refeições ricas em hidratos de carbono, como o pão, a batata e alguns doces, mas pobres em proteínas, provocam um aumento dos níveis de triptofano no sangue, comparativamente a outros aminoácidos neutros, levando a um aumento da atividade dos sistemas serotoninérgicos no cérebro (Macht & Simons, 2011). A serotonina pode ser considerada como um dos resultados do aumento dessa atividade, visto que é um importante neurotransmissor e se encontra associado à fome, à dor e ao sono, mas também ao humor, logo uma refeição rica em hidratos de carbono conduz ao aumento da serotonina, resultando na redução dos estados depressivos (Wurtman, 1982).

O aumento de energia também é uma das consequências possíveis da alterações no sistema neurológico, pois uma única refeição pode afetar o comportamento do sujeito, simplesmente como produto da energia fornecida ao organismo. Alguns estudos mostram que o consumo de alimentos doces, como uma barra de chocolate, resulta em maiores níveis de energia, logo uma redução do cansaço,

principalmente entre os primeiros trinta a sessenta minutos após o consumo (Thayer, 1987; Macht & Dettmer, 2006). Para Thayer (2001), o consumo de *snacks* doces aumenta a sensação de energia, diminuindo os sentimentos de ansiedade e *stress*, o que ajuda o sujeito a lidar com estes sentimentos, muitas vezes sentidos na sociedade moderna.

Apesar dos estudos realizados e já referidos, há no entanto um problema quanto a estas explicações, visto que para que haja alterações emocionais resultantes dos nutrientes ingeridos é necessário tempo, visto que estas só podem ocorrer depois de se digerir os alimentos, os seus componentes serem absorvidos para a corrente sanguínea e, conseqüentemente, transportados para o cérebro. Mas, no caso de um *emotional eater* seria bastante mais eficaz se a melhoria de humor ocorresse imediatamente após o consumo desses alimentos. Considerando-se que os efeitos diferidos podem ser úteis quando se lida com *stress* crónico, no entanto, caso de resposta às emoções negativas conseqüentes de estímulos imprevisíveis que ocorrem no dia-a-dia, não é o mais eficaz. Desta forma, é necessário ter-se em consideração outros mecanismos que permitam explicar os efeitos imediatos da ingestão de alimentos que irão beneficiar o *emotional eater*, como é o caso dos mecanismos psicológicos (Macht & Simons, 2011).

Através de observações sistemáticas das reações faciais em recém-nascidos, Steiner (1977) concluiu que um sabor doce gera uma resposta emocional positiva, ao contrário de um sabor amargo, que gera uma resposta de desagrado, franzindo as sobrancelhas e deitando a língua de fora. Os movimentos de sucção e de lambe os lábios, durante e após a refeição, revelaram que os bebés ficavam mais relaxados e tranquilos (*cit. in* Macht & Simons, 2011). Numa idade adulta, o sujeito também reage ao sabor doce e amargo com expressões faciais semelhantes às apresentadas pelos bebés de Steiner (Macht & Simons, 2011). Os alimentos de sabor doce, como os chocolates, os chupas e as gomas, são alimentos muito utilizados para acalmar, de uma forma rápida e eficaz, as respostas de ansiedade e de *stress* nas crianças. Isto verificou-se num estudo realizado por Smith, Fillion e Blass (1990), onde a um grupo de crianças deram uma solução de sacarose e a outro uma chucha. Os resultados obtidos demonstram, claramente, que a solução de sacarose é bastante mais eficaz enquanto calmante, visto que reduziu as respostas de ansiedade e *stress* de forma muito mais significativa que a chucha.

Mais recentemente, Macht e Müller (2007) realizaram um estudo semelhante, mas numa população de adultos. Após uma classificação da *baseline* do estado emocional de cada participante, estes visionaram um filme triste, com o objetivo de induzir um estado emocional negativo. Após a indução da emoção, os participantes avaliaram de novo o seu estado emocional, de forma a se poder verificar a manipulação emocional. De seguida, ofereceu-se a cada participante um pedaço de chocolate para comer ou vinte mililitros de água para beber, para se realizar, após a ingestão, uma nova avaliação do estado emocional, para término do estudo. Os resultados obtidos revelaram que o chocolate, comparativamente à água, melhorou o estado emocional negativo induzido experimentalmente.

Num segundo estudo, recorreu-se a um método semelhante, no entanto os participantes receberam um pedaço de chocolate com mais sabor e outro com menos sabor, tendo estes sido determinados em pré-teste. Desta forma, verificou-se que o chocolate com mais sabor melhora o estado emocional do sujeito, considerando-se assim o paladar é um fator essencial na melhoria do estado emocional, através da ingestão de alimentos (Macht & Simons, 2011). Através destes estudos, verificou-se que os *emotional eaters* revelam maiores alterações de humor após ingestão de chocolate, do que os *non-emotional eaters*, suportando o pressuposto da existência de um mecanismo hedonista no *emotional eating* (Macht & Simons, 2011).

O Modelo das Três Etapas (Macht, & Simons, 2011) consiste num modelo que combina os mecanismos fisiológicos e os psicológicos, referidos anteriormente. Assim sendo, sugere que o *emotional eating* é mediado por dois tipos de mecanismos: no primeiro, os nutrientes desempenham um papel crucial, pois a energia dos alimentos vai gerar alterações ao nível do metabolismo, dos neurotransmissores cerebrais e dos sistemas neuro endócrinos que, por sua vez, vão exercer influência sobre as emoções. No segundo tipo, o paladar é um fator essencial, visto que os alimentos agradáveis provocam sensações prazerosas que melhoram o estado emocional (Macht, & Simons, 2011). Contudo, estes mecanismos podem ser ativados por diferentes padrões alimentares. De acordo com este modelo, existem pelo menos três níveis de *emotional eating*, que variam consoante a quantidade de alimentos ingerida, logo varia entre comer pequenas quantidades e a compulsão para ingerir grandes quantidades de alimentos (Macht, & Simons, 2011).

No primeiro nível, somente o mecanismo hedónico se encontra envolvido, pois são ingeridas, ocasionalmente, pequenas quantidades de alimentos ou *snacks* doces para

o sujeito se sentir mais animado. No segundo nível, os *emotional eaters* consomem uma refeição completa como forma de regulação das emoções, logo os mecanismos fisiológicos envolvem-se como acréscimo ao mecanismo hedónico, logo os níveis energéticos vão sofrer um aumento, enquanto a ansiedade, o *stress* e o cansaço serão reduzidos. Por último, na terceira etapa, o *emotional eating* compulsivo, que se cinge ao consumo compulsivo de grandes quantidades de alimentos altamente energéticos, gera, adicionalmente, efeitos neuro químicos ou neuro endócrinos (Macht & Simons, 2011; Macht & Müller, 2007).

3.4. Relação com a Regulação Emocional e a Ansiedade

Como vimos nas secções anteriores a ingestão de alimentos pode ter como finalidade regular estados emocionais negativos. Supõe-se, portanto, que uma menor eficácia na regulação das emoções poderá estar associada a este tipo de mecanismos compensatórios.

Em 2000, Macht e Simons realizaram um estudo que pretendia analisar a relação entre a motivação para comer e o estado emocional do sujeito no seu dia-a-dia. Baseado nos resultados obtidos num estudo anterior (Macht, 1999), esperava-se que o aumento da motivação para comer, com o objetivo de regular um estado emocional negativo, conduzisse ao aumento da tendência para comer de forma impulsiva. Os resultados obtidos foram congruentes com os obtidos no estudo anterior, visto que a tendência de comer impulsivamente apresentava valores mais elevados perante um estado emocional negativo, como a raiva ou tensão, do que quando o sujeito se encontrava durante um estado não emocional.

Hearon, Utschig, Smits, Moshier e Otto (2013), realizaram um estudo onde se pretendia medir a forma como a sensibilidade à ansiedade e as expectativas de comer se relacionam com a autoavaliação do *emotional eating*, bem como qual o consumo de calorias como consequência de uma situação stressante. Os resultados obtidos permitiram concluir que a sensibilidade à ansiedade e a autoavaliação do *emotional eating* se encontram associadas entre si e que a expectativa de comer gera receio de perda de controlo. Logo, como consequência, ocorre o aumento dos níveis de ansiedade gerados por esse receio de perda de controlo sobre a quantidade de comida ingerida. A interpretação realizada por estes autores afirma que os sujeitos com maior sensibilidade à ansiedade, em conjunto com o medo de perda de controlo sobre a alimentação, expectativa de comer para sentir essa perda de controlo e com um elevado índice de massa corporal, apresentam um elevado risco de ingestão compulsiva de alimentos.

Por sua vez, Bardone-Cone, Brownstone, Higgins, Fitzsimmons-Craft e Harney (2013), Egan, Watson, Kane, McEvoy, Fursland e Nathan (2013) e Menatti, Weeks, Levinson e McGowan (2013), com os estudos que realizaram concluíram que indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo, orientado para si mesmos, apresentam também elevados níveis de ansiedade. Para mediar essa ansiedade elevada, estes sujeitos recorrem à ingestão alimentar compulsiva, o que lhes permite uma redução ao nível cognitivo da ansiedade, escapando aos seus elevados padrões pessoais, embora que de forma temporária.

Menatti, et al. (2013), realizaram outro estudo, onde através do seu estudo sobre medo do escrutínio social e a sua relação com os sintomas de bulimia nervosa, concluíram que para se abordar as questões centrais da perturbação alimentar, deve-se também abordar as questões referentes à perturbação de ansiedade, visto esta conduzir ao aumento das perturbações alimentares. Isto porque as perturbações de ansiedade se definem como uma desregulação das emoções, tal como as perturbações alimentares se definem como uma desregulação do comportamento alimentar, logo considera-se que a ansiedade contribui para o desenvolvimento e manutenção das perturbações do comportamento alimentar. No entanto, estes autores não conseguiram averiguar a direção da associação, visto que as perturbações alimentares também podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade, pois os riscos e os fatores de manutenção das perturbações alimentares abrangem a preocupação com o peso, a dieta restrita, medo de perda de controlo, entre outros, podendo estes ser analisados como influentes no aumento dos níveis de ansiedade.

Goddard e Treasure (2013) sugerem que o traço de ansiedade pode servir de intermediário para uma perturbação alimentar. Chegaram a esta conclusão através do estudo que realizaram com três membros de várias famílias, os dois pais e um filho, onde esse filho apresentava uma perturbação alimentar ou era saudável, sendo este último o grupo de controlo. As variáveis em causa são o traço de ansiedade, ansiedade social e dificuldades no processamento emocional, servindo como intermediários para satisfazer os seguintes critérios: a associação da doença, independentemente do seu estado, a associação da doença em membros da família, a sua presença em membros saudáveis e a sua hereditariedade. Verificou-se que o traço de ansiedade é mais elevado nos descendentes com perturbações alimentares do que no grupo de controlo, os pais dos descendentes com perturbações alimentares também padeceram da patologia e os pais, que não padeceram de uma perturbação alimentar, mas os seus descendentes

padecem, em comparação com os pais dos participantes do grupo de controlo, revelam que o traço de ansiedade pode ser um intermédio para as perturbações alimentares, bem como a existência do risco genético quer para a ansiedade como para as perturbações alimentares.

Assim, e de acordo com os estudos referidos e com o enquadramento teórico apresentado, verifica-se que existe uma associação entre as emoções e o comportamento alimentar, bem como a influência destas sobre este tipo de comportamento. Esta associação tem sido estudada distintamente na população com perturbação alimentar, contudo, por definição, esta relação verifica-se em população sem a presença de uma patologia deste foro, onde a vivência de estados emocionais pode estar associada a um comportamento alimentar compensatório, que se pode vir a tornar, a longo prazo, desajustado. Com este trabalho, supõe-se que aqueles que apresentam maiores dificuldades ao nível da regulação das suas emoções, devido ao uso de estratégia regulatórias menos eficazes, como é o caso da supressão da resposta emocional, devem apresentar comportamentos alimentares mais desajustados.

4. Objetivos/ Hipóteses

A presente investigação tem como objetivo analisar o efeito mediador da variável ansiedade, na relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar, na população adulta.

Considerando-se os estudos e a literatura referida ao longo do enquadramento teórico, formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) – Considerando-se as dimensões da Regulação Emocional, é esperado que maiores níveis de Supressão Emocional se encontrem associados a comportamentos alimentares desadequados, nomeadamente maiores níveis de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*;

Hipótese 2 (H2) – Tendo em conta as dimensões de Ansiedade, espera-se que a maiores níveis de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço se associem maiores níveis de comportamento alimentar desadequado, em particular, mais restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*;

Hipótese 3 (H3) – Coloca-se a hipótese que a regulação emocional poderá ter influência no comportamento alimentar através do seu impacto nos níveis de ansiedade. Assim espera-se encontrar uma relação de mediação onde a ansiedade medeia a relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar desadequado. Em particular, o maior uso de estratégias de regulação emocional menos eficazes, como a supressão, deve estar associado a maiores níveis de ansiedade e, consequentemente, a um maior nível de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*, com especial relevo para a última dimensão do comportamento alimentar. Pelo contrário, o maior uso de estratégias de regulação emocional eficazes, como a reavaliação cognitiva, deve estar associado a menores níveis de ansiedade e, consequentemente, a um menor nível de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*, novamente com especial relevo para a última dimensão do comportamento alimentar.

Capítulo 2 – Método

1. Participantes

No presente estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por 344 participantes (com idade igual ou superior a 18 anos).

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra é composta por 86 sujeitos do sexo masculino (25%) e 258 do sexo feminino (75%), com uma média de idades de 31.22 ($DP = 11.82$), sendo que o sujeito mais novo tem 18 anos e o mais velho 67 anos. Quanto ao estado civil, 206 indivíduos são solteiros (59.9%), 110 (32%) são casados ou encontram-se em união de facto, 25 (7.3%) encontram-se divorciados e 3 (.9%) são viúvos. Quando às habilitações literárias, mais concretamente aos anos escolares completos, houve uma média de 14.39 ($DP = 2.59$), sendo o mínimo 4 anos e o máximo de 23 anos. Relativamente ao peso atual, obteve-se uma média de 66.25 ($DP = 13.39$), sendo que os valores variam entre 43 quilogramas e 115 quilogramas, enquanto na altura atual, obteve-se uma média de 166.41 ($DP = 8.80$), com valores compreendidos entre 148 centímetros e 195 centímetros. O valor médio do Índice de Massa Corporal, que consiste num método de classificação que relaciona o peso e a altura, indicando o estado nutricional da amostra, foi de 24.04, que se enquadra na categoria saudável. Este foi calculado através dos valores da média do peso e da altura da amostra.

Quanto a alguma dieta efetuada no passado, 151 (43.9%) dos inquiridos respondeu que já realizou e 193 (56.1%) respondeu que não. Aquando o preenchimento do questionário, 84 sujeitos (24.4%) respondeu que se encontra a restringir a sua alimentação, enquanto 259 (75.3%) não faz qualquer tipo de restrição na sua alimentação. No que se refere à existência de perturbações alimentares no passado, 29 (8.4%) sujeitos já padeceu de uma, enquanto 315 (91.6%), nunca padeceu de numa destas perturbações. Aquando o preenchimento do questionário, 14 (4.1%) sujeitos sofrem de uma perturbação deste foro, enquanto 330 (35.9%) não sofre destas patologias. Optou-se por retirar do estudo os sujeitos com perturbação ao nível do comportamento alimentar.

No que diz respeito ao tempo que o sujeito comeu pela última vez, obteve-se uma média de 90.55 ($DP = 93.15$), sendo que variou entre os 0 e os 720 minutos.

Relativamente à fome que cada sujeito sentia aquando o preenchimento do questionário 89 participantes (25,9%) responderam zero, 59 (17,2%) responderam 1, 45 (13,1%) responderam 2, 30 (8,7%) responderam 3, 20 (5,8%) responderam 4, 27 (7,8%) responderam 5, 25 (7,3%) responderam 6, 22 (6,4%) responderam 7, 9 (2,6%)

responderam 8, 8 (2,3%) responderam 9 e, por último, 10 participantes (2,9%) responderam 10.

2. Instrumentos

2.1. Regulação Emocional

2.1.1. Escala Original

De forma a ser possível avaliar as questões da regulação emocional, Gross e John (2003) desenvolveram o *Emotion Regulation Questionnaire*, uma escala que tem como objetivo avaliar as estratégias de regulação emocional e compreender as diferenças individuais na utilização destas estratégias em determinadas situações. Contudo, os autores pretendiam também compreender as implicações da utilização de diferentes estratégias de regulação emocional em sujeitos com percursos adaptativos e desadaptativos (Vaz, 2009).

Para a criação deste instrumento e subsequente validação do mesmo, Gross e John (2003) aplicaram-no a uma amostra de 1483 participantes, que foram divididos em quatro amostras, tendo-se, posteriormente, realizado uma análise fatorial em componentes principais, através da rotação *Varimax*. Verificou-se assim a existência de duas dimensões: a Reavaliação Cognitiva, que inclui o item “*Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro*” e a Supressão Emocional, que inclui o item “*Eu controlo as minhas emoções não as expressando*”, contribuem para mais de 50% da variância nas quatro amostras. Quer as emoções positivas, quer as negativas da regulação emocional encontram-se nas duas dimensões, não havendo indicação de emoções positivas ou negativas.

Quanto às características psicométricas das dimensões, a Reavaliação Cognitiva apresenta uma média do *alfa* de Cronbach para as quatro amostras de .79 e a Supressão Emocional apresenta uma média do *alfa* de Cronbach de .73. No que diz respeito à fidelidade teste-reteste, para um intervalo de três meses, foi de .69 para ambas as escalas (Gross & John, 2003).

2.1.2. Escala Versão Portuguesa

A versão portuguesa do *Emotion Regulation Questionnaire*, designado por Questionário de Regulação Emocional (QRE) foi traduzido e validado por Filipa Vaz, em 2009, junto de uma amostra constituída por 851 participantes, sendo 383 do sexo feminino (45.0%) e 468 do sexo masculino (55.0%), com idades compreendidas entre

os 18 e os 65 anos ($M = 27.66$; $DP = 8.32$). Para a seleção da amostra houve o cuidado de recolher dados junto de adultos com poucas habilitações académicas, entre o 4º ano e o 12º ano de escolaridade, de modo a que a amostra fosse o mais heterogénea que a original (Vaz, 2009).

Este questionário é constituído por duas dimensões, a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional, compostas respetivamente pelos itens 1, 3, 7, 8 e 10, como por exemplo “*Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar*” ou “*Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação*” e pelos itens 2, 4, 5, 6 e 9, como por exemplo “*Guardo as minhas emoções para mim próprio*” ou “*Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo*”. Para se verificar a sensibilidade dos resultados obtidos, procedeu-se à análise de frequências para todos os itens, de forma a se verificar se todas as categorias de resposta estavam representadas na nossa amostra. Comprovou-se que cada item tem sensibilidade para distinguir os participantes, pois todas as categoriais de resposta se encontram representadas em todos os itens. Procedeu-se também à análise de assimetria e curtose da escala e das respetivas dimensões revelando os valores -1 e +1, comprovando a normalidade das distribuições (Vaz, 2009).

Tal como foi referido anteriormente, a escala é composta por duas dimensões, sendo que quando efetuado a distribuição fatorial dos itens da versão portuguesa desta escala, verificou-se que o fator 1 (Reavaliação Cognitiva) explica 32,77% da variância, enquanto o fator 2 (Supressão Emocional) explica 16,87% da variância (Vaz, 2009)

Quando se realizou uma análise comparativa entre os itens de cada dimensão do instrumento da versão original e da versão portuguesa, verificou-se que apenas o item 5 (*Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação de uma forma que me ajude a ficar calmo*) alterou de dimensão, ou seja, na versão original encontrava-se na dimensão Reavaliação Cognitiva e na versão portuguesa pertence à dimensão Supressão Emocional. Os itens que saturavam em mais que uma escala foram integrados na dimensão a que pertenciam na versão original (Vaz, 2009).

Relativamente à fidelidade dos resultados, efetuou-se a análise de consistência interna a partir do cálculo do *alfa* de Cronbach que apresentou um valor de .76 para a dimensão Reavaliação Cognitiva e de .65 para a dimensão Supressão Emocional,

concluindo-se que ambas as dimensões apresentam níveis considerados aceitáveis de homogeneidade. Também se calculou o mesmo coeficiente em função da retirada de cada um dos itens de cada dimensão, bem como o valor de correlação de cada item com o total do respetivo grupo, verificando-se que nas duas escalas todos os itens se encontram correlacionados com a escala em que se encontram integrados (Vaz, 2009).

Quanto aos resultados obtidos de consistência interna do presente estudo, a dimensão Reavaliação Cognitiva apresentou um valor de *alfa* de Cronbach de .82 e a dimensão Supressão Emocional obteve um valor de .74, considerando-se estes valores como satisfatórios para o pretendido.

Quanto à estabilidade temporal dos resultados obtidos, efetuou-se a análise do teste-reteste da escala com o intervalo de seis semanas com uma amostra de 238 participantes, cerca de 27.9% da amostra total, onde 96 são do sexo feminino (40.3%) e 142 do sexo masculino (59.7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos ($M = 25.20$; $DP = 6.63$). Os resultados obtidos para a precisão de teste-reteste com seis semanas de intervalo para ambas as dimensões foram altamente significativos, apresentado como resultados .44 ($p < .001$) para a dimensão Reavaliação Cognitiva e para a dimensão Supressão Emocional .53 ($p < .001$), concluindo-se que a estabilidade temporal é considerada aceitável para ambas as escalas (Vaz, 2009).

2.2. Ansiedade

2.2.1. Escala Original

O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), do inglês *State-Trait Anxiety Inventory*, consiste numa escala usada, por norma, para medir a ansiedade estado e traço (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983, *cit. in* APA, 2011).

Desenvolvida em 1970, por Spielberger, Gorsuch e Lushene tinha como objetivo contruir-se uma medida do tipo de relato pessoal, breve que avaliasse o Estado e o Traço de Ansiedade (Spielberger, 1994, *cit. in* Silva, 2006). Inicialmente, pretendia-se construir um inventário com um único conjunto de itens, com instruções diferentes e de acordo com o se pretendia medir, o Estado ou o Traço de Ansiedade. Assim e através de uma grande amostra de estudantes universitários, seleccionou-se um elevado número de itens, primeiro com as instruções de Estado, onde se pretendia que os indivíduos respondessem consoante a intensidade dos sentimentos de ansiedade no preciso momento, e depois com as instruções de Traço de Ansiedade, onde se pretendia que os

sujeitos respondessem de como se sentiam geralmente, com indicação da frequência com que experimentavam sentimentos ou sintomas de ansiedade (Silva, 2006).

A forma Y consiste na forma revista, publicada em 1983. Com esta revisão, pretendia-se obter uma medida mais concreta de ansiedade, onde fosse possível adquirir uma base mais sólida de discriminação entre os sentimentos de ansiedade e de depressão e de diagnóstico diferencial entre os indivíduos com perturbações de ansiedade e indivíduos com reações depressivas; substituir vários itens que demonstram qualidades psicométricas pouco satisfatórias com sujeito mais jovens, menos habilitados academicamente e estatuto socioeconómico mais baixo; e aperfeiçoar a estrutura fatorial da escala de Traço de Ansiedade de acordo com o alcance de um melhor equilíbrio entre os itens com ansiedade e os itens sem ansiedade (Spielberger, 1983, *cit. in* Silva, 2006).

Deste modo, a Forma Y da STAI é a versão mais utilizada e é constituída por vinte itens da dimensão Ansiedade-Traço e vinte itens da dimensão Ansiedade-Estado, sendo a resposta do tipo Likert, numa escala de quatro pontos, indo de “Quase Nunca” a “Quase Sempre” (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983, *cit. in* APA, 2011). Quanto às qualidades psicométricas, o coeficiente de consistência interna encontra-se com valores entre .86 e .95 e quanto à fidelidade, mais concretamente ao teste-reteste, este encontra-se com valores entre .65 e .75, num intervalo de dois meses (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983, *cit. in* APA, 2011).

2.2.2. Escala Versão Portuguesa

A versão portuguesa da STAI-Y surgiu a partir do desenvolvimento de uma tradução preliminar da STAI-Y original, que teve como fonte o respetivo manual de Spielberger (1983) e os estudos de adaptação da STAI para a população brasileira de Biaggio (1976) (Santos & Silva, 1997).

Esta versão portuguesa continha três itens experimentais, alternativos a alguns da escala Ansiedade-Estado e dois da escala Ansiedade-Traço. Isto deveu-se ao fato de não ter sido possível conseguir-se uma tradução satisfatória. Esta tradução foi enviada a três juízes, juntamente com a versão original da escala. Estes juízes eram pessoas qualificadas no domínio da psicologia e com competências bilingues. Os itens que, pelo menos, dois dos juízes considerassem como insatisfatórios foram reescritos. A concordância dos juízes sobre a apropriação das traduções originais e as alternativas dos itens experimentais, anteriormente referidos, levou à inclusão de ambas as opções nesta forma introdutória. Deste modo, a escala Ansiedade-Estado era composta por 23 itens e

a escala Ansiedade-Traço formada por 22 itens, um total de 45 itens (Santos & Silva, 1997).

Esta tradução preliminar portuguesa da STAI foi administrada a dois grupos de estudantes do ensino secundário e universitário, onde havia um total de 85 rapazes e 116 raparigas ($M = 24.2$ anos; $DP = 5.94$). Quanto à consistência interna da escala, esta foi medida através do *alfa* de Cronbach, apresentando valores de .85 para a escala Ansiedade-Estado e .86 para a escala Ansiedade-Traço. Relativamente aos valores das correlações de item-total corrigido encontram-se entre .18 e .56 para a escala Ansiedade-Estado e entre .30 e .59 para a escala Ansiedade-Traço, concluindo-se que os itens da escala Ansiedade-Traço são bastante mais satisfatórios que os da escala Ansiedade-Estado (Santos & Silva, 1997).

A partir dos dados obtidos, foram selecionados dois conjuntos de 20 itens das escalas de Ansiedade-Estado, que incluíam itens como *“Estou tenso”* e *“Sinto-me autoconfiante”* e de Ansiedade-Traço, com itens como *“Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar”* e *“As contrariedades afetam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente”*, que constituíram a forma experimental portuguesa da STAI-Forma Y. Esta nova escala foi aplicada a um grupo de estudantes do ensino secundário. Este grupo era constituído por 222 participantes, sendo 112 rapazes e 110 raparigas, com uma média de idades de 17.4 anos e desvio padrão de 1.34 (Santos & Silva, 1997).

Em relação à escala Ansiedade-Estado, os valores do coeficiente de *alfa* e das correlações item-total corrigidos foram determinados separadamente para os rapazes, raparigas e amostra total. Desta forma, os valores do coeficiente de *alfa* foram de .89 para os rapazes, .88 para as raparigas e .89 para a amostra total. Quando às correlações item-total corrigidos, os rapazes apresentaram valores entre .31 e .68, as raparigas entre .35 e .64 e a amostra total entre .32 e .66, concluindo-se que estes são valores bastante satisfatórios (Santos & Silva, 1997).

No que diz respeito à escala Ansiedade-Traço, os valores do coeficiente *alfa* são de .88 para os rapazes, .77 para as raparigas e .80 para a amostra total, sendo inferiores aos valores da escala anteriormente referida. Nas correlações item-total corrigido, no grupo das raparigas os valores situam-se entre os .22 e os .58, sendo que 7 dos 20 itens apresentam valores inferiores a .30. Quanto aos rapazes, apresentam valores entre os .38 e .70, havendo apenas 1 item dos 20 com valores inferiores a .30. A amostra total apresenta valores entre .31 e .65 (Santos & Silva, 1997).

De modo a obter-se os primeiros indicadores referentes à validade da forma experimental portuguesa da STAI-Y, procedeu-se a um ensaio de pesquisa da validade de construção da forma em estudo. Neste ensaio aplicou-se o Inventário a um grupo de 162 estudantes do ensino secundário, de ambos os sexos, numa situação em que haja ausência de *stress* e numa que seja situação de *stress*. Ambas as escalas foram aplicadas imediatamente antes de realizarem um teste de matemática e a segunda aplicação, passado algum tempo, durante uma aula comum. Os resultados obtidos demonstram que o valor da média na escala Ansiedade-Estado aplicada em situação de *stress* é de 46.65, que é significativamente mais elevada do que a mesma escala aplicada numa situação onde haja ausência de *stress* ($M = 38.63$). Esta diferença entre as médias é estatisticamente significativa ($t = 7.20$; $p < .01$). No entanto, as médias obtidas na escala Ansiedade-Traço são bastante próximas (Santos & Silva, 1997).

Quanto ao presente estudo e para se verificar a consistência interna das dimensões da escala na amostra a que foi aplicada, calculou-se o *alfa* de Cronbach das mesmas, onde na dimensão Ansiedade-Estado obteve-se um valor de .93, enquanto na dimensão Ansiedade-Traço obteve-se um valor de .92. Estes resultados revelam que a escala apresenta uma boa consistência interna e que os itens de encontram relacionados entre si.

2.3. Comportamento Alimentar

2.3.1. Escala Original

A *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) é a medida que tem como objetivo medir o comportamento alimentar. Desenvolvida em 1985 por Albert J. Stunkard e Samuel Messick é constituída por 51 itens que se encontram distribuídos por três fatores, a Restrição Cognitiva de comer composta por 20 itens (fator I), a Desinibição (fator II) constituída por 19 itens e a Fome (fator III) composta por 20 itens (Stunkard & Messick, 1985).

Quanto às características psicométricas foi analisado a consistência interna da escala, através do *alfa* de Cronbach dos fatores e a forma como estes se encontram correlacionados. Deste modo, verificou-se com o *alfa* do fator I é de .90, o do fator II é de .87 e o do fator III é de .82. Relativamente aos valores da correlação entre os fatores, o fator I e o fator II apresentam valores de .60 e com o fator III .37, enquanto os fatores II e III apresentam valores de correlação de .63 (Stunkard & Messick, 1985).

Contudo, o questionário utilizado neste estudo foi o TFEQ-R18, ou seja, a versão reduzida da TFEQ composta por apenas 18 itens que se encontram divididos em três

dimensões, a Ingestão Compulsiva, é composta por 9 itens que representam as dificuldades de regulação de apetite e de perda de controlo, como por exemplo “*Estar com alguém que está a comer, dá-me vontade de comer também*”, “*Quando sinto o cheiro de comida deliciosa, torna-se muito difícil evitar comer, mesmo que tenha terminado de comer há muito pouco tempo*” e “*Como exageradamente mesmo quando não tenho fome*”, a Restrição Cognitiva composta por 6 itens que representam os conceitos em torno da restrição intencional da ingestão de alimentos, de forma a controlar a imagem corporal e/ou ganho de peso, como por exemplo “*Consumo deliberadamente pequenas porções de comida, para controlar o peso*”, “*Conscientemente controlo-me durante as refeições para evitar ganhar peso*” e “*Com que frequência evito armazenar comida que seja tentadora*” e o “*Emotional Eating*” composto por 3 itens relacionados com a alimentação excessiva perante estados emocionais negativos, como “*Se estou ansioso (a), como para me acalmar*” e “*Quando estou deprimido (a) como mais*”. Desenvolvida por J. Karlsson, L-O Persson, L. Sjostrom & M. Sullivan, em 2000, através da realização de um estudo com um total de 4377 sujeitos suíços e obesos (Karlsson, Persson, Sjostrom, & Sullivan, 2000).

Em relação à consistência interna apresenta um *alfa* de Cronbach de .70, considerado como satisfatória. Realizou-se também a associação entre a escala original e a escala reduzida, sendo que se verificou uma associação forte entre a escala revista e os fatores correspondentes, sendo que os nove itens da dimensão Ingestão Compulsiva vs Fator I o valor de correlação é de $r = .95$, os seis itens da dimensão Restrição Cognitiva vs Fator II apresentam uma correlação de $r = .92$ e os três itens da dimensão “*Emotional Eating*” vs Fator III apresenta um valor de $r = .95$ (Karlsson, Persson, Sjostrom, & Sullivan, 2000).

Contudo, os fatores I e II apresentam uma correlação negativa ($r = -.38$), logo quanto maior for a restrição da dieta menor é a tendência para uma ingestão compulsiva. No entanto, verificou-se uma correlação positiva entre o Fator I e III ($r = .46$), enquanto entre os fatores II e III existe uma baixa associação ($r = .05$) (Karlsson, Persson, Sjostrom, & Sullivan, 2000).

2.3.2. Escala Versão Portuguesa

Quanto à versão portuguesa da TFEQ-R18 foi traduzida por Ana Lourenço, Filipa Palma e Catarina Miguel, com o auxílio da Profª Doutora Cristina Camilo, orientadora da dissertação, com base no estudo de Moreira, Almeida, Sampaio e

Almeida (1998), que adaptou a escala TFEQ original de Stunkard & Messick (1985) para a população portuguesa.

Apesar de não se ter referências quanto aos valores de consistência interna das dimensões da escala para a população portuguesa, calculou-se, no presente estudo, os valores de *alfa* de Cronbach para as três dimensões da mesma, pelo que a dimensão Restrição Cognitiva obteve um valor de .80, a dimensão Ingestão Compulsiva obteve um valor de .88, enquanto que a dimensão *Emotional Eating* obteve um valor de .85. Estes valores são considerados como satisfatórios, revelando que os itens das dimensões se encontram relacionados entre si.

3. Procedimento

A recolha de dados ocorreu em duas fases, uma primeira realizada *online*, a partir da plataforma qualtrics.com e a segunda presencial, no contexto de sala de aula, aos alunos da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, após autorização dada pelos professores das respetivas turmas. Antes da aplicação do protocolo, antecedeu-se o consentimento informado realizado por escrito e através de uma pequena apresentação oral (no caso da recolha presencial) acerca do estudo a ser concretizado, o seu objetivo e as características da recolha da informação (como ser anónima e confidencial, sem respostas certas ou erradas e que poderia desistir do preenchimento dos questionários, a qualquer momento).

A recolha da amostra decorreu entre Dezembro de 2014 e Abril/Maio de 2015, tendo demorado, em média, 30 minutos o preenchimento de cada protocolo.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente através do programa PASW – *Statistic 21*.

O presente estudo é de carácter transversal, sendo o seu principal objetivo avaliar se o comportamento alimentar é mediado pela ansiedade, tendo em consideração a forma como esta é regulada.

Capítulo 3 – Resultados

1. Resultados

Como forma de se testar as hipóteses colocadas, iniciou-se pela descrição das variáveis em estudos, a partir da análise da sua consistência interna, média e desvio padrão (Tabela 1).

Tabela 1

Alfa de Cronbach, Média e Desvio Padrão das variáveis

		<i>α de Cronbach</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Regulação Emocional (QRE)	Reavaliação Cognitiva	.82	4.69	1.21
	Supressão Emocional	.74	3.50	1.27
Ansiedade (STAI)	Traço	.92	1.86	.52
	Estado	.93	1.96	.52
Comportamento Alimentar (TFEQ-R18)	Restrição Cognitiva	.80	2.08	.71
	Ingestão	.88	1.83	.66
	Compulsiva			
	<i>Emotional</i>	.85	1.91	.87
	<i>Eating</i>			

Nota: As notas da QRE variam entre 1 e 7, as notas da STAI e da TFEQ-R18 variam entre 1 e 4.

De acordo com os resultados da Tabela 1, pode verificar-se que na variável Regulação Emocional, a dimensão Reavaliação Cognitiva, tendo em conta o ponto médio da escala, apresenta uma média superior quando comparada à dimensão Supressão Emocional. Quando à variável Ansiedade, as duas dimensões apresentam valores de média muito semelhante, sendo que em nenhuma esse valor é superior ao ponto médio da escala. Na variável Comportamento Alimentar, a dimensão Restrição Cognitiva apresenta valores de média superiores às restantes dimensões da escala.

De modo a compreender-se melhor a forma como as variáveis se relacionam entre si, testando as Hipóteses 1 e 2, realizaram-se, ao todo, seis regressões lineares (Tabela 2 e 3), tendo sido usado o método *enter*.

Para testar a Hipótese 1, onde, considerando-se as dimensões da Regulação Emocional, é esperado que maiores níveis de Supressão Emocional se encontrem associados a comportamentos alimentares desadequados, nomeadamente maiores níveis de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*, realizou-se a regressão do Comportamento Alimentar sobre o Regulação Emocional (Tabela 2).

Tabela 2

Coefficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da TFEQ sobre os QRE

	Coeficientes não estandardizados	Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta	
TFEQ Restrição Cognitiva				
Constante	1.92	.17		10.98 .000
QRE Reavaliação Cognitiva	.13	.32	.23	.42 .672
QRE Supressão Emocional	.28	.03	.05	.91 .362
R ² = .003; R ² ajustado = -.002; F (2) = .573; <i>p</i> = .564				
TFEQ Ingestão Compulsiva				
Constante	1.69	.16		10.52 .000
QRE Reavaliação Cognitiva	-.02	.03	-.04	-.75 .455
QRE Supressão Emocional	.069	.028	.135	2.482 .014
R ² = .018; R ² ajustado = .012; F (2) = 3.158; <i>p</i> = .044				
TFEQ <i>Emotional Eating</i>				
Constante	1.75	.21		8.15 .000
QRE Reavaliação Cognitiva	-.00	.04	-.00	-.06 .955
QRE Supressão Emocional	.05	.04	.07	1.3 .192
R ² = .005; R ² ajustado = -.001; F (2) = .862; <i>p</i> = .423				

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, verifica-se que a Supressão Emocional tem um impacto significativo sobre a Ingestão Compulsiva, não sendo os outros resultados significantes, logo a Hipótese 1 verifica-se, embora que

parcialmente, pois apenas se confirma numa dimensão do Comportamento Alimentar, a Ingestão Compulsiva.

Para se testar a Hipótese 2, onde, tendo em conta as dimensões de Ansiedade, espera-se que a maiores níveis de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço se associem maiores níveis de comportamento alimentar desadequado, em particular, mais restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*, realizou-se a regressão do Comportamento Alimentar sobre a Ansiedade (Tabela 3).

Tabela 3

Coefficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da TFEQ sobre a STAI

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
TFEQ Restrição Cognitiva					
Constante	1.85	.16		11.75	.000
STAI Traço	.56	.10	.04	.58	.561
STAI Estado	.06	.10	.04	.59	.556
$R^2 = .007$; R^2 ajustado = .001; $F(2) = 1.123$; $p = .327$					
TFEQ Ingestão Compulsiva					
Constante	1.06	.14		7.57	.000
STAI Traço	.09	.09	.08	1.04	.299
STAI Estado	.304	.091	.241	3.350	.001
$R^2 = .89$; R^2 ajustado = .8; $F(2) = 16.557$; $p = .000$					
TFEQ <i>Emotional Eating</i>					
Constante	1.03	.19		5.49	.000
STAI Traço	.05	.12	.03	.42	.673
STAI Estado	.399	.122	.238	3.280	.001
$R^2 = .68$; R^2 ajustado = .62; $F(2) = 12.423$; $p = .000$					

Tal como se pode verificar na Tabela 3, Ansiedade-Estado tem um impacto significativo sobre a Ingestão Compulsiva e o *Emotional Eating*, sendo que os restantes resultados não são significativos. Neste caso, a Hipótese 2 verifica-se, também parcialmente, visto que apenas se averigua numa dimensão de Ansiedade, Ansiedade-Estado, e em duas dimensões do Comportamento Alimentar, Ingestão Compulsiva e *Emotional Eating*.

De forma a verificar-se se a Supressão Emocional tem influência sobre a Ansiedade-Estado, realizou-se nova regressão, onde se concluiu que Supressão Emocional tem um impacto significativo sobre a Ansiedade-Estado, como se pode verificar na Tabela 4.

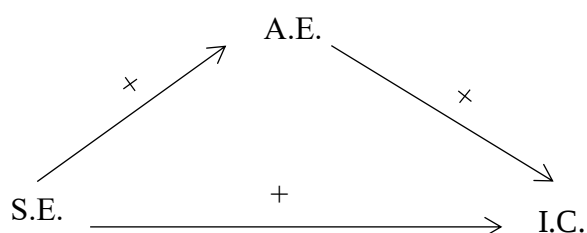
Tabela 4

Coefficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da STAI Estado sobre a QRE Supressão Emocional

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
STAI Estado					
Constante	1.55	.08		19.75	.000
QRE Supressão Emocional	.118	.021	.291	5.621	.000
$R^2 = .085$; R^2 ajustado = .082; $F(1) = 31.592$; $p = .000$					

Assim, foi possível verificar-se que a Supressão Emocional tem influência sobre a Ansiedade-Estado, bem como sobre a Ingestão Compulsiva e a Ansiedade-Estado tem influência sobre a Ingestão Compulsiva.

Figura 3 – Modelo explicativo da relação entre Supressão Emocional (SE), Ansiedade-Estado (AE) e Ingestão Compulsiva (IC)



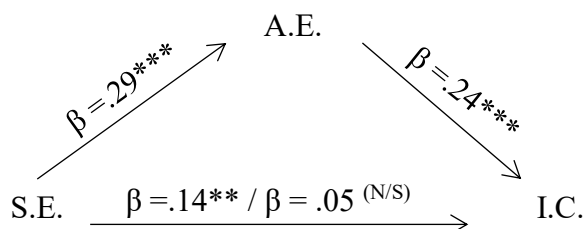
Para se verificar a Hipótese 3, onde se espera encontrar uma relação de mediação, onde a ansiedade medeia a relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar desadequado, i. e, se a Supressão Emocional tem um impacto sobre Ingestão Compulsiva que é mediado pela Ansiedade-Estado, efetuou-se nova análise de regressão (Tabela 5, figura 2).

Tabela 5

Coefficientes de regressão estandardizados e não estandardizados para a regressão da STAI Estado e QRE Supressão Emocional sobre a TFEQ Ingestão Compulsiva

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
TFEQ Ingestão Compulsiva					
Constante	1.05	.15		7.26	.000
QRE Supressão Emocional	.03	.03	.05	.88	.378
STAI Estado	.352	.068	.279	5.156	.000
R ² =.088; R ² ajustado =.082; F (2) = 16.391; p=.000					

Figura 4 – Modelo explicativo da relação entre Supressão Emocional (SE) com a Ingestão Compulsiva (IC), com a variável mediadora Ansiedade-Estado (AE)



Tendo em consideração as condições necessárias para a realização de mediação, verifica-se que a partir da regressão Supressão Emocional sobre Ansiedade-Estado, esta é positiva e significativa, sendo que a maiores níveis de Supressão Emocional encontram-se associados maiores níveis de Ansiedade-Estado, tal também se verifica na relação direta entre Ansiedade-Estado e Ingestão Compulsiva. Contudo, ao se inserir a variável mediadora, verificou-se que a relação direta entre Supressão Emocional e Ingestão Compulsiva deixou de ser significativa, i. e, não há um impacto direto da Supressão Emocional sobre Ingestão Compulsiva. Desta forma, a Hipótese 3 confirma-se por completo, visto que este resultado significa que a mediação é total.

Teste de Sobel

De forma a verificar se a relação entre a Supressão Emocional e a Ingestão Compulsiva sofre alterações significativas quando a variável mediadora é introduzida recorreu-se ao teste de *Sobel*, num simulador disponível *online*, onde se confirmou que existe mediação total entre as variáveis, ou seja, quando é introduzida a mediadora (ansiedade) a relação entre a regulação emocional e a ingestão compulsiva deixa de ser significativa e a diferença entre o β antes e depois da introdução do mediador é significativa. Isto significa que a relação entre a Supressão Emocional e a Ingestão Compulsiva se processa através da resposta de Ansiedade-Estado (Tabela 6), i. e, a utilização de uma estratégia de supressão da expressão das emoções resulta no aumento do nível de ansiedade que, por sua vez, irá produzir um aumento na Ingestão Compulsiva.

Tabela 6

Teste de Sobel Relação entre a Supressão Emocional e a Ingestão Compulsiva com a variável mediadora

	Test statistics	Std. error	p value
Ansiedade Estado	2.87	.01	.00

2. Discussão

Tal como já se referiu, a presente investigação teve como objetivo analisar o efeito da regulação emocional e da ansiedade, na relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar, em população adulta sem patologia. O estudo foi desenvolvido com a finalidade de compreender os determinantes emocionais dos comportamentos alimentares desajustados. Esta perspetiva é fundamental já que muitas das tentativas de intervir sobre uma alimentação desajustada recorrem a estratégias educacionais que passam pela mudança de cognições. Ora, o que tentámos demonstrar neste trabalho foi que grande parte do processo pode ser atribuído aos mecanismos emocionais, que grande parte das vezes são mecanismos automáticos e não deliberativos.

No que diz respeito à Hipótese 1, tendo em consideração as dimensões da Regulação Emocional, esperava-se que maiores níveis de Supressão Emocional se encontrem associados a comportamentos alimentares desadequados, nomeadamente maiores níveis de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*. Esta hipótese foi confirmada, embora que parcialmente, visto que apenas se verificou a associação da Supressão Emocional com uma dimensão do comportamento alimentar desadequado, a Ingestão Compulsiva. Verificou-se que maior supressão emocional, por natureza um mecanismo de regulação das emoções menos eficaz, está associada a maior tendência para ingerir compulsivamente alimentos como mecanismo compensatório. Esta hipótese reflete o que foi encontrado na literatura. Por exemplo, Macht e Simons (2000), com um estudo que realizaram para analisar a relação da motivação para comer e o estado emocional do sujeito, no seu dia-a-dia, concluíram que a tendência para comer impulsivamente apresenta maiores níveis perante um estado emocional negativo, do que num sujeito que se encontra num estado não emocional. Este ato do comer impulsivamente pode ser considerado como uma reação à emoção que se encontra a

decorrer, visto que o sujeito tenta reduzir ou modificar a sua resposta emocional através da alimentação.

Também a Hipótese 2 foi confirmada. Nesta hipótese esperava-se que a maiores níveis de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço se associassem maiores níveis de comportamento alimentar desadequado, em particular, mais restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*. No entanto, e tal como na primeira hipótese, esta também se confirmou parcialmente, visto que se verificou em apenas uma dimensão de Ansiedade, na Ansiedade-Estado, e em duas dimensões do Comportamento Alimentar, na Ingestão Compulsiva e no *Emotional Eating*. Desta forma, os estudos realizados por Bardone-Cone, Brownstone, Higgins, Fitzsimmons-Craft e Harney (2013), Egan, Watson, Kane, McEvoy, Fursland e Nathan (2013) e Menatti, Weeks, Levinson e McGowan (2013) permitiram determinar, tal como no presente estudo, que a ansiedade se encontra associada à ingestão alimentar compulsiva, visto que permite ao sujeito uma redução, embora que temporária, da ansiedade.

Apesar do estudo de Menatti, et al. (2013) ter em consideração as perturbações de ansiedade e as perturbações alimentares, algo que este estudo não contempla, este demonstrou também que a ansiedade e o comportamento alimentar se encontram associados, visto que a ansiedade contribui para o desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares, logo de comportamentos alimentares desadequados.

Quanto à Hipótese 3 (H3), onde se esperava encontrar uma relação de mediação, onde a ansiedade iria mediar a relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar desadequado, foi confirmada, existindo uma mediação total. Desta forma, verificou-se que o estado de ansiedade media completamente a relação entre a regulação emocional realizada através da supressão emocional e o comportamento alimentar desadequado, pelo que o maior uso de estratégias de regulação emocional menos eficazes, como a supressão, está associado a maiores níveis de ansiedade e, consequentemente, a um maior nível de restrições cognitivas, ingestão compulsiva e de *emotional eating*. Mais concretamente, nos sujeitos que comem de acordo com o seu estado emocional, os *emotional eaters* (Dovey, 2010), a emoção negativa, neste caso a ansiedade, age como desinibidora do comportamento alimentar, proporcionando a ingestão compulsiva.

Os resultados deste estudo são coerentes com a Teoria do *Emotional Eating* (Bruch, 1973, cit. in Macht & Simons, 2011; Slochower, 1983, cit. in Macht & Simons, 2011). Quanto à primeira suposição, que afirma que as emoções negativas aumentam a

motivação para comer, verificou-se que a ingestão compulsiva é uma das ferramentas a que o sujeito recorre quando suprime as suas emoções, logo a ingestão de alimentos aumenta como resposta às mesmas, quebrando os habituais padrões alimentares do mesmo (Canetti, Bachar, & Berry, 2002; Macht, 2008; Macht & Simons, 2011). Quanto à segunda suposição da teoria, que refere que comer reduz a intensidade das emoções negativas, foi também verificada com a confirmação desta hipótese. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao realizado por Pines e Gal (1977), pois este verificou que no grupo que recebeu uma sandes numa situação de elevada ansiedade houve uma redução significativa nos níveis de ansiedade, ao contrário do que aconteceu no grupo de controlo, que não receberam nenhuma sandes.

Quanto às cinco formas de Macht (2008) de se compreender a influência das emoções sobre o comportamento alimentar, só foi possível verificar-se a interação dos hábitos alimentares e do estado emocional e que, independentemente da direção da emoção, esta vai sempre debilitar os controlos cognitivos da ingestão de alimentos, visto que a maiores níveis de uma emoção, neste caso a ansiedade, encontram-se associados maiores níveis de ingestão compulsiva, logo o indivíduo através do seu comportamento alimentar, vai tentar reduzir ou modificar o impacto da emoção, tentando atingir um estado emocional equilibrado. Quanto às outras formas que o autor descreve, estas não foram testadas neste estudo, visto não ter sido analisada a influência das emoções na escolha dos alimentos que permitem regular as emoções, bem a perceção dos mesmos, relativamente à sua agradabilidade.

Conclusão

O comportamento alimentar provém da interação entre o estado fisiológico, psicológicos e das condições ambientais em que o sujeito se encontra (Quaioti & Almeida, 2006). Quando ocorrem alterações num destes estados ocorre, por consequência, alterações ao nível do comportamento alimentar, por exemplo, quando um sujeito se encontre numa situação de elevada ansiedade pode, tendencialmente, recorrer à comida como forma de compensar o seu estado emocional e assim lidar com as suas emoções, visto que considera comportamento como um mecanismo compensatório (Dovey, 2010). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar o efeito mediador da variável ansiedade, na relação entre a regulação emocional e o comportamento alimentar. Como tal, verificou-se que quando um sujeito se encontra a suprimir as suas emoções, isto é, a tentar reduzir ou modificar as mesmas, isto conduz a um aumento dos níveis de ansiedade que, consequentemente origina um aumento dos comportamentos alimentares desadequados, neste caso da ingestão compulsiva.

Tal averiguação foi confirmada pelos resultados obtidos, bem como com a confirmação das hipóteses, visto que demonstram a relação existente entre as três variáveis em estudo, o comportamento alimentar, a regulação emocional e a ansiedade.

Estas confirmações são de extrema importância pois permitem corroborar a influência significativa das emoções no comportamento alimentar e a forma como estes se encontram associados. Contudo, não se conseguiu verificar se os comportamentos alimentares desadequados também têm influência sobre a ansiedade, ou seja, se os comportamentos de ingestão compulsiva podem influenciar os níveis de ansiedade, devido à perda de controlo perante tais comportamentos. Este aspeto é algo que se poderia ter em consideração em futuras investigações nesta área, visto que também é de extrema importância verificar-se a influência destes comportamentos sobre as emoções em geral.

Também seria interessante, em futuras investigações, verificar-se a forma como as emoções influenciam a escolha e a perceção do sujeito sobre os alimentos, visto que estes aspetos poderiam ser do maior interesse na área da psicologia, mas também na área da nutrição, permitindo a estes profissionais compreender a influência das emoções num sujeito que se encontre em dieta, bem como a sua escolha dos alimentos, nessas situações e perante situações de elevada ansiedade.

Referências

- Abreu, C. N. & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 177-183.
- Agras, W. S. & Telch, C. F. (1998). The Effects of Caloric Deprivation and Negative Affect on Binge Eating in Obese Binge-Eating Disordered Women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503.
- American Psychological Association [APA] (2011). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Retirado de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practicesettings/assessment/tools/trait-state.aspx>.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, R. A. R. (2008). *Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar na Infância*. Tese apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, orientada por Isabel Leal, Lisboa.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19 (1/2), 266-277.
- Bardone-Cone, A. M., Brownstone, L. M., Higgins, M. K., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Harney, M.B. (2013). Anxiety, Appearance Contingent Self-Worth and Appearance Conversations with Friends in Relation to Disordered Eating: Examining Moderator Models. *Cognitive Therapy Research*, 37, 953-963.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders – The nature and treatment of anxiety and panic (2nd Edition)*. New York: The Guilford Press.
- Barret, L. F., Ochsner, K. N., & Gross, J.J. (2007). On the automaticity of emotion. In J. Bargh (Ed.), *Social Psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (pp. 173-217). New York: Psychology Press.

- Barrett, L. F. & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (4), 967-987.
- Barrett, L. F. (2006a). Are Emotions Natural Kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1 (1), 28-58.
- Barrett, L. F. (2006b). Solving the Emotion Paradox: Categorization and the Experience of Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (1), 20-46.
- Barros, C. A. S. M. (1997). Compulsão Alimentar na Obesidade. *Revista Aletheia*, 5 (1), 65-70.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Boden, J. M. & Baumeister, R. F. (1997). Repressive coping: Distraction using pleasant thoughts and memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (1), 45-62.
- Booth, D. A. (1994). *Psychology of nutrition*. London: Taylor & Francis.
- Borkovec, T. D., Roemer, L., & Kinyon, J. (1995). Disclosure and worry: Opposite sides of the emotional processing coin. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 47-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-164.
- Cole, P. M. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development*, 57, 1309-1321.
- Cools, J., Schotte, D. E., & McNally, R. J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2), 348-351.
- Dan-Glauser, E. S., & Gross, J. J. (2013). Emotion regulation and emotion coherence: Evidence for strategy-specific effects. *Emotion*, 13 (5), 832-842.
- Dodge, K. A. & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 3-11). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Dovey, T. M. (2010). *Eating Behaviour*. United Kingdom: McGraw-Hill.
- Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R. T., McEvoy, P., Fursland, A., & Nathan, P. R. (2013). Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 905-913.
- Ellsworth, P. C., & Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. J. Davidson, K. R. Cherner, & H. H. Golsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 572-595). New York: Oxford University Press.
- Erber, R. & Tesser, A. (1992). Task effort and the regulation of mood: The absorption hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 339-359.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. (1969). *Personality structure and measurement*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ferreira, E. S. D. (2014). *Ansiedade aos Exames em Estudantes universitários: Relação com Stresse Académico, Estratégias de Coping e Satisfação Académica*. Tese apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de mestre, orientada por Joana Brites Rosa, Lisboa.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 466-475.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43 (5), 349-358.
- Goddard, E. & Treasure, J. (2013). Anxiety and Social-Emotional Processing in Eating Disorders: Examination of Family Trios. *Cognitive Therapy Research*, 37, 890-904.
- Gouveira, J. P. (2000). Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia. In J. P. Gouveira (Ed.), *A ansiedade social: da timidez à fobia social* (pp. 17-41). Coimbra: Quarteto Editores.
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 3-6.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e Perturbações da Ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clientes to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999a). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. J. (1999b). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research (2nd Edition)* (pp. 525-552). New York: Guildford Press.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (6), 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Process: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions (3rd Edition)* (pp. 497-512). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25, 765-781.
- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation (2nd Edition)* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Guerreiro, D. & Frásquilho, M. A (2009). *Stress, depressão e suicídio – Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Harlow, H. F. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Haynes, C., Lee, M. D., & Yeomans, M. R. (2003). Interactive effects of stress, dietary restraint, and disinhibition on appetite. *Eating Behaviors*, 4, 369-383.
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A. J., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 923-933.
- Heaven, P. C. L., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (2), 161- 166.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43 (4), 646-660.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1975). Anxiety, Restraint and Eating Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (6), 666-672.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1984). A Boundary Model for the regulation of eating. In A. B. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 141-156). New York: Raven Press.
- Just, N. & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (2), 221-229.
- Karlsson, J., Persson, L-O., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Internacional Journal of Obesity*, 24, 1715-1725.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4-41.
- Kring, A. M. & Bachorowski, J.-A. (1999). Emotions and Psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 575-599.
- Lang, P. J., & Bradley, M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biological Psychology*, 84, 437-450.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74 (1), 9-46.
- Leary, M. R. (1986). Affective and behavioral consequences of shyness: Implications for theory, measurement and research. In W. H. Jones, J. M. Cheek, & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 27-38). New York: Plenum.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270, 50-57.
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Linville, P. W. & Fischer, G. W. (1991). Preferences for separating or combining events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (1), 5-23.
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71.
- Macht, M. & Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, 46, 332-336.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Macht, M. & Simons, W. G. (2011). Emocional Eating. In I. Nykličel, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg (Ed.), *Emotional Regulation and Well-Being* (pp. 281-295). New York: Springer.
- Martinez, C. C., Gurgel, L. G., Plentz, R. D. M., Reppold, C. T., & Cassol, M. (2015). Qualidade de vida e ansiedade relacionadas às alterações vocais: revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 32 (3), 511-518.

- Masters, J. C. (1991). Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 182-207). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- 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, 175-190.
- Menatti, A. R., Weeks, J. W., Levinson, C. A., & McGowan, M. M. (2013). Exploring the Relationship Between Social Anxiety and Bulimic Symptoms: Mediation Effects of Perfectionism Among Females. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 914-922.
- McIntosh, W. D. (1996). When does goal nonattainment lead to negative emotional reactions, and when doesn't it? The role of linking and rumination. In L. L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect and self-regulation* (pp. 53-77). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Moreira, P., Almeida, L. Sampaio, D., & Almeida, M. D. V. (1998). Validação de uma Escala para Avaliação do Comportamento Alimentar de Jovens Universitários Saudáveis. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4, 125-136.
- Nix, G., Watson, C., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1995). Reducing depressive affect through external focus of attention. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 36-52.
- Nolen-Hoeksema, S. (1993). Sex differences in control of depression. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 306-324). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Oliveira, T. C. (2008). *"Stress em Linha": Programa de intervenção no Ensino Superior*. Tese apresentada na Universidade de Aveiro para obtenção do grau de mestre, orientada por Anabela Maria de Sousa Pereira, Aveiro.
- Oliveira, G. A. & Fonsêca, P. N. (2006). A Compulsão Alimentar na Perceção dos Profissionais de Saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4 (2), 1-18.

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). <http://www.who.int/topics/obesity/en/> acessado em Março de 2015.
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 407-467.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Parkinson, B. & Totterdell, P. (1999). Classifying Affect-regulation Strategies. *Cognition and Emotion*, 13 (3), 277-303.
- Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R. B., & Reynolds, S. (1996). *Changing Moods: The psychology of mood and mood regulation*. Harlow: Longman.
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278-308). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Quaioti, T. C. B. & Almeida, S. S. (2006). Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17 (4), 193-211.
- Ravindran, L. N. & Stein, M. B. (2010). The pharmacologic treatment of anxiety disorders: A review of progresso. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (1), 839-854.
- Rodrigues, P. F. C. (2015). *Ansiedade, Autoestima e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo em Idosos Praticantes e Não Praticantes de Atividade Física*. Tese apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de mestre, orientada por Joana Rosa, Lisboa.
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'Boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. In N. Eisenberg & R. A. Fabes (Eds.), *Emotion and its regulation in early development* (pp. 7-23). San Francisco: Jossey-Bass.
- Santos, S. C. & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.

- Samson, A., & Gross, J. J. (2012). Humor as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humor. *Cognitive and Emotion*, 26, 375-384.
- Scherer, K. R., Wallbott, H. G., & Summerfield, A. B. E. (1986). *Experiencing emotion: A cross-cultural study*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Scherer, K. R. (1988). Cognitive antecedents of emotion. In V. Hamilton, G. H. Bower, & N. H. Frijda (Eds.), *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 89-126). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York: Oxford University Press.
- Silva, D. R. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos Válidos para a População Portuguesa* (Vol. I, pp. 45-60). Coimbra: Quarteto.
- Smith, A. C. & Kleinman, S. (1989). Managing emotions in medical school: Students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly*, 52, 56-69.
- Smith, B. A., Fillion, T. J., & Blass, E. M. (1990). Orally Mediated Sources of Calming in 1- to 3-Day-Old Human Infants. *Developmental Psychology*, 26 (5), 731-737.
- Smith, C. A. & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (4), 813-838.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 481-492). New York: Academic Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Stifter, C. A. & Moyer, D. (1991). The regulation of positive affect: Gaze aversion activity during mother-infant interaction. *Infant Behaviors and Development*, 14, 111-123.
- Strongman, K. (1998). *A psicologia da emoção (4ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stunkard, A. J. & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to Measure Dietary Restraint, Desinhibition and Hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (1), 71-83.
- Suinn, R. M. & Richardson, R. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Taylor, S. E. & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96 (4), 569-575.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (1), 89-98.
- Thayer, R. E. (1987). Energy, Tiredness and Tension Effects of a Sugar Snack versus Moderate Exercise. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 119-125.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (5), 910-925.
- Thayer, R. E. (2001). *Calm energy – how people regulate mood with food and exercise*. Oxford: Oxford University Press.
- Thiruchselvam, R., Hajcak, G., & Gross, J. J. (2012). Looking inwards: Shifting attention within working memory representations alters emotional responses. *Psychological Science*, 23 (12), 1461-1466.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and Self-regulation. In *Socioemotional development: Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 36, pp. 367-467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tice, D. M. & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to Feel Food: The Place of Emotion Regulation in the Contexto of General Self-Control. *Psychological Inquiry*, 11 (3), 149-159.

- Tooby, J. & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11, 375-424.
- Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Tese apresentada no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho para a obtenção do grau de mestre, orientada por Carla Martins, Minho.
- Wills, T. A. (1981). Downward social comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90 (2), 245-271.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wurtman, R. J. (1982). Nutrients that modify brain function. *Scientific American*, 246, 50-59.
- Zillman, D. (1988). Mood management: Using entertainment to full advantage. In L. Donohew, H. W. Sypher, & E. T. Higgins (Eds.), *Communication, social cognition and affect* (pp. 147-171). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

APÊNDICES

Apêndice I:

Protocolo de Avaliação.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, venho solicitar a sua **colaboração** numa investigação que tem como objetivo compreender a forma como a ansiedade é regulada e a influência que tem no comportamento alimentar em sujeitos com idade mínima de 18 anos.

A sua participação é de **carácter voluntário, anónimo** (sendo que pode desistir a qualquer momento) e os seus **dados completamente confidenciais** que serão apenas utilizados para fins estatísticos e meramente académicos. Por favor, responda com sinceridade a todas as questões, visto não haver respostas certas nem erradas.

Qualquer dúvida, pode contactar através do e-mail: ana_s_l_almeida@hotmail.com

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

____/____/2015

Questionário de Regulação Emocional
J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções:

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes questões envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou atua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspetos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7 -----
Discordo		Não concordo				Concordo
Totalmente		nem discordo				Totalmente

1. ____ Quando quero sentir mais emoções *positivas* (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou a pensar*.
2. ____ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. ____ Quando quero sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva), *mudo o que estou a pensar*.
4. ____ Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.
5. ____ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. ____ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando*.
7. ____ Quando quero sentir mais emoções *positivas*, eu *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.
8. ____ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
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.

STAI Form Y – 1
Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983)

Adaptado para a População Portuguesa por Sofia Correia dos Santos & Danilo R. Silva
(1997)

Instruções:

Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado.	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável.	1	2	3	4
11. Sinto-me autoconfiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me firme.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

STAI Form Y – 2
Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983)

Adaptado para a População Portuguesa por Sofia Correia dos Santos & Danilo R. Silva
 (1997)

Instruções:

Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente habitualmente**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente habitualmente**.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente – mente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado.	1	2	3	4
23. Estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser.	1	2	3	4
25. Sinto-me falhado.	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.	1	2	3	4
27. Estou “calmo, fresco e concentrado”.	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar.	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
30. Estou feliz.	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
32. Falta-me autoconfiança.	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado.	1	2	3	4
36. Estou contente.	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.	1	2	3	4
38. As contrariedades afetam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente.	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme.	1	2	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses atuais.	1	2	3	4

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)

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 que 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

Sexo:

Masculino ____

Feminino ____

Idade: ____ anos

Estado Civil:

Solteiro/a ____

Casado/a / União de Facto ____

Divorciado/a ____

Viúvo/a ____

Habilitações Literárias (nº de anos escolares completos): _____

Qual o seu peso atual (em kg): ____ kg

Qual a sua altura atual (em cm): ____ cm

Já fez alguma dieta alimentar?

Sim ____

Não ____

Se sim, qual o motivo?

Encontra-se atualmente a fazer algum tipo de restrição alimentar?

Sim ____

Não ____

Se sim, qual?

Teve no passado algum diagnóstico de Perturbação Alimentar ou Obesidade?

Sim ____

Não ____

Se sim, qual?

Tem atualmente algum diagnóstico de Perturbação Alimentar ou Obesidade?

Sim ____

Não ____

Se sim, qual?

Há quanto tempo comeu pela última vez (em minutos)? _____ Min

Segundo a seguinte escala, refira até que ponto se sente com fome neste momento, selecionando a sua opção:

Não tenho fome nenhuma

Tenho fome

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Obrigada pela sua participação!