

2022

**Cláudia Renata
Rodrigues Gonçalves**

**Relação entre alimentação emocional, estratégias de *coping*
e comportamento alimentar em estudantes universitários:
Será a alimentação emocional um mediador?**

2022

Cláudia Renata

Rodrigues Gonçalves

**Relação entre alimentação emocional, estratégias de *coping*
e comportamento alimentar em estudantes universitários:
Será a alimentação emocional um mediador?**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos, professora auxiliar da Universidade Europeia e sob a coorientação do Prof. Doutor Paulo Alexandre da Silva Ferrajão, professor auxiliar da Universidade Europeia.

Dedico este trabalho ao avô Valdemar e à avó Natália, que sempre me apoiaram nos meus sonhos e projetos. Fazem-me muita falta.

“A dúvida é o princípio da sabedoria.”

Aristóteles

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Agradecimentos

Entendo o agradecimento como um ato universal, porque considero que para cada passo que damos, há alguém que de algum modo, para ele contribuiu. Neste sentido, para além de um agradecimento geral a todas as pessoas que, de algum modo e em algum momento deste meu percurso, contribuíram para que me fosse tornando em todas as coisas que hoje consigo ser, há pessoas especiais a quem não posso deixar de diretamente, dizer obrigada.

Aos meus Profs. Drs. Teresa Santos e Paulo Ferrajão a quem dedico uma profunda admiração. Foi uma oportunidade única ter trabalhado sob a vossa orientação, partilhar do vosso pensamento e do vosso conhecimento. Aprendi com a vossa sabedoria, sensatez, paciência e generosidade, que rapidamente passei a admirar. Não há palavras para agradecer terem aceite orientar-me. Se, em muitos momentos, me questioneei acerca da pertinência deste projeto e sobretudo deste tema que tinha iniciado, se muitas vezes mudei de ideias por me interessar por mil temas diferentes, rapidamente me concentrei na necessidade de levar este a bom porto para, entre outros motivos, não dececionar quem acreditou em mim. Espero poder continuar a crescer enquanto pessoa e profissional sob a alçada da vossa influência e amizade.

A todos os professores que estão comigo desde o primeiro ano de licenciatura, pela persistência e coragem, de me terem como uma aluna que foi amadurecendo, se interessando e ficando com uma curiosidade infinita sobre as coisas. Obrigada por fazerem parte desta jornada até ao final (ou talvez, quem sabe, ao princípio) e por serem professores a quem posso sempre confiar e recorrer. Em particular aos professores: Amadeu Martins, Ana Abreu, André Carvalho, Inês Ferreira, Liliana Faria, Miguel Nery, Teresa Santos e Paulo Ferrajão. Tenho uma estima e admiração gigante por vocês, foi um prazer aprender convosco.

Aos meus pais, que lutaram para me educar e lidar com o desafio de uma filha exigente, por se terem entregue à tarefa com tanta abnegação e dedicação. Por me terem sempre apoiado na escolha e construção livre do meu percurso e por nunca me terem deixado desistir do que amo quando os momentos são mais difíceis: Aos dois o meu profundo reconhecimento e admiração e o meu muito obrigada. À Joana, que é a irmã que me desafia todos os dias, me dá lições de paciência e que me ensina com sensatez o entusiasmo que leva consigo para tudo aquilo a que se entrega, obrigada. À avó, que me acompanha desde pequena

e que é preocupada com o futuro de uma forma carinhosa, e que me levou, de certo modo, a ter este interesse pela psicologia.

Ao David, o meu companheiro, que me oferece o conforto e a estabilidade que me permitem aventurar com segurança por terrenos desconhecidos, na procura de novos conhecimentos e de novos desafios. Pela sua enorme paciência e apoio inestimável durante as alturas mais trabalhosas deste projeto. Obrigada por seres quem me permite chegar mais longe, quem não me põe receios de perseguir os meus sonhos, e por poder voltar, aquele que há tantos anos é o conforto do teu abraço, sempre que preciso, sem nunca questionares.

A todos os que de alguma forma cruzaram o meu caminho, alimentaram a minha curiosidade e me foram dando os meios para a satisfazer.

Aos avós e amigos que partiram cedo demais, mas que sei, que onde quer que estejam, se enchem de orgulho de me ver chegar até aqui. As estrelas que tantas vezes acompanharam a escrita deste projeto, e que acompanham todos os momentos onde preciso da paz e do silêncio da noite, são vossas. O meu profundo obrigada por me terem presenteado com a vossa presença.

À Margarida, à Matilde e à Bárbara, amigas, conselheiras, que tantos papéis cumprem num só lugar, que me guiam com a sua presença naquele local especial onde guardamos aqueles que consideramos inestimáveis. O conforto que o privilégio da vossa presença me proporciona, e a inigualável segurança de saber que vos tenho sempre como um porto seguro para onde posso voltar, e como uma bússola para me nortear nas encruzilhadas da vida.

Às minhas amigas da licenciatura, Ana, Beatriz, Carolina, Daniela, Filipa, Sofia e Rita, companheiras de jornada com quem partilho as vitórias e a quem não temo contar as derrotas. É na vossa companhia que tenho crescido e nela também que vou buscar ânimo, leveza e uma sensação de bem-estar única que só da amizade emerge. A vocês, o meu obrigada pelas longas conversas que alimentam ideias, que se transformam em sonhos, se planificam em projetos e se concretizam numa vida de descobertas e conquistas.

Aos amigos que fiz no decurso deste ano, no trabalho e no estágio, por me darem motivação, por me ouvirem, por fazerem deste ano tão desafiante, mais divertido e encorajador. Por terem sempre a empatia que preciso quando me deparo com desafios. Por me acompanharem de perto neste percurso e por me guiarem sempre num caminho esperançoso. Obrigada do fundo do coração.

Partindo do pressuposto que é impossível construir conhecimento sozinha, sei, que nenhum percurso se faz a solo. O eventual mérito deste projeto é, sem dúvida, repartido com todos aqueles que de forma mais ou menos visível, o construíram comigo, e onde ao longo deste percurso foram o meu espaço de partilha, conhecimento e amizade.

Obrigada por fazerem parte da minha vida, e em especial desta aventura. Tenho a maior sorte de todas por vos ter!

Junho, 2022

Resumo

Hábitos alimentares nutricionalmente inadequados e o elevado consumo de açúcar dos portugueses, estão associados a um maior risco para o desenvolvimento de problemas de saúde, tais como um índice de massa corporal (IMC) elevado e doenças crónicas não transmissíveis (DCNT's), principalmente em jovens adultos.

O presente estudo teve como objetivos: 1) perceber a relação entre viver com ou sem familiares, estatuto socioeconómico (ESE) e imagem corporal com o IMC; 2) aprofundar a compreensão sobre a relação entre alimentação emocional, comportamento alimentar e estratégias de coping; e, 3) perceber a relação existente entre estratégias de coping e comportamento alimentar, analisando o papel da alimentação emocional como mediadora desta relação.

Esta investigação contou com a participação de 219 estudantes universitários (174 do sexo biológico feminino; 45 do sexo biológico masculino), com média de idades de 21.91 anos ($DP = 4.77$). Foi elaborado um questionário com dados sociodemográficos e três instrumentos de avaliação psicológica: Questionário de Alimentação Emocional; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e o Questionário de estilos de *Coping -Brief Cope*.

Os resultados do presente estudo demonstraram que não existe influência entre viver com ou sem familiares para os valores de IMC. Por outro lado, verificaram-se associações entre o ESE baixo e uma imagem corporal mais negativa e valores mais elevados de IMC. Verificou-se ainda que níveis mais elevados de *coping* focado na emoção associam-se a níveis mais elevados de alimentação emocional (raiva/frustração e ansiedade), que, por sua vez, também estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares externos e emocionais.

Este estudo permitiu aprofundar o conhecimento entre as variáveis de estratégias de *coping*, comportamento alimentar e padrões de alimentação emocional nos estudantes universitários, que podem ser indicadores de possíveis linhas futuras de intervenção para ajudar a promover um comportamento alimentar mais saudável nesta população.

Palavras-chave: Índice de Massa Corporal (IMC); Estratégias de Coping; Alimentação Emocional; Comportamento Alimentar; Padrões Alimentares

Abstract

Nutritionally inadequate eating habits and the high sugar consumption of Portuguese people are associated with a higher risk for the development of health problems, such as a high body mass index (BMI) and noncommunicable chronic diseases (NCDs), especially in young adults.

This study aimed to: 1) understand the relationship between living with or without family members, socioeconomic status (SES), and body image with BMI; 2) further understand the relationship between emotional eating, eating behavior, and coping strategies; and, 3) understand the relationship between coping strategies and eating behavior, analyzing the role of emotional eating as a mediator of this relationship.

This research included the participation of 219 college students (174 female biological sex; 45 male biological sex), with a mean age of 21.91 years ($SD = 4.77$). A questionnaire with sociodemographic data and three psychological evaluation instruments were developed: Emotional Eating Questionnaire; Dutch Eating Behavior Questionnaire, and Coping Styles Questionnaire - Brief Cope.

The results of the present study showed that there is no influence between living with or without family members for BMI values. On the other hand, there were associations between low SES and more negative body image and higher BMI values. It was found that higher levels of emotion-focused coping are associated with higher levels of emotional eating (anger/frustration and anxiety), which, in turn, are also associated with higher levels of external and emotional eating patterns.

This study allowed a deeper understanding between coping strategies, eating behavior, and emotional eating patterns in college students, which may be indicators for possible future lines of intervention, in order to promote a healthier eating behavior in these population.

Key-Words: Body Mass Index (BMI); Coping Strategies; Emotional Eating; Eating Behavior; Eating Patterns

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico	3
Saúde, hábitos e estilos de vida e associação com o IMC	3
Comportamento alimentar e padrão alimentar.....	6
Estratégias de <i>Coping</i>	8
Associação entre alimentação emocional, estratégias de <i>coping</i> e comportamento alimentar ..	13
Objetivos e pertinência do estudo	17
Metodologia.....	19
Tipo de estudo	19
Participantes.....	19
Procedimento.....	19
Instrumentos e variáveis	20
Questionário Sociodemográfico	20
Questionário de Alimentação Emocional	22
Questionário Holandês do Comportamento Alimentar	22
Brief Cope	23
Análise dos dados	24
Resultados	27
Dados sociodemográficos	27
Compreender a relação entre o ESE, a imagem corporal, e a variável viver com ou sem familiares com o IMC	32
Aprofundar as associações entre as variáveis alimentação emocional, comportamento alimentar e estratégias de <i>coping</i>	33
Correlações entre as variáveis alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, coping focado na emoção e coping focado no problema:	33
Perceber a relação existente entre as estratégias de coping e o comportamento alimentar, analisando o papel da alimentação emocional como mediador desta associação	36
Análise da mediação em série:.....	36

Discussão	40
Discussão dos resultados	40
Forças, limitações e sugestões de investigações futuras	50
Implicações para a prática clínica.....	51
Conclusão	52
Referências bibliográficas:	54
Anexos.....	72
Parecer da comissão de ética para a investigação da Universidade Europeia	72
Questionário Sociodemográfico	73
BRIEF-COPE (Carver, 1997; Versão: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)	81
Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA, van Strien et al., 1986; Versão: Viana & Sinde, 2003)	85
Questionário de Alimentação Emocional (QAE) (EES, Arnow. B. et al., 1995; Versão: Teixeira. B., Silva. M., 2009)	91

Índice de tabelas

Tabela 1 – Idade, sexo e nacionalidade dos participantes	27
Tabela 2 – Caracterização dos participantes (região de ensino, grau acadêmico, situação profissional, área de formação, vive com familiares e estatuto socioeconômico).	28
Tabela 3 – Atividade física (frequência e intensidade)	29
Tabela 4 – Consumos (tabaco, estupefacientes e álcool)	29
Tabela 5 – Doenças, medicação e acompanhamento especializado.....	30
Tabela 6 – Influência dos pares na escolha alimentar	30
Tabela 7 – Imagem corporal, dieta e IMC.....	31
Tabela 8 – Qui quadrado entre IMC e estatuto socioeconômico; imagem corporal; vive com familiares.....	32
Tabela 9 – Correlação de Spearman entre as subescalas dos instrumentos de avaliação: Questionário de Alimentação Emocional – Alimentação emocional por estados de tristeza / Alimentação emocional por estados de raiva/frustração / Alimentação emocional por estados de ansiedade; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – Padrão de alimentação externo / Padrão de alimentação emocional / Padrão de alimentação restritivo; Brief Cope – Coping focado na emoção; Coping focado no problema.	34
Tabela 10. Pontuações dos participantes nas subescalas dos instrumentos de avaliação: Questionário de Alimentação Emocional – Alimentação emocional por estados de tristeza / Alimentação emocional por estados de raiva/frustração / Alimentação emocional por estados de ansiedade; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – Padrão de alimentação externo / Padrão de alimentação emocional / Padrão de alimentação restritivo; Brief Cope – Coping focado na emoção; Coping focado no problema.....	35
Tabela 11 – Modelo de equações estruturais entre as variáveis alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, coping focado na emoção e coping focado no problema.....	38

Índice de figuras:

Figura 1 – Modelo de mediação entre as subescalas dos instrumentos de avaliação: alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, coping focado na emoção e coping focado no problema.....	39
---	----

Lista de abreviaturas

Doenças crónicas não transmissíveis – DCNT's

Estatuto Socioeconómico – ESE

Índice de Massa Corporal – IMC

Introdução

Hábitos alimentares nutricionalmente pobres e baixo índice de prática de atividade física são fatores de risco elevados para a obesidade e para o aparecimento de Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT's) tais como, por exemplo, a diabetes (WHO, 2014). De acordo com a OMS, as DCNT's são, tendencialmente, complicações com uma longa duração, sendo o resultado da combinação de diversos fatores, como os fisiológicos, genéticos, ambientais e comportamentais. As quatro doenças crónicas identificadas que mais contribuem para uma elevada taxa de mortalidade mundial são as doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e a diabetes (Bloom et al., 2012).

A dieta alimentar tem um papel fundamental como fator de risco para as DCNT's, e, quando combinada com outros fatores de risco (e.g., tabagismo, inatividade física), pode ter um efeito de multiplicar o risco de desenvolver uma DCNT's. É estimado que cerca de 30% dos cancros em países desenvolvidos estejam relacionados com a dieta alimentar (WHO, 2003), e os comportamentos alimentares, tais como a escolha e consumo de alimentos saudáveis e nutricionalmente interessantes, diminuem o risco de doenças respiratórias crónicas (Brug et al., 2004). Tem ainda sido destacado pela OMS que uma boa nutrição durante a fase de desenvolvimento infantil é crucial para assegurar o crescimento e desenvolvimento criativo da criança, melhorando a sua saúde no ciclo de vida e sendo um fator preventivo para o excesso de peso, obesidade e DCNT's (WHO, 2019). Em Portugal, a prevalência de adultos com excesso de peso é de 55.6% e de obesidade de 20.1% (Ministério da Saúde, 2018). No que diz respeito ao consumo de açúcar, dados recolhidos no *International Food Policy Research Institute* (2016) indicam que 24.4% da população portuguesa apresenta um consumo de açúcares livres superior ao recomendado pela OMS.

A literatura tem identificado que os estudantes universitários têm escolhas alimentares menos saudáveis do ponto de vista nutricional, consomem pouca fruta, vegetais e peixe, um grande consumo de comida *fast-food* e com grandes quantidades de açúcar (Racette et al., 2005; Sira & Pawlak, 2010). Os primeiros anos de universidade encontram-se correlacionados com uma prevalência no aumento do peso, potenciando o risco do aumento de DCNT's (Girz et al., 2013; Kapinos et al., 2014; Levitsky et al., 2014; Nelson et al., 2008). Apesar destes resultados na literatura, parece ainda ser necessário haver mais estudos na área do comportamento alimentar, principalmente em estudantes universitários. Assim, o presente estudo quantitativo em estudantes universitários teve como objetivo perceber quais as

estratégias de coping que influenciam o comportamento alimentar, e, posteriormente, analisar ainda o papel mediador da alimentação emocional nessa relação. Para tal, foi passado um questionário que continha instrumentos de avaliação psicológica.

A presente dissertação divide-se em quatro capítulos. No primeiro, é apresentado o enquadramento do estudo, onde foram revistos hábitos alimentares, o estatuto socioeconómico (ESE), viver com ou sem familiares e a imagem corporal tendo em conta o IMC. Neste capítulo foram também explanados os principais conceitos acerca dos diferentes tipos de padrões do comportamento alimentar, de estratégias de coping e de alimentação emocional, tendo em conta a relação existente entre as variáveis. No segundo capítulo é descrita a metodologia de avaliação utilizada no estudo e feita uma caracterização dos participantes. É ainda explicado o procedimento de recolha de dados e os instrumentos utilizados. No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo, nas suas diferentes análises estatísticas. Por fim, no quarto capítulo, os resultados são discutidos à luz da literatura e são apresentadas as principais conclusões deste estudo, referidas as suas limitações e forças, bem como sugestões para estudos futuros.

Enquadramento teórico

Saúde, hábitos e estilos de vida e associação com o IMC

A saúde é um dos recursos com maior enfoque e destaque para o desenvolvimento pessoal, económico, social e é considerada uma importante dimensão da qualidade de vida, que é afetado diretamente pelos hábitos e estilos de vida de cada um (Bezerra & Sorpreso, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Organizações internacionais como a OMS têm vindo a alertar para a importância de se começar a ter um trabalho preventivo na área da saúde, nomeadamente sugerem a necessidade de alterar a oferta e procura de bebidas e alimentos açucarados, dificultando ainda o acesso das pessoas a alimentos de má qualidade nutricional (PNPAS, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as DCNT's constituem sete das dez principais causas de morte em todo o mundo. Apesar da doença cardíaca continuar a ser a principal causa de morte, a morte por diabetes aumentou em 70% globalmente entre os anos 2000 e 2019 (OPAS, 2020). Os hábitos alimentares são um fator de risco para as DCNT's, ainda mais quando atuam com outros fatores considerados de risco, como por exemplo, a falta de atividade física, o consumo regular de álcool e o tabagismo (WHO, 2003).

Em Portugal, tem-se tornado notório o aumento de proporção de pessoas com registos de pré-obesidade e obesidade nos cuidados de saúde primários. Tendo em conta o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, mais de metade da população adulta portuguesa (53.6%) apresenta excesso de peso, estando assim dentro dos escalões de pré-obesidade ou obesidade (INE, 2020). A obesidade pode ser definida como uma doença crónica, sendo considerada como uma patologia na qual o excesso de gordura pode trazer riscos agravados para a saúde do indivíduo, sendo ainda um fator de risco para a comorbilidade com doenças físicas e psicológicas. A obesidade pode ser medida com o Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$), que permite identificar se o peso se adequa à altura (baixo peso ≤ 18.5 ; peso normal = $18.6 - 24.9$; pré-obesidade = $25 - 29.9$; obesidade ≥ 30). Os principais fatores de risco encontrados que potenciam a obesidade são o sedentarismo e a alimentação inadequada (Direção Geral da Saúde, 2019). Quase metade da população portuguesa (45.1%) inquirida no “Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável” de 2019, assumiu que os seus hábitos alimentares durante a situação da pandemia COVID-19 se alteraram, dos quais 41.8%

têm a percepção que os hábitos alimentares se alteraram para pior (Ministério da Saúde, 2020). Para além destes fatores, 29.9% da população portuguesa fuma regularmente, 20.5% da população portuguesa consome álcool com regularidade (INE, 2020) e 43% da população portuguesa é sedentária (Lopes et al., 2017). Alguns estudos têm vindo a destacar a importância da contribuição de hábitos e estilos de vida, tais como inatividade física, tabagismo e consumo de álcool e substâncias, para o desenvolvimento de perturbações mentais mais comuns (Jacka et al., 2011; Pasco et al., 2008).

Diversos estudos têm indicado que os estudantes universitários optam por alimentos que são considerados nutricionalmente menos saudáveis, saltam refeições, consomem pouca quantidade de fruta e vegetais e consomem com frequência comida *fast-food* e bebidas com grandes quantidades de açúcar (Racette et al., 2005; Sira & Pawlak, 2010). Estes estudos têm levantado preocupações e têm vindo reforçar a necessidade de detetar numa fase precoce os hábitos alimentares e os estilos de vida menos saudáveis, podendo assim, prevenir o aparecimento de DCNT's (McTigue et al., 2002; Racette et al., 2005). Os estudantes universitários relatam barreiras para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, tais como falta de tempo, pouco dinheiro, falta de conhecimento culinário para preparar as próprias refeições, falta de espaço ou utensílios nas cozinhas, viver longe dos familiares e um maior e mais prático acesso a alimentação *fast-food* (Daliens et al., 2014; Greaney et al., 2009; Papadaki et al., 2007). Um estudo realizado com estudantes universitários portugueses mostrou que estudantes que mudam de residência, passando a viver sozinhos ou com colegas ou amigos, têm um aumento no consumo de comida *fast-food* e uma redução no consumo de peixe e legumes, tomando piores decisões nutricionais e alimentares em comparação aos que continuam a viver com os familiares. Assim, os estudantes universitários parecem ser um grupo vulnerável, principalmente aqueles que estão longe da família, que acabam por ter um IMC mais elevado e mais comportamentos de risco para a saúde (Bárbara & Ferreira-Pêgo, 2020).

Outro fator que parece ter uma influência direta no IMC é o ESE. Em países desenvolvidos, parece existir um acesso mais barato à alimentação densamente energética e calórica, como é o caso da alimentação *fast-food*. Pessoas e famílias com um ESE baixo, têm maior peso corporal e consequentemente valores mais elevados no IMC, chegando a atingir valores correspondentes à pré-obesidade e obesidade (Ogden et al., 2018; Wang & Lim, 2012). Para além do mais, pessoas com um ESE baixo, consomem mais vezes comida *fast-food* e têm uma ingestão excessiva de calorias, levando ainda a que exista um

desencorajamento de atividade física (Singh et al., 2010; Zick et al., 2009). Acresce ainda o facto de que intervenções de promoção de saúde tendem a ser menos frequentes em populações com um ESE mais baixo (Bonaccio et al., 2017), o que resulta numa disparidade de benefícios, pois tais intervenções são mais direccionadas para a população alvo com ESE médio ou elevado (Frohlich & Potvin, 2008). Por seu lado, indivíduos com um ESE médio ou elevado têm maior acesso a cuidados de saúde, sendo mais comum terem também um IMC referente ao peso normal (Bonaccio et al., 2017), uma vez que procuram consumir alimentos nutricionalmente mais saudáveis e fazem um maior número de refeições que incluem fruta e vegetais (Teixeira & Silva, 2009). Acrescenta-se ainda que pessoas com um ESE médio ou elevado, tendencialmente procuram também ginásios ou clubes para prática de exercício físico, o que pode ajudar a manter um IMC saudável e peso normal (Direção Geral da Saúde, 2019; Volaco et al., 2018).

Um IMC elevado também se encontra diretamente relacionado com uma imagem corporal negativa. A imagem corporal refere-se a uma construção multidimensional composta por pensamentos, emoções, perceções e avaliações relativas ao próprio corpo (Cash & Pruzinsky, 1990). Assim, incorpora perceções de tamanho, satisfação da aparência e algumas práticas de controlo corporal (Cash & Smolak, 2011; Grogan, 2017). Uma imagem corporal negativa, é tipicamente operacionalizada como uma preocupação relevante para a pessoa, onde tendencialmente existe uma avaliação negativa do peso e insatisfação com o peso ou forma física (Paxton et al., 2006). As perceções pessoais sobre o corpo referem-se à forma como a pessoa considera o seu corpo face ao peso, tamanho, forma e composição (Murray & Lewis, 2014). Nas sociedades ocidentalizadas, o corpo ideal transmitido por estereótipos de beleza aceites culturalmente, é um corpo esguio e tonificado para as mulheres e um corpo atlético e trabalhado para os homens (Benton & Karazsia, 2015; Parent & Moradi, 2011; Tod et al., 2012). Estas ideias de aparência, são muitas vezes irrealistas e inalcançáveis e frequentemente levam à insatisfação corporal (Latner & Wilson, 2011).

Uma imagem corporal negativa tem sido repetidamente documentada entre os indivíduos com pré-obesidade e obesidade (Maukonen et al., 2018), sendo que grande número destas pessoas está insatisfeita com o seu corpo e deseja ser mais magra (Chao, 2015; Silva et al., 2019). Contudo, a imagem corporal na pré-obesidade e obesidade também pode, por vezes, ser sobre-avaliada de forma positiva, nas situações em que existe pouca consciência sobre o excesso de peso, levando até a impedir esforços e tentativas para perder peso, pois os indivíduos encontram-se menos conscientes e motivados para adotar comportamentos e

estilos de vida mais saudáveis (Duncan et al., 2011; Gregory et al., 2008; Kuk et al., 2009). No entanto, pessoas com um IMC saudável ou com peso normal, muitas vezes têm percepções acerca do seu corpo negativas, gostando de ser mais magras ou tonificadas (Austin et al., 2017; Haynes et al., 2018), o que pode levar à adoção de comportamentos pouco saudáveis, tais como saltar refeições ou fazer exercício em excesso, ficando em déficit calórico, numa tentativa de alcançar o corpo ideal. Estas situações podem ser problemáticas pois associam-se a uma imagem distorcida entre o IMC e a imagem corporal real (Duncan et al., 2011).

Comportamento alimentar e padrão alimentar

O tipo de alimentação escolhida pelos seres humanos, tendo em conta a sua quantidade e o tipo de alimentos selecionados, têm como influência fatores externos (e.g., fatores contextuais sociais e físicos, influência dos pares, disponibilidade de alimentos) e fatores internos (e.g., respostas ao stress, mecanismos fisiológicos) (Torres & Nowson, 2007). Sabe-se que o apetite influencia diretamente a escolha dos produtos alimentares, a frequência das vezes que se come e o tamanho das refeições escolhidas (Blundell, 1999). Porém, o comportamento alimentar, também é influenciado por traços multidimensionais internalizados tais como comportamentos, cognições e componentes afetivas (Bond et al., 2001). Visto a alimentação ocorrer muitas vezes em contextos de influência social e cultural, o consumo de alimentos é muitas vezes alterado consideravelmente pelo estado psicológico e por fatores cognitivos dos indivíduos (Castro, 1996).

O padrão de alimentação restritiva e o padrão de alimentação externa, são dois dos principais fatores cognitivos que têm um efeito na ingestão alimentar e na regulação do apetite (Martins et al., 2008). O padrão de alimentação restritiva refere-se a comportamentos para evitar o aumento do peso (Bryant et al., 2008), sendo assim caracterizado por uma tendência voluntária para restringir a alimentação, com controlo e evitamento de determinados alimentos, podendo por vezes, sofrer oscilações com episódios de excesso alimentar ou descontrolo (Teixeira & Silva, 2009). O padrão de alimentação externa, é caracterizado por um consumo em excesso de alimentos (Drenowatz et al., 2017) tendo suscetibilidade a estímulos alimentares externos, como por exemplo o cheiro ou a visibilidade de comida, independentemente do estado fisiológico de saciedade alimentar (Teixeira & Silva, 2009), pois o desejo aparece pelo pensamento do prazer associado a ingerir certos tipos de alimentos (Martins et al., 2008).

As mudanças nos hábitos e estilos de vida dos últimos anos têm tido efeitos consideráveis na saúde da população (Chomistek et al., 2015; Khera et al., 2016). O stress de uma vida moderna e acelerada tem aumentado a dificuldade em combater os estilos de vida mais sedentários (Taylor et al., 2016) e o aumento da procura de alimentação rápida e nutricionalmente menos saudável por parte das pessoas (VanderBroek-Stice, 2016). A junção destas variáveis, aumentam o risco de existir um padrão de alimentação emocional na população (Koshi & Naukkarinen, 2017), que é caracterizado por uma tendência em ingerir em excesso alimentos como resposta a estados afetivos negativos, o que leva a uma confusão entre o estado fisiológico de saciedade com o estado emocional negativo que é ativo, levando as pessoas a ingerir comida mesmo quando a sua necessidade fisiológica está satisfeita, de forma a combater os estados emocionais negativos (Teixeira & Silva, 2009).

É importante ter em consideração os diferentes padrões alimentares utilizados pelos indivíduos para poder atuar de forma eficaz nas problemáticas inerentes (Van-Strien, 2018). Vários estudos, têm demonstrado que indivíduos com um padrão de alimentação emocional, quando iniciam dietas, permanecem pouco tempo nas mesmas, embora percam peso (Mann et al., 2007; Van-Strien et al., 2013; Van-Strien et al., 2016). A literatura tem também identificado que os sentimentos de tristeza estão associados a uma diminuição ou aumento de apetite e consequentemente a uma diminuição ou aumento de peso corporal. Porém, pessoas com um padrão de alimentação emocional, parecem ter um aumento no apetite como resposta à angústia e emoções disfóricas, levando a um aumento de peso (Clum et al., 2014; Goldschmidt et al., 2014; Kontinen et al., 2010). Estudos apontam para a importância de trabalhar na redução do padrão de alimentação emocional para indivíduos que estão em tratamento de obesidade, de forma a não desistirem da dieta ou a terem um menor desejo de consumo de alimentos calóricos quando se deparam com sentimentos de tristeza, podendo levar a resultados mais satisfatórios, prolongados e estáveis (Berghöfer et al., 2008; Alonso et al., 2004).

Já um padrão de alimentação externa parece estar relacionado com uma maior frequência de alimentação em cadeias de *fast-food* ou em pastelarias, por exemplo, sendo difícil conseguir resistir a impulsos olfativos ou visuais (Yu et al., 2021). Uma pessoa com este padrão de alimentação tende a comer excessivamente e a sentir culpa após a ingestão visto existir uma grande suscetibilidade ao impulso de saciar os desejos alimentares (Van-Strien et al., 2009). Os estudos sugerem que estes comportamentos são respostas mal adaptativas entre as pistas internas e externas, que desregulam o comportamento alimentar.

Porém, ainda existe uma grande lacuna na intervenção convencional das dietas prescritas para a perda de peso, que normalmente se focam na restrição do consumo calórico e no tipo de alimentos, e não têm em conta o padrão alimentar da pessoa (Daubenmier et al., 2011). É importante atenuar o padrão de alimentação externo para o tratamento e prevenção da obesidade (Burton et al., 2007; Lluch et al., 2000; Van-Strien et al., 2009). Visto que estas pessoas apresentam uma maior predisposição para sugestões alimentares externas (Van-Strien et al., 2009), é necessária uma formulação de consciência, de modo a poder atenuar o desejo proveniente da alimentação externa. Assim, é necessária a aprendizagem de competências que ajudem a reconhecer e aumentar a consciência, bem como diminuir o impulso para agir fazendo escolhas alimentares, induzidas pelas reações à visão e ao cheiro provocados pelos alimentos (O'Reilly et al., 2014).

Há evidências que apontam que o padrão de alimentação emocional e o padrão de alimentação externo são mais comuns na população obesa, do que em população com peso normal (Patel & Schlundt, 2001). Tem sido demonstrado que desejos alimentares podem conduzir a pensamentos obsessivos acerca dos alimentos que, consequentemente, conduzem a um consumo impulsivo, aumentando o risco de ganho de peso (May, 2010). Estes padrões alimentares parecem não ser investigados nas intervenções de perda de peso, podendo assim contribuir para um insucesso numa intervenção a longo prazo (Kristeller, 2011; Van-Strien et al., 2009).

Os estudos sugerem ainda que pessoas com um padrão de alimentação restritiva têm importantes fatores psicológicos associados ao excesso de peso ou obesidade (Johnson et al., 2012). Em situações em que existe a restrição deliberada do consumo de alimentos como uma estratégia para o controlo de peso, existem fatores de alarme, nomeadamente a impulsividade, que pode conduzir a maiores comportamentos de risco para a saúde, tais como comer em excesso com episódios de descontrolo como *binge eating*, indução de vômito, ou consumo de álcool como regulação emocional (Anestis et al., 2007, 2009; Churchill & Jessop, 2011; Fischer et al., 2004). Foi ainda identificado que o padrão de restrição alimentar, para além de estar associado ao aumento de peso, tem ainda um impacto negativo emocional mais predominante, podendo também aumentar o risco de sintomas emocionais de tristeza, ou até mesmo depressão. Desta forma, é relevante a realização de rastreios de depressão em pessoas com esse padrão alimentar (Teixeira et al., 2010; Tice et al., 2001).

Estratégias de *Coping*

O stress, os desafios e as adversidades que os seres humanos enfrentam nas suas vidas, por vezes advêm de situações inevitáveis e que podem estar fora do controlo de cada indivíduo. O controlo das situações adversas pode ser possível dependendo da forma como o indivíduo pensa acerca da situação causadora de stress. Algumas pessoas sentem que não têm recursos para lidar com o mesmo, sentindo-se desamparadas e facilmente desistindo de melhorar ou mudar a situação, outras, têm formas mais resilientes de lidar com os stressores, procurando soluções diferentes e novas perspetivas e soluções (Pearson & Hall, 2007). A resiliência é definida pela Associação Americana de Psicologia como a “capacidade de o indivíduo se adaptar face a adversidades, traumas, tragédias, ameaças, ou quaisquer outras fontes de stress” (American Psychological Association, 2016).

Em 1936, o stress foi definido como uma experiência em que o indivíduo respondia a situações generalizadas de agressividade, tendo como principal objetivo a sobrevivência, estando a pessoa em constantes reações de alarme. Este fator influencia fortemente o equilíbrio fisiológico e/ou psicológico de cada ser humano (Maslach, 1979; Schachter & Singer, 1962). A situação sugere ser ameaçadora quando o indivíduo percebe que não tem recursos suficientes para corresponder às exigências externas, e assim, a avaliação cognitiva que cada um faz sobre a situação é extremamente importante. (Maslach, 1979). Lazarus e Folkman (1984), relatam existir três fases de avaliação cognitiva de cada situação. A primeira fase é a avaliação primária, onde a pessoa tenta compreender o significado da experiência ou acontecimento para si própria, tenta avaliar se a mesma é prejudicial ou benéfica e elabora um plano de ação. A segunda etapa é a avaliação secundária, onde o indivíduo procura ativamente formas de lidar com a situação. Nesta etapa são avaliados os recursos disponíveis de modo a serem evitadas consequências. Por fim, é feita uma reavaliação, onde a pessoa faz um balanço das possibilidades que tem tendo em conta os seus recursos, podendo aqui entrar em stress por considerar que não tem recursos suficientes para lidar com o acontecimento.

O stress é um grande causador de ansiedade, irritabilidade, tristeza ou até mesmo depressão. As pessoas sentem-se sem esperança em relação ao futuro, podendo apresentar-se passivas, indiferentes ou até mesmo apáticas, tendo recorrentemente alterações nos hábitos de sono e alimentação (Rosenhan & Seligman, 1995). Pessoas com mais resiliência, conseguem ultrapassar mais facilmente uma ameaça por considerar a mesma menos ameaçadora, levando a menos comportamentos de consumo de alimentos como forma de autorregulação ao stress, e assim, desenvolvem respostas psicofisiológicas mais adaptativas (Del Giudice et al., 2011). As estratégias de *coping* são essenciais para minimizar o impacto que o stress tem na vida de

cada indivíduo, pois determinam o nível de resiliência e suscetibilidade (Franklin et al., 2012).

As estratégias de *coping* têm assim uma influência nos padrões de comportamento alimentar (Himmelstein et al., 2018). Muitos programas de controlo ou perda de peso apresentam insucesso a longo prazo (Rand et al., 2017) por limitarem a sua orientação apenas para a nutrição e a atividade física (Kirk et al., 2014; Manzoni et al., 2017). Ainda assim, muitas vezes, os profissionais de saúde atribuem à própria pessoa a responsabilidade sobre as falhas na perda e/ou manutenção do peso (Himmelstein et al., 2018; Kirk et al., 2014; Rand et al., 2017). Os estudos sugerem que as pessoas com excesso de peso podem ter vários estereótipos, entre os quais serem menos autodisciplinadas, mais irresponsáveis, mais “preguiçosas”, menos autoconfiantes (Mussap et al., 2016; Spahlholz et al., 2016) e mais impulsivas (Sutin et al., 2011), e que, mesmo quando procuram ajuda se encontram num ambiente julgador e sem apoio (Kirk et al., 2014; Rand et al., 2017). A literatura indica que devido ao acumular de todas estas circunstâncias, os indivíduos começam a internalizar culpa pelo seu excesso de peso (Kirk et al., 2014; Himmelstein et al., 2018). A própria resposta aos acontecimentos stressantes acaba então por ter um efeito negativo, estando associada à presença de estratégias de *coping* passivas, mais relacionadas com o coping focado na emoção (Papadopoulos & Brennan, 2015) e comportamentos alimentares desadaptados (Carels et al., 2018; Himmelstein et al., 2018; Palmeira et al., 2017; Puhl & Himmelstein, 2018). Por exemplo, pessoas com um padrão de alimentação emocional, acabam por utilizar os alimentos como uma estratégia de superar a angústia psicológica (Carels et al., 2018; Papadopoulos & Brennan, 2015; Puhl & Himmelstein, 2018; Rand et al., 2017), ou lidar com eventos sociais (Boggiano, 2015). Para além deste padrão, a aparência ou o cheiro de alimentos pode também desencadear episódios de maior consumo alimentar, ao qual se dá o nome de padrão de alimentação externa. A culpa e a vergonha em excesso, costumam ser sintomas que aparecem frequentemente depois de comportamentos emocionais ou externos (Papadopoulos & Brennan, 2015). De forma a diminuir o sofrimento proveniente destes sentimentos, as pessoas podem ingerir menos quantidade de comida para compensar a sobrealimentação durante os dias que se seguem, tendo um comportamento alimentar restritivo (Carels et al., 2018).

A falta de apoio social percebida pelas pessoas com os padrões alimentares anteriormente referidos pode também aumentar o desenvolvimento de estratégias evitantes ou passivas (Himmelstein et al., 2018). Assim, é comum a presença de estratégias de *coping* mais passivas, com um *coping* mais focado na emoção, ao invés de estratégias de *coping* mais pró-

ativas como é o exemplo do *coping* focado no problema (Elfhag & Rössner S 2005; Li & Rukavina, 2009).

Lazarus e Folkman (1984), identificaram o *coping* como um esforço cognitivo e comportamental que está continuamente em mudança, e que tem como finalidade a gestão das exigências internas ou externas, que ultrapassam os recursos do indivíduo. Quando o *coping* é adequado existe em concordância um ajustamento também adequado à situação, alcançando-se o “bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática” (Lazarus et al., 1985). Nesta perspectiva, o *coping* é centrado no processo e não no traço, distinguindo-se assim, de comportamentos adaptativos automáticos. O termo “esforço”, é utilizado para dar ênfase à ideia do processo e não do resultado. Deste modo, Lazarus (1993), explica que esta abordagem ao *coping* tem como base quatro características: (1) ações ou pensamentos que decorrem durante uma circunstância de stresse, ou, nos vários estádios da situação tida como stressante; (2) procura aferir-se o que se passa num contexto particular, considerando que existe um processo, logo o que se passou pode mudar consoante o tempo, circunstância ou contexto, e assim, existe uma interação ativa entre o meio e a pessoa, baseada numa relação psicológica; (3) para que seja possível fazer uma avaliação robusta do *coping* do indivíduo, é necessário que se avalie o mesmo em diversos contextos e momentos, para que se possa reconhecer mudanças ou estabilidade das condutas comportamentais e pensamentos referentes ao *coping*; e, (4) a avaliação do *coping* não é estanque, pois varia consoante o indivíduo, os objetivos, os resultados que foram procurados e ainda as preocupações do mesmo, devendo existir prudência, por poder haver alterações ou por depender de cada pessoa, na sua avaliação positiva ou negativa.

Haan (1977), apoiou-se na inspiração psicanalítica e nos mecanismos de defesa (processos mentais inconscientes), e identificou o *coping* como os processos maduros ou saudáveis do ego. No seu modelo pretendeu formar tipologias e estilos estáveis do *coping*, porém, sem adaptação às diferentes estratégias de ação de cada indivíduo. Por este motivo, em oposição a esta ideia, Parker e Endler (1992) defenderam que o *coping* seria uma reação de um indivíduo a uma ocorrência externa negativa ou stressante e que essa resposta resultava de um processo consciente. Mais tarde, é definido o termo “estratégias de *coping*”, que provém dos mecanismos de defesa e que ajuda na redução dos efeitos provocados por emoções fortes que são instigadas pelos stressores. Este termo pode ser aplicado a todas as atividades sobre as quais o indivíduo está consciente e alerta. Quando um indivíduo utiliza repetidamente as mesmas estratégias de *coping*, pode assumir-se que tem um estilo de *coping*. O *coping* passa a

ser visto como um processo intermediário entre um determinado acontecimento e os resultados ou consequências dos mesmos. Caso as repercussões sejam positivas pode dizer-se que o processo de *coping* teve efeitos adaptativos (Gelder et al., 1996).

Lazarus e Folkman (1984), defendem que a maioria das pessoas usam oito formas de *coping*, que podem ser divididas em duas categorias de subescalas, sendo as mesmas o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema é referente à análise do indivíduo acerca da situação, tendo a capacidade de planejar ativamente, ou de se comportar de uma forma específica, escolhendo estratégias para conseguir ultrapassar a causa da sua preocupação. O *coping* focado na emoção tem como finalidade enfrentar as emoções disfóricas inerentes aos stressores, onde são comuns alguns comportamentos tais como chorar, comer ou até gritar, por exemplo (Carver & Connor-Smith, 2009).

Numa perspetiva mais recente, é explicado que abordagens acerca do *coping* são divergentes em quatro aspetos, sendo os mesmos: (1) o *coping* tem várias funções para além da regulação e gestão de problemas e distress; (2) o *coping* sofre influência da avaliação do contexto e do controlo do mesmo; (3) o *coping* sofre inúmeras influências da personalidade do indivíduo; (4) o *coping* é persuadido pelos recursos sociais (Folkman & Moskowitz, 2000). Embora exista esta nova perspetiva, no presente estudo irão ser usados os conceitos de *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema, visto a utilização do instrumento de avaliação se focar nestas duas distinções (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Os indivíduos que têm um *coping* focado na emoção muitas vezes tendem a ter estratégias de regulação secundárias das emoções (Folkman & Lazarus, 1984), incluindo comportamentos saudáveis (por exemplo, atividade física), mas também pouco saudáveis (por exemplo, comer alimentos excessivamente calóricos ou comer alimentos em excesso). Têm sido encontradas mais estratégias de *coping* focadas na emoção em pessoas com pré-obesidade ou obesidade, em comparação com aqueles com peso normal (Fernandes et al., 2018). Pesquisas anteriores sugerem que as pessoas que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção acabam por ter um padrão de alimentação emocional e consequentemente um IMC mais elevado (Himmelstein et al., 2018; Puhl & Himmelstein, 2018; Young & Limbers, 2017). Já outros estudos sugerem que pessoas com estratégias de *coping* focadas na emoção têm um padrão de alimentação restritiva, tentando restringir o consumo de alimentos, mas acabando por ter, como consequência, um descontrolo devido a emoções disfóricas (Boggiano et al., 2017; Puhl & Himmelstein, 2018; Rand et al., 2017).

Existem estudos que indicam que o *coping* focado na emoção está altamente correlacionado com o padrão de alimentação externa, pois induz o consumo de alimentos de forma excessiva como estratégia ao efeito negativo de experiências por provocação de outros (Olvera et al., 2013; Zeeck et al., 2011). É ainda referido que o *coping* focado no problema, apesar de conter mais estratégias ativas, também pode estar relacionado com o padrão de alimentação restritivo, mesmo que na presença de tentativas de adoção de comportamentos de saúde relacionados com a alimentação e a atividade física (como escolher alimentos saudáveis ou praticar com regularidade atividade física), acabando por desencadear episódios de descontrolo alimentar quando se depara com emoções disfóricas, que excedem os recursos da pessoa (Herren et al., 2021). Porém, poucos estudos identificaram correlações entre os padrões de alimentação e as estratégias de *coping* focadas no problema, sugerindo assim que as estratégias de *coping* focadas na emoção parecem ter um maior impacto nos comportamentos alimentares. Desta forma, uma possível sugestão para os profissionais de saúde será focar as suas intervenções neste último estilo de *coping* focado na emoção, procurando diminuir o impacto negativo na saúde dos indivíduos (Himmelstein et al., 2018; Olvera et al., 2013).

Associação entre alimentação emocional, estratégias de *coping* e comportamento alimentar

A literatura tem evidenciado que as emoções impactam diretamente o comportamento alimentar dos indivíduos (Van-Strien & Ouwens, 2007). A alimentação emocional, refere-se a uma tendência de excesso alimentar como resposta a emoções disfóricas, como a raiva/frustração, a ansiedade e a tristeza (Arnou et al., 1995; Ganley, 1989). A alimentação emocional foi descrita pela primeira vez na teoria psicossomática de Bruch (1964), sendo definida como a incapacidade de fazer uma distinção entre a sensação real de fome fisiológica e um estado emocional que provoca fome. Os modelos de regulação dos efeitos afirmam ainda que, nestes casos, comer pode ser uma tentativa de fuga por distração ou evitamento de estados afetivos adversos, induzidos pela raiva/frustração, ansiedade e tristeza (Heatherton & Baumeister, 1991; Van-Strien & Ouwens, 2007).

É importante distinguir o padrão de alimentação emocional e a alimentação emocional induzida por estados de raiva/frustração, ansiedade e tristeza. O padrão de alimentação emocional refere-se à presença de sentimentos de desconforto ou sofrimento, que muitas vezes não são identificados pela pessoa, desencadeando respostas de aumento de apetite com

forma de regulação da angústia (Clum et al., 2014; Goldschmidt et al., 2014). Por sua vez, a alimentação emocional refere-se à presença de um estado afetivo adverso, nomeadamente raiva/frustração, ansiedade e tristeza, que leva a pessoa a comer de forma reativa como uma tentativa de fuga (por distração ou evitamento), mesmo quando existe consciência do que desencadeou esse estado (Heatherton & Baumeister, 1991; Van-Strien & Ouwens, 2007). Porém, ainda que exista esta distinção, a alimentação emocional está diretamente relacionada com o padrão de alimentação emocional, visto terem em comum a alimentação desencadeada por sentimentos de desconforto ou sofrimento, logo o estudo deve ser feito abrangendo ambos os conceitos e de forma conjunta (Arnow et al., 1995; Ganley, 1989).

A alimentação emocional por estados de raiva/frustração, diz respeito à tendência para se comer quando se sente um estado de raiva, frustração, rebeldia, agitação, ou quando se está chateado ou zangado. A alimentação emocional por estados de ansiedade diz respeito à tendência para se comer quando se sente um estado de ativação fisiológica de ansiedade, instabilidade, ciúmes, nervosismo, culpa e preocupação. A alimentação emocional por estados de tristeza pode ser considerada como fazendo parte do padrão de efeitos que ocorrem em estados depressivos, ou seja, a pessoa tem tendência para se alimentar em excesso quando ocorrem sentimentos de impotência, desânimo, culpa, fracasso e ruminação (Watson et al., 2008).

A alimentação emocional por estados de raiva/frustração e a alimentação emocional por estados de tristeza encontram-se significativamente associadas a patologias alimentares, particularmente à compulsão alimentar (Arnow et al., 1995; Zhu et al., 2013). Por sua vez, a alimentação emocional por estados de ansiedade está associada à psicopatologia geral, merecendo assim uma atenção particular no contexto do bem-estar psicológico (Zhu et al., 2013). Além disto, uma alimentação emocional por estados de tristeza parece estar relacionada com uma menor percepção e recetividade do que se está a passar no momento presente, associando-se também a uma pior imagem corporal (Sandoz et al., 2010; Sandoz et al., 2013).

Na literatura, escassos são os estudos que relacionam as estratégias de *coping* e a alimentação emocional, e desses estudos nenhum contempla associações entre o *coping* focado no problema e a alimentação emocional. Ainda assim, nos estudos encontrados é indicado que o *coping* focado na emoção parece estar relacionado com a alimentação emocional nas suas três subescalas – raiva/frustração; ansiedade; tristeza (Litwin et al., 2016; Raspopow et al., 2013), como uma forma de regulação de emoções (Goldschmidt et al.,

2016). Noutro estudo, foram identificadas associações fortes entre as estratégias de *coping* focadas na emoção e a alimentação emocional nas suas três subescalas, porém, verificou-se uma associação mais forte com a alimentação emocional induzida pela tristeza, onde as pessoas têm a expectativa que comer irá reduzir essa emoção (Stice et al., 2002). É também indicado que planejar intervenções que visem aumentar o conhecimento de alternativas saudáveis para a desregulação emocional, pode impedir níveis mais elevados de alimentação emocional e ativações mais extremas do ponto de vista alimentar (Nguyen-Rodriguez et al., 2009; Perpiña et al., 2011). Noutro estudo realizado com jovens adultos, foi também encontrada uma forte relação entre o *coping* focado na emoção e as três subescalas da alimentação emocional (Raspopow et al., 2013). Apesar de parecer global a ideia de que o *coping* focado na emoção levanta questões ao nível das três subescalas da alimentação emocional, quase nenhum estudo foi específico a examinar a alimentação emocional, sendo importante aferir com mais consistência temporal quais as estratégias de *coping* que podem estar associadas à alimentação emocional (Nguyen-Rodriguez et al., 2009), podendo facilitar a sua identificação e formas de prevenir o risco de desenvolver perturbações alimentares (Goossens et al., 2009).

Foram também encontrados estudos que relacionam o comportamento alimentar influenciado pelo padrão de alimentação externo, pelo padrão de alimentação emocional e pelo padrão de alimentação restritivo com a alimentação emocional. Os resultados indicaram que a alimentação emocional aborda os sentimentos que levam a experienciar o impulso de comer como resposta a diferentes emoções (Torres et al. 2011; Ricca et al., 2012). Para que se consiga ter resultados mais satisfatórios em pessoas com padrões de alimentação externa e em pessoas com padrões de alimentação emocional, será necessário averiguar não só a alimentação emocional, como discriminar quais são as emoções que levam a que ocorra esse padrão de comportamento alimentar (Rotella et al., 2018). Foi verificada ainda uma relação entre o padrão de alimentação restritivo com a alimentação emocional por estados de ansiedade, caracterizado por controlo calórico e restrição voluntária da alimentação, principalmente em pessoas com um IMC de pré-obesidade e obesidade (Rotella et al., 2015). Esta relação pode ser justificada pela alimentação emocional por estados de ansiedade, que, apesar de trazer um estado de ativação fisiológico que leva as pessoas a comer, quando relacionada com um padrão de alimentação restritivo, conduz a uma tentativa de controlar ao máximo o estado psicológico, que pode acabar com episódios de descontrolo alimentar (Rotella et al., 2018). Em muitos casos pode existir uma situação futura com perturbações

alimentares como por exemplo a bulimia, onde a pessoa fica ansiosa e come por descontrolo, mas depois pode forçar o vômito e/ou praticar muito exercício físico de modo a combater as calorias ingeridas em excesso, muitas vezes, sem sucesso. Esta relação é observada maioritariamente num quadro onde já exista ou estejam quase a ser preenchidos todos os critérios de uma perturbação alimentar (Fassino et al., 2002).

Os estudos indicam que o padrão de alimentação externo remete para a dificuldade em conseguir resistir aos impulsos olfativos e visuais e parece estar relacionado com a alimentação emocional por estados de ansiedade, visto ser comum a ativação fisiológica devido a episódios de ansiedade, instabilidade, ciúmes, nervosismo, culpa e preocupação, conduzir a um menor controlo de impulsos (Yu et al., 2021; Watson et al., 2008), ou maior necessidade de alimentos que permitam ser uma fuga ou evitamento, precisamente a esses estados internos tão ativos (Van-Strien & Ouwens, 2007). Mesmo quando os indivíduos estão fisiologicamente satisfeitos, parece que a crise ativa os pensamentos por alimentos específicos, piorando se existirem estímulos visuais ou olfativos desses alimentos, acabando muitas vezes por conduzir ao consumo dos mesmos, e, posteriormente, a sentimentos de culpa (Van-Strien et al., 2009). Por sua vez, o padrão de alimentação emocional, parece estar relacionado com a alimentação emocional por estados de raiva/frustração, uma vez que associa a ingestão excessiva de alimentos quando se verificam sentimentos de raiva, frustração, rebeldia, agitação, estar-se chateado ou zangado (Goldschmidt et al., 2014; Watson et al., 2008). Por fim, estudos também relacionam ao padrão de alimentação emocional a alimentação emocional por estados de tristeza, visto a pessoa ter tendência em se alimentar de forma excessiva quando ocorrem sentimentos de impotência, desânimo, culpa, fracasso e ruminação (Watson et al., 2008). Parece ser comum as pessoas se depararem com sentimentos de raiva/frustração e tristeza e terem um aumento no apetite como resposta à angústia e emoções disfóricas (Clum et al., 2014; Goldschmidt et al., 2014; Konttinen et al., 2010).

Face ao exposto, e à identificação na literatura de estudos que analisam a relação entre as estratégias de *coping* e a alimentação emocional, bem como de estudos que analisam o comportamento alimentar e a alimentação emocional, a presente investigação vai incluir uma maior compreensão de todas estas variáveis. Contudo, tendo em conta a disparidade de resultados verificados em estudos recentes sobre a análise das estratégias de *coping* relacionadas com os diferentes padrões de alimentação, neste estudo será dado um particular enfoque na alimentação emocional como um possível mediador da relação entre as estratégias de *coping* e o comportamento alimentar.

Objetivos e pertinência do estudo

Tendo em conta as evidências revistas, torna-se clara a relevância de estudar a alimentação emocional, as estratégias de *coping* e o comportamento alimentar, numa perspectiva de maior compreensão sobre uma possível mediação pela alimentação emocional. Torna-se também pertinente que o presente estudo seja realizado com estudantes universitários visto serem um grupo vulnerável no que diz respeito ao comportamento alimentar, e um grupo de risco para o desenvolvimento de DCNT's no futuro. Acresce ainda o facto que, no cenário nacional, é preocupante a percentagem de jovens portugueses cujo consumo de açúcar e comidas de *fast-food* é superior ao recomendado pela OMS, verificando-se valores de IMC cada vez mais elevados. Deste modo, os objetivos gerais e respetivas Hipóteses (H) desta investigação são:

1) Compreender a relação entre o ESE, a imagem corporal, e a variável viver com ou sem familiares com o IMC:

H1: Estudantes universitários que vivem com outros que não familiares, têm um IMC mais elevado;

H2: Estudantes universitários com um estatuto socioeconómico baixo têm níveis de IMC mais elevados;

H3: Estudantes universitários com um IMC de pré-obesidade têm uma imagem corporal mais negativa;

H4: Níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional.

2) Aprofundar as associações entre as variáveis alimentação emocional, comportamento alimentar e estratégias de *coping*:

H5: Níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de padrões alimentares restritivos, externa e emocional;

H6: Níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade;

H7: Níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade;

H8: Níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional.

3) Perceber a relação existente entre as estratégias de *coping* e o comportamento alimentar, analisando o papel da alimentação emocional como mediador desta associação:

H9: Os modelos de mediação múltipla em série indicarão que níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que por sua vez estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional;

H10: Os modelos de mediação múltipla em série indicarão que níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que por sua vez estão associados a níveis mais reduzidos de padrões alimentares restritivos, externa e emocional.

Metodologia

Tipo de estudo

De acordo com os objetivos que foram propostos neste estudo optou-se por realizar uma metodologia transversal quantitativa descritiva e correlacional. Será descrita a forma como as variáveis identificadas no presente estudo se influenciam mutuamente, explicando ainda o poder de cada uma, e será também testada a correlação/associação das presentes variáveis. O estudo foi realizado com estudantes universitários e os instrumentos de medida escolhidos para recolher os dados foram quantitativos, sendo assim os resultados analisados através de uma metodologia quantitativa.

Participantes

Na presente investigação participaram 219 estudantes universitários ($N = 219$), dos quais a maioria eram do sexo biológico feminino (79.45%) e o restante do sexo biológico masculino (20.55%), totalizando ($DP = 4.8$). A nacionalidade da maioria dos participantes do presente estudo é de estudantes universitários portugueses (92.69%), seguindo de outras nacionalidades (7.31%), nomeadamente como brasileira, angolana, chilena, espanhola, italiana.

Procedimento

A presente dissertação foi conduzida de acordo com os princípios éticos da APA relativamente à investigação com participantes humanos (APA, 2010), as diretrizes da *World Medical Association of Helsinki* (WMA, 2008) e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). Estas associações encorajaram a investigação com participantes humanos, com o objetivo de compreender as causas das doenças, a sua evolução e efeitos, e melhorar o diagnóstico e intervenções eficazes. No entanto, é de notar que os direitos, a dignidade e os melhores interesses dos sujeitos devem ser preservados, destacando os seguintes princípios éticos: 1) Beneficência e Não Maleficência; 2) Respeito dos Direitos e Dignidade das Pessoas; 3) Integridade e Responsabilidade Social; e, 4) Competência.

No presente estudo optou-se por reunir todos os instrumentos do protocolo de avaliação num questionário único. Após a reunião de todos os instrumentos as questões foram

passadas para uma plataforma online (*Cognito Forms*), que produziu um link, através do qual os participantes responderam. Numa primeira fase foi realizado um pré-teste aos docentes e na turma de Psicologia Clínica e da Saúde por alunos e professores do referente mestrado. Após terem sido realizadas as alterações necessárias, o questionário foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Europeia (ver Anexo 1). Quando o mesmo foi validado, deu-se início à partilha online do questionário. O questionário estava dividido em três partes, uma com o consentimento informado, outra com o questionário sociodemográfico e outra com os testes psicológicos que foram utilizados na versão portuguesa: Questionário de Alimentação Emocional (Arnou., et al., 1995; Versão: Teixeira & Silva. M, 2009); Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (Van-Strien et al., 1986; Versão: Viana & Sinde, 2003); Brief Cope (Carver, 1997; Versão: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). No início, era pedido aos participantes que lessem o consentimento informado e que aceitassem as condições do mesmo para poderem prosseguir para os dados sociodemográfico e os testes psicológicos utilizados. O questionário foi passado aos participantes online, através de um link gerado pela plataforma. O questionário foi preenchido entre os dias 22/dezembro/2021 e 20/março/2022.

Os dados da presente dissertação foram recolhidos através de dois processos de amostragem. Primeiramente, foi utilizado o processo de amostragem por conveniência, onde o questionário foi passado a estudantes da Universidade Europeia do curso de psicologia, estudantes universitários de outras instituições de ensino superior, em grupos de WhatsApp de estudantes universitários, bem como, colocado em diversas plataformas online, tais como o *LinkedIn*, *Facebook* e *Instagram*. Posteriormente, foi utilizado o processo de amostragem por efeito bola de neve, visto ser pedido a cada participante para passar o questionário a colegas ou amigos que na altura do presente estudo fossem estudantes universitários. Foi ainda solicitado aos docentes da Universidade Europeia que enviassem o link do questionário às suas turmas. Os participantes deste estudo participaram de forma voluntária nas respostas ao questionário, com o requerimento de serem maiores de dezoito anos e serem estudantes universitários na altura do preenchimento do mesmo, correspondendo ao ano letivo de 2021/2022.

Instrumentos e variáveis

Questionário Sociodemográfico

Com o objetivo de avaliar as características sociodemográficas dos estudantes universitários participantes neste estudo foi construído um questionário que incluiu as seguintes informações: Sexo biológico (Feminino; Masculino); Idade (Campo de resposta livre); Nacionalidade (Campo de resposta livre); Instituição de ensino (Campo de resposta livre); Grau acadêmico (Licenciatura; Pós-graduação; Mestrado; Doutorado; Outro, qual?); Situação profissional (Estudante; Trabalhador/estudante); Ano do curso (Campo de resposta livre); Área de formação (Agricultura, Silvicultura e Pescas; Arquitetura e Construção; Artes; Ciências da Vida; Ciências Empresariais; Ciências Físicas; Ciências Sociais e do Comportamento; Ciências Veterinárias; Direito; Engenharia e Técnicas Afins; Estudos Gerais; Formação de Professores/ Formadores e Ciências da Educação; Humanidades; Indústrias Transformadoras; Informação e Jornalismo; Informática; Matemática e Estatística; Saúde; Serviços de Transporte; Serviços Pessoais; Serviços de Segurança; Serviços Sociais; Proteção do Ambiente; Outro, qual?); Com quem vive (Familiares; Amigos/as; Colegas de casa; Sozinho/q; Com namorado/a; Outro, qual?); Qual é o estatuto socioeconómico o agregado familiar integra (Baixo; Médio Baixo; Médio; Médio Alto; Alto); Prática e intensidade de exercício físico (Não pratico atividade física; 1 - 2 vezes por mês; 3 vezes por mês; 1 - 2 vezes por semana; 3 - 4 vezes por semana; 5 ou mais vezes por semana; Mais do que 1 vez por dia); Se é fumador e quantidade de cigarros que fuma por dia (Campo de resposta aberto); Se consome estupefacientes e com que regularidade? (Não consumo estupefacientes; 1 - 2 vezes por mês; 3 vezes por mês; 1 - 2 vezes por semana; 3 - 4 vezes por semana; 5 ou mais vezes por semana; Mais do que 1 vez por dia); Se consome álcool e com que regularidade? (Não consumo álcool; 1 - 2 vezes por mês; 3 vezes por mês; 1 - 2 vezes por semana; 3 - 4 vezes por semana; 5 ou mais vezes por semana; Mais do que 1 vez por dia); Se tem alguma doença crónica e qual é (Psicológica/Mental; Física; Psicológica/Mental e Física; Não tenho nenhuma doença crónica diagnosticada pelo médico); Se toma medicação diária à exceção de contraceptivos orais (Sim; Não); Se tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (Sim; Não); Se tem acompanhamento de nutricionista? (Sim; Não); Qual a influência dos outros (colegas, amigos, família, parceiro/a, etc, na escolha alimentar? (1 - Nenhuma influência; 2 - Pouca influência; 3 - Alguma influência; 4 - Muita influência); Como vê o seu corpo (Muito magro; Um pouco magro; No tamanho certo; Um pouco gordo; Muito gordo); Desde quando vê o seu corpo assim (Desde criança; Desde a adolescência; Desde o início da idade adulta; Desde que fui para a universidade; Desde a gravidez); Se está a fazer alguma dieta há mais de três meses? (Sim;

Não); Quanto peso em quilogramas já perdeu na dieta (Campo de resposta aberto); Indicar o peso e altura (Campo de resposta aberto) (Ver questionário completo em Anexo 2).

Questionário de Alimentação Emocional

O questionário de alimentação emocional, foi desenvolvido originalmente por Arnow (Arnow et al., 1995), com o objetivo de ser aplicado em mulheres com obesidade. Porém, o questionário demonstrou-se útil ao longo dos anos para avaliar a alimentação emocional em diferentes populações. O questionário inclui vinte e cinco itens que originam três subescalas que refletem o desejo de comer em resposta à raiva/frustração, ansiedade e depressão e é avaliado por uma escala tipo *Likert* tendo 5 alternativas de resposta de 0 “Nenhum desejo de comer” a 4 “Um desejo enorme de comer”. A média das pontuações das subescalas são: subescala de raiva/frustração 26.85 ($DP = 8.71$) com um intervalo de 5-42 pontos; subescala de ansiedade tem uma média de 16.49 ($DP = 7.31$) com um intervalo de 3-31 pontos; subescala de tristeza a média é de 12.96 ($DP = 3.62$) com um intervalo de 5-20 pontos. Teoricamente, quem pontua mais alto nas escalas tem uma maior probabilidade de compulsão alimentar quando está presente essa emoção disfórica.

A escala original contempla os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: Raiva/Frustração ($\alpha=.90$); Ansiedade ($\alpha=.81$) e Tristeza ($\alpha=.71$). Relativamente à versão portuguesa do instrumento, apesar de já ter sido utilizado em diversos estudos portugueses, inclusive em livros de nutrição, dietética e psicologia, o mesmo encontra-se ainda em processo de validação para a população portuguesa. No entanto, foi usada a versão portuguesa incluída no livro publicado “RePensar o Peso” dos autores Pedro Teixeira e Marlene Nunes Silva, que também têm artigos científicos publicados com o instrumento, apesar da mesma não apresentar o alfa de *Cronbach* (Teixeira & Silva, 2009). No presente grupo de participantes deste estudo, o alfa de *Cronbach* apresenta os seguintes valores: Raiva/Frustração ($\alpha=.89$); Ansiedade ($\alpha=.85$) e Tristeza ($\alpha=.69$). Os resultados provenientes da análise fatorial da escala original e da escala nos participantes desta dissertação confirmaram a robustez e validade do instrumento, sendo assim capaz, pelas características psicométricas do questionário, de estudar eficazmente a alimentação emocional dos participantes do presente estudo (Ver anexo 5).

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, foi desenvolvido originalmente por Van-Strien no ano de 1986, tendo sido adaptado para a versão Portuguesa no ano de 2003 (Viana & Sinde, 2003). O questionário original tem no total 33 itens, avaliados numa escala *Likert* tendo 5 alternativas de resposta de 1 “Nunca” a 5 “Frequentemente”. Os itens estão distribuídos em 3 escalas. A primeira diz respeito à restrição que inclui 10 itens. A segunda diz respeito à Ingestão Externa e também inclui 10 itens. Por fim, a Ingestão Emocional que soma um total de 13 itens (Van-Strien et al., 1986). A versão Portuguesa respeita o número de itens e obteve elevados índices de fidelidade, tendo obtido os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: Restrição ($\alpha=.92$); Ingestão Externa ($\alpha=.81$) e Ingestão Emocional ($\alpha=.94$). Os resultados provenientes da análise fatorial da escala original confirmaram a robustez e validade do instrumento adaptado para a população portuguesa, sendo ainda capaz, pelas características psicométricas do questionário, de estudar eficazmente o comportamento alimentar da população portuguesa (Viana & Sinde, 2003). Nos participantes da presente dissertação obtivemos os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: Restrição ($\alpha=.95$); Ingestão Externa ($\alpha=.79$) e Ingestão Emocional ($\alpha=.94$). Os resultados provenientes da análise fatorial da escala original e da escala desta dissertação confirmaram a robustez e validade do instrumento, sendo assim capaz, pelas características psicométricas do questionário, de estudar eficazmente o comportamento alimentar dos participantes do presente estudo (Ver anexo 4).

Brief Cope

O questionário Brief Cope é uma versão reduzida do questionário original COPE (Carver et al., 1989; Carver, 1997). O questionário Brief Cope começa com uma breve introdução onde é pedido que as pessoas respondam consoante a forma como lidam com os problemas da sua vida tendo em conta a sua frequência. Deste modo, a resposta é dada numa escala tipo *Likert* tendo quatro alternativas de resposta, de 0 (Nunca faço isto) a 3 (Faço sempre isto). Com estas alternativas de resposta, o que é avaliado é o *coping* estado. O resultado final resulta num perfil e não na soma ou nota total das escalas. Esta versão é composta por 14 escalas, sendo que as mesmas são compostas por 2 itens de resposta por escala, compondo um total de 28 itens (Carver, 1997). A versão portuguesa do questionário Brief Cope (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), tem uma consistência interna satisfatória das escalas e acompanha os padrões semelhantes da versão original. Relativamente às correlações encontradas, as mesmas apresentam magnitude semelhante à original e ainda tem a capacidade de resposta nas correlações mais elevadas, acompanhando esse aumento. A versão

reduzida, devido à variedade de estratégias de *coping* que contempla (*Coping* ativo; Planear; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte social emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Auto culpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Auto distração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias; Humor) e ao seu tamanho e tempo de resposta é um bom questionário para ser utilizado em investigação nos contextos de saúde (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

As escalas do Brief Cope, podem ainda ser organizadas em dois estilos de *coping*, sendo os mesmos o *coping* focado no problema (constituído pelas escalas religião, aceitação, planear, reinterpretação positiva, *coping* ativo, utilização de suporte instrumental, utilização de suporte emocional e humor) e o *coping* focado na emoção (constituído pelas escalas auto distração, negação, expressão de sentimentos, desinvestimento comportamental, auto culpabilização e uso de substâncias), tendo sido esta a opção realizada na presente dissertação. A pontuação destas escalas é obtida através da soma das escalas que estão associadas. As mesmas mostram ter um poder de confiabilidade elevado na versão portuguesa (α correspondente à escala do *coping* focado no problema = .85; α correspondente à escala de *coping* focado na emoção = .62) (Leite & Pinto Da Costa, 2018). No presente estudo o poder de confiabilidade é um pouco mais baixo, tendo o seguinte valor de Alfa de *Cronbach* nas subescalas: *Coping* focado no problema (α = .71); *Coping* focado na emoção (α = .46). Na presente dissertação, a subescala do *Coping* focado na emoção tem um valor de Alfa de *Cronbach* (α = .46) inferior ao recomendado para aferir a avaliação da confiabilidade e consistência interna de instrumentos de medição. No entanto, visto esta subescala ter sempre índices baixos de Alfa de *Cronbach* na versão original e portuguesa, o mesmo foi tido em conta como um indicador razoavelmente bom para aferir as medidas necessárias (Ver anexo 3).

Análise dos dados

De forma a melhor caracterizar os participantes do presente estudo, foi feita uma análise descritiva (média, desvio de padrão e frequências absolutas) nas variáveis do questionário sociodemográfico. Para identificar a confiabilidade dos testes psicológicos nos participantes presentes neste estudo foi pedido o teste de *Alfa de Cronbach* para a análise da consistência interna dos fatores nas seguintes escalas e subescalas: padrão de alimentação restritiva; padrão de alimentação externa; padrão de alimentação emocional; QAE

raiva/frustração; QAE tristeza; QAE ansiedade; escala de *coping* focado no problema; escala de *coping* focado na emoção; escala de *coping* focado na emoção.

De modo a testar o primeiro objetivo e as primeiras hipóteses, aferindo possíveis associações entre o IMC e o ESE, entre o IMC e a imagem corporal e entre o IMC e viver com familiares, foi pedido um teste de independência qui-quadrado com significância de $p \leq .05$ (que pode ser utilizado pois as variáveis estudadas foram nominais). Para compreender os resultados foi pedida a significância do teste e os resíduos ajustados permitindo identificar em que grupos existiam diferenças, ou quais os grupos responsáveis pela associação.

Para se obterem correlações entre os subgrupos dos testes de avaliação psicológicos foi pedido um coeficiente de correlação de *Spearman* (teste não paramétrico) com significância de $p \leq .05$. As variáveis analisadas foram: padrão de alimentação restritiva; padrão de alimentação externa; padrão de alimentação emocional; QAE raiva/frustração; QAE tristeza; QAE ansiedade; escala de *coping* focado no problema; escala de *coping* focado na emoção; escala de *coping* focado na emoção. As correlações pedidas foram importantes para aferir o poder estatístico entre as variáveis para o modelo de equações estruturais. Foi pedido o teste não paramétrico uma vez que foi violado o pressuposto de normalidade, previamente testado pelo teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* ($p \leq 0.001$) em mais do que uma variável.

Para testar as hipóteses de mediação em série, foi conduzida uma metodologia de mediação de múltiplas etapas, com um intervalo de confiança para efeitos indiretos (Modelo 6; Hayes, 2013). O exame dos modelos foi realizado através do modelo de equação estrutural (SEM). Especificamente, foi examinado o seguinte: (a) se o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema estavam associados aos padrões alimentares restritivos, externos e emocionais; (b) se o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema estavam associados à alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade; (c) se a alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade estavam associadas aos padrões alimentares restritivos, externa e emocional; e, (d) se existe um processo de mediação de um passo no qual o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema estavam diretamente associados aos padrões alimentares restritivos, externa e emocional através da alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade. Este procedimento foi conduzido utilizando o software AMOS (Versão 26, IBM, NY, EUA) [41] e utilizando o método da máxima probabilidade (ML). Foram adotados os seguintes critérios de ajuste dos modelos SEM: (a) um teste χ^2 , (b) o erro quadrático médio de

aproximação (RMSEA), (c) o índice de ajuste comparativo (CFI), (d) o índice de ajuste normalizado (NFI), (e) o índice de *Tucker Lewis* (TLI), e (f) o erro quadrático médio quadrático normalizado (SRMR). Foram adotados os seguintes critérios para cada ajuste do modelo: o valor qui-quadrado deve ser não significativo, CFI, TLI e NFI > 0,95, e o RMSEA e SRMR deve variar de 0,00 a 0,08. Para avaliar o significado dos caminhos indiretos, foi adotado um intervalo de confiança para o efeito indireto “ab”, utilizando os procedimentos de Preacher e Hayes (2008). Foi obtido um total de 5.000 amostras de *bootstrapped* para estimar os efeitos indiretos de cada mediador. Calculámos o enviesamento corrigido, acelerámos 95% dos intervalos de confiança (IC) para medir a significância estatística para os percursos “ab” de cada mediador e a mediação em duas etapas. Um Intervalo de Confiança que não inclui zero reflete evidência de um efeito indireto significativo ou mediação significativa. O IMC não foi incluído no modelo de equações estruturais por existirem informações dispares entre o IMC com o tipo de *Coping* e o comportamento alimentar e pelo facto do mesmo se poder basear numa perceção das pessoas acerca do seu peso e altura, pois neste estudo não foram controlados esses aspetos presencialmente. Porém, visto na literatura ser consistente a relação entre o IMC com o ESE, com a imagem corporal e com viver ou não com familiares, foi analisada a relação no presente estudo.

As análises estatísticas foram realizadas através do software *SPSS, versão 28* (*Statistical Package for the Social Sciences, USA*) e através do software *AMOS (versão 26, IBM, NY, EUA)*, tendo em conta a significância de 0.5.

Resultados

Dados sociodemográficos

Esta investigação, como anteriormente referido, contou com a participação de 219 estudantes universitários ($N=219$), dos quais a maioria eram do sexo biológico feminino (79.45%) e o restante do sexo biológico masculino (20.55%). A média de idades das pessoas do sexo biológico feminino é de 21.78 anos ($DP = 4.26$) e das pessoas do sexo biológico masculino de 22.04 ($DP = 5.28$). A nacionalidade da maioria dos participantes é de estudantes universitários portugueses (92.69%), seguindo de outras nacionalidades (7.31%), nomeadamente como brasileira, angolana, chilena, espanhola, italiana (ver tabela 1)

Tabela 1

Idade, sexo biológico e nacionalidade dos participantes

		Feminino	Masculino	Total
		N=174	N=45	N=219
Variáveis sociodemográficas				
Idade ($M \pm DP$)		21.78 $\pm$ 4.26	22.04 $\pm$ 5.28	21.91 $\pm$ 4.77
Sexo		79.45%	20.55%	100%
Nacionalidade	Portuguesa			92.69%
	Outras			7.31%

A maioria dos estudantes participantes neste estudo frequentava o ensino superior na região de Lisboa (64.38%), seguido da região Norte (31.50%), região centro (3.21%) e por fim na região do Algarve (0.91%). No momento de participação do estudo, a maioria frequentava a licenciatura (67.12%), seguido de mestrado (30.59%), doutoramento (1.83%) e por fim pós-graduação (0.46%). Relativamente à sua situação profissional, a maioria dos estudantes inquiridos apenas estudavam (72.15%) e os restantes eram trabalhadores/estudantes (27.85%). A área de formação da maioria dos estudantes versava as ciências sociais, humanas e do comportamento (59.99%), e os restantes estudantes eram de outras áreas de formação (42.01%). Destes estudantes a maioria vivia com familiares (82.20%) e os restantes com outras pessoas que não familiares, tais como amigos; companheiro/a e colegas de casa (17.20%). O ESE foi recolhido através das seguintes respostas: baixo; médio baixo; médio; médio alto; alto. Posteriormente foram agrupadas as respostas em 3 grupos de ESE: baixo; médio; alto. O ESE dos estudantes inquiridos era

maioritariamente médio (61.19%), seguido de um ESE baixo (20.73%), e, em menor percentagem o ESE alto (18.26%) (ver tabela 2).

Tabela 2

Caracterização dos participantes (região de ensino, grau académico, situação profissional, área de formação, vive com familiares e estatuto socioeconómico).

Participantes (N=219)		
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
Região Instituição de Ensino	Lisboa	64.38%
	Norte	31.50%
	Centro	3.21%
	Algarve	0.91%
Frequenta que grau de Ensino	Licenciatura	67.12%
	Mestrado	30.59%
	Doutoramento	1.83%
	Pós-graduação	0.46%
Situação profissional	Estudante	72.15%
	Trabalhador/Estudante	27.85%
Área de formação	Ciências sociais, humanas e do comportamento	59.99%
	Outras áreas de estudo	42.01%
Vive com familiares	Sim	82.20%
	Não	17.80%
Estatuto socioeconómico	Baixo	20.73%
	Médio	61.19%
	Alto	18.26%

Quando questionados sobre os hábitos de praticar atividade física, a maioria dos estudantes universitários pratica atividade física (68.04%) e os restantes não praticam (31.96%). Os estudantes que praticam atividade física fazem-no maioritariamente entre 1-2 vezes por mês (46.46%), seguido de 1-2 vezes por semana (39.60%), 3-4 vezes por semana (20.47%), 3 vezes por mês (18.11%), 5 ou mais vezes por semana (10.24%), e por fim mais do que 1 vez por dia (0.79%). Deste grupo de estudantes que praticam atividade física a maioria pratica de forma moderada (64.57%), seguido de forma intensa (28.35%), de forma leve (23.62%) e por fim de forma exaustiva (0.79%) (ver tabela 3).

Tabela 3*Caracterização de comportamentos em saúde - Atividade física (frequência e intensidade)*

		Pratica	Não pratica
		N=149	N=70
<i>Variáveis sociodemográficas</i>			
Atividade física	Pratica	68.04%	
	Não pratica		31.96%
Frequência de atividade física	1-2 vezes por mês	46.46%	
	3 vezes por mês	18.11%	
	1-2 vezes por semana	39.60%	
	3-4 vezes por semana	20.47%	
	5 ou mais vezes por semana	10.24%	
	Mais do que 1 vez por dia	0.79%	
Intensidade da atividade física	Forma leve	23.62%	
	Forma moderada	64.57%	
	Forma intensa	28.35%	
	Forma exaustiva	0.79%	

Quando questionados sobre os consumos, foi possível identificar que a maioria dos estudantes universitários não fuma (69.86%), seguido de fumadores (23.74%) e de pessoas que apenas fumam em situações sociais (6.39%). A maioria dos estudantes universitários não consome estupefacientes (88.58%), nem bebidas alcoólicas com regularidade (66.21%) (ver tabela 4).

Tabela 4*Caracterização de comportamentos em saúde - Consumos (tabaco, estupefacientes e álcool)*

		Participantes
		N = 219
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
Consumo de tabaco	Fumador	23.74%
	Não fumador	69.86%
	Fumador social	6.39%
Consumo de estupefacientes	Consome	11.42%
	Não consome	88.58%
Consumo de álcool	Consome	66.21%
	Não consome	33.79%

Quando inquiridos sobre doenças crônicas de carácter perlongado e diagnosticadas pelo médico a maioria não tem doenças crônicas diagnosticadas (80.37%), seguido por quem tem doenças crônicas físicas diagnosticadas pelo médico (11.42%), doenças crônicas psicológicas/mentais diagnosticadas pelo médico (6.85%) e por fim doenças crônicas psicológicas/mentais e físicas diagnosticadas pelo médico (1.37%). A maioria dos estudantes universitários não toma medicação diária (82.65%) A maioria dos estudantes universitários não tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (73.97%), ou por parte de nutricionistas (90.41%) (ver tabela 5).

Tabela 5

Doenças, medicação e acompanhamento especializado

		Participantes N = 219
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
Tem doença de carácter crónico diagnosticado pelo medico	Não tem doença	80.37%
	Doença psicológica/mental	6.85%
	Doença física	11.42%
	Doença psicológica/mental e física	1.37%
Toma medicação diária	Sim	17.35%
	Não	82.65%
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico	Sim	26.03%
	Não	73.97%
Acompanhamento nutricionista	Sim	9.59%
	Não	90.41%

Quando questionados sobre a influência dos outros (colegas, amigos, família, parceiro/a, etc.) na sua escolha alimentar, a maioria respondeu que têm alguma influência (36.07%), seguido de pouca influência (33.79%), nenhuma influência (24.66%) e por fim muita influência (5.48%) (ver tabela 6).

Tabela 6

Influência dos pares na escolha alimentar

	Participantes N = 219
<i>Variáveis sociodemográficas</i>	

Influência dos pares na escolha alimentar	Nenhuma influência	24.66%
	Pouca influência	33.79%
	Alguma influência	36.07%
	Muita influência	5.48%

Quando questionados sobre o que consideram acerca do seu corpo, a maioria respondeu que considera que o seu corpo é ou está no tamanho certo (44.75%), seguido de considera que o seu corpo é ou está gordo (41.10%) e por fim, considera que o seu corpo está ou é magro (14.15%). Quando questionados sobre desde quando se consideram como descreveram face ao seu peso, a maioria disse que é desde a adolescência (30.14%), seguido por desde criança (27.85%), desde que foi para a universidade (21.01%), desde o início da idade adulta (20.55%) e por fim, desde a gravidez (0.46%). Quando questionados se estão a fazer alguma dieta há mais de três meses a maioria respondeu que não (91.32%). Por último, quanto ao IMC calculado através do valor reportado de peso e altura, a maioria dos estudantes universitários do estudo apresentou um IMC de peso normal (76.26%) seguido de um IMC de pré-obesidade (23.74%) (ver tabela 7).

Tabela 7

Imagem corporal, dieta e IMC

		Participantes N = 219
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
Considerações acerca do corpo	Magro	14.15%
	No tamanho certo	44.75%
	Gordo	41.10%
Desde quando se descreve assim face ao seu peso	Desde criança	27.85%
	Desde a adolescência	30.14%
	Desde o início da idade adulta	20.55%
	Desde que foi para a universidade	21.02%
	Desde a gravidez	0.46%
Dieta há mais de 3 meses	Sim	6.68%
	Não	91.32%
IMC	Peso normal	76.26%
	Pré-obesidade	23.74%

Nestas tabelas foram inseridos dados que foram questionados, mas que não foram

analisados, servindo apenas de caracterização dos participantes. Futuros estudos podem incluir estes dados.

Compreender a relação entre o ESE, a imagem corporal, e a variável viver com ou sem familiares com o IMC

Para perceber se o IMC está associado com as variáveis “ESE”, “imagem corporal” e “viver ou não com familiares”, foi conduzido o teste de independência do qui-quadrado. Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o “ESE” e o IMC dos estudantes universitários ($p=0.108$). Contudo, a inspeção dos resíduos ajustados parece sugerir uma tendência, embora que ligeira, para que o sobrepeso e o ESE baixo estejam associados (resíduos ajustados = 1.6). (ver tabela 8).

Relativamente ao IMC e a “imagem corporal” verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p\leq 0.001$), influenciada fundamentalmente pelas frequências de IMC normal e a perceção da imagem corporal de “peso normal” (resíduos ajustados = 1,9) e pelas frequências entre o IMC de sobrepeso e a imagem corporal gorda (resíduos ajustados = 5.1). Detetou-se uma associação significativa, embora que de forma inversa entre o IMC normal e a perceção da imagem corporal gorda (resíduos ajustados = -2,9) e entre o IMC de sobrepeso e a imagem corporal de “peso normal” (resíduos ajustados = -3,4). (ver tabela 8).

Não existe associação entre viver com familiares ou viver sem familiares com o IMC ($p=0.601$), não existindo também nenhum valor dos resíduos ajustados que mostre alguma relevância. (ver tabela 8).

Tabela 8

Qui quadrado entre IMC e ESE; IMC e imagem corporal; IMC e vive com familiares

		IMC peso normal (N=167)		IMC sobrepeso (N=52)		χ^2	Df
		n	%	n	%		
Estatuto socioeconómico	Baixo	29	13.2	16	7.3	4.458 ($p=0.108$)	2
	Médio	107	48.9	27	12.3		
	Alto	31	14.2	9	4.1		
Imagem Corporal	Magro	31	14.2	0	0	58.835 ($p\leq 0.001$)**	2
	“Peso normal”	91	41.6	7	3.2		
	Gordo	45	20.5	45	20.5		

Vive com familiares	Sim	136	62.1	44	20.1	0.274 (p=0.601)	1
	Não	31	14.2	8	3.7		

0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5.

**p≤.001; *p≤.05

Aprofundar as associações entre as variáveis alimentação emocional, comportamento alimentar e estratégias de *coping*

Correlações entre as variáveis alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, coping focado na emoção e coping focado no problema:

Neste estudo foram feitas correlações com as subescalas dos instrumentos de avaliação utilizados : Questionário de Alimentação Emocional – Alimentação emocional por estados de tristeza / Alimentação emocional por estados de raiva/frustração / Alimentação emocional por estados de ansiedade; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – Padrão de alimentação externo / Padrão de alimentação emocional / Padrão de alimentação restritivo; Brief Cope – *Coping* focado na emoção; *Coping* focado no problema.

Ao nível da significância de .01, as correlações de *Spearman* mostraram estar positiva e fortemente associadas entre as seguintes subescalas: padrão de alimentação emocional e o padrão de alimentação restritiva ($\rho=0.306$; $p\leq 0.001$); padrão de alimentação emocional e o padrão de alimentação externa ($\rho=0.500$; $p\leq 0.001$). Foi encontrada a mesma significância estatística ($p=.01$) na alimentação emocional por estados de raiva/frustração e o padrão de alimentação externo ($\rho=0.362$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de raiva/frustração e o padrão de alimentação emocional ($\rho=0.581$; $p\leq 0.001$). Foi encontrada a mesma significância estatística ($p=.01$) ao nível da alimentação emocional por estados de tristeza e o padrão de alimentação externo ($\rho=0.266$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de tristeza e o padrão de alimentação emocional ($\rho=0.511$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de tristeza e a alimentação emocional por estados de raiva/frustração ($\rho=0.814$; $p\leq 0.001$). Foi encontrada a mesma significância estatística ($p=.01$) na alimentação emocional por estados de ansiedade e o padrão de alimentação externo ($\rho=0.380$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de ansiedade e o padrão de alimentação emocional ($\rho=0.527$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de ansiedade e a alimentação emocional por raiva/frustração ($\rho=0.875$; $p\leq 0.001$); alimentação emocional por estados de

ansiedade e a alimentação emocional por estados de tristeza ($\rho=0.743$; $p\leq0.001$). Foi encontrada a mesma significância estatística ($p=.01$) no *coping* focado na emoção e o padrão de alimentação emocional ($\rho=0.339$; $p\leq0.001$); *coping* focado na emoção e a alimentação emocional por estados de raiva/frustração ($\rho=0.245$; $p\leq0.001$); *coping* focado na emoção e a alimentação emocional por estados de tristeza ($\rho=0.215$; $p\leq0.001$).

Ao nível da significância de .05, as correlações de Spearman mostraram estar positivamente associadas entre as seguintes subescalas: alimentação emocional por estados de tristeza e o padrão de alimentação restritivo ($\rho=0.149$; $p=0.028$); *coping* focado na emoção e o padrão de alimentação restritivo ($\rho=0.153$; $p=0.023$); *coping* focado na emoção e o padrão de alimentação externo ($\rho=0.211$; $p=0.002$); *coping* focado na emoção e a alimentação emocional por estados de ansiedade ($\rho=0.210$; $p=0.002$); *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema ($\rho=0.049$; $p=0.470$).

Não foi verificada uma correlação estatisticamente significativa nas correlações de Spearman entre as seguintes subescalas: padrão de alimentação externa e o padrão de alimentação restritiva ($\rho=-0.069$; $p=0.307$); alimentação emocional por estados de raiva/frustração e o padrão de alimentação restritivo ($\rho=0.108$; $p=0.110$); alimentação emocional por estados de ansiedade e o padrão de alimentação restritivo ($\rho=0.062$; $p=0.364$); *coping* focado no problema e o padrão de alimentação restritivo ($\rho=0.012$; $p=0.855$); *coping* focado no problema e o padrão de alimentação externo ($\rho=0.019$; $p=0.776$); *coping* focado no problema e o padrão de alimentação emocional ($\rho=0.002$; $p=0.972$); *coping* focado no problema e a alimentação emocional por estados de raiva/frustração ($\rho=-0.028$; $p=0.678$); *coping* focado no problema e a alimentação emocional por estados de tristeza ($\rho=0.042$; $p=0.534$); *coping* focado no problema e a alimentação emocional por estados de ansiedade ($\rho=0.007$; $p=0.922$) (ver tabela 9 e tabela 10).

Tabela 9

Correlação de Spearman entre as subescalas dos instrumentos de avaliação: Questionário de Alimentação Emocional (Alimentação emocional por estados de tristeza / Alimentação emocional por estados de raiva/frustração / Alimentação emocional por estados de ansiedade), Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (Padrão de alimentação externo / Padrão de alimentação emocional / Padrão de alimentação restritivo) e Brief Cope (Coping focado na emoção; Coping focado no problema).

Dimensões	P.A.R	P.A.EX	P.A.E	AE.R/F	AE.T	AE.A	C.F.P	C.F.E
-----------	-------	--------	-------	--------	------	------	-------	-------

P.A.R	--							
P.A.EX	-.069	--						
P.A.E	.306**	.500**	--					
AE.R/F	.108	.362**	.581**	--				
AE.T	.149*	.266**	.511**	.814**	--			
AE.A	.062	.380**	.527**	.875**	.743**	--		
C.F.P	.012	.019	.002	-.028	.042	.007	--	
C.F.E	.153*	.211**	.339**	.245**	.215**	.210**	.049	--

Nota: ** Correlação significativa ao nível 0.01 (2 extremidades);

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2 extremidades);

P.A.R – Padrão de alimentação restritiva; P.A.EX – Padrão de alimentação externa; P.A.E – Padrão de alimentação emocional; AE.R/F – Alimentação emocional por estados de raiva/frustração; AE.T – Padrão emocional por tristeza; AE.A – Padrão emocional por ansiedade; C.F.P – *Coping* focado no problema; C.F.E – *Coping* focado na emoção

Foi realizada estatística descritiva (Tabela 10) para perceber os valores da média e desvio de padrão dos participantes nas escalas, tendo em conta as variáveis dos testes de avaliação. Pode perceber-se que os participantes pontuam de forma semelhante nas escalas de padrão alimentar restritivo, padrão alimentar externo e padrão alimentar emocional. Existe mais participantes a reportar uma alimentação emocional por estados de raiva/frustração e por estados de ansiedade do que por estados de tristeza. Existem mais participantes com um coping focado no problema do que com um coping focado na emoção.

Tabela 10

Pontuações da média e desvio de padrão dos participantes nas subescalas dos instrumentos de avaliação: Questionário de Alimentação Emocional – Alimentação emocional por estados de tristeza / Alimentação emocional por estados de raiva/frustração / Alimentação emocional por estados de ansiedade; Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – Padrão de alimentação externo / Padrão de alimentação emocional / Padrão de alimentação restritivo; Brief Cope – Coping focado na emoção; Coping focado no problema

219 participantes	χ^2	DP
P.A.R	2.06	0.91
P.A.EX	2.84	0.62
P.A.E	2.32	0.88
AE.R/F	27.16	13.08
AE.T	13.03	5.62
AE.A	23.60	10.33
C.F.P	25.48	7.09

Nota: P.A.R – Padrão de alimentação restritiva; P.A.EX – Padrão de alimentação externa; P.A.E – Padrão de alimentação emocional; AE.R/F – Alimentação emocional por estados de raiva/frustração; AE.T – Padrão emocional por tristeza; AE.A – Padrão emocional por ansiedade; C.F.P – *Coping* focado no problema; C.F.E – *Coping* focado na emoção

Perceber a relação existente entre as estratégias de coping e o comportamento alimentar, analisando o papel da alimentação emocional como mediador desta associação

Análise da mediação em série:

Devido à associação não significativa entre o *coping* focado nas emoções e o *coping* focado nos problemas com padrões alimentares restritivos, a análise foi realizada apenas nos padrões alimentares externos e emocionais. A existência de relações diretas significativas entre a o *coping* focado nas emoções e o *coping* focado nos problemas, e os padrões alimentares externos e emocionais foi confirmada em primeiro lugar. Este modelo enquadra-se bem nos dados observados ($\chi^2(1) = 3,46, p = .06$; $NFI = .95$; $CFI = .99$; $TLI = .98$; $RMSEA = .04$; $SMSR = .04$). O *coping* focado na emoção foi significativamente associado a níveis de ambos os padrões alimentares externos ($b = .17, p = .91, 95\% CI, -.82, .74$) e padrões alimentares emocionais ($b = .32, p = .91, 95\% CI, -.82, .74$). Assim, os níveis mais elevados de *coping* focado nas emoções foram significativamente associados a níveis mais elevados de padrões alimentares externos e emocionais. Contudo, o *coping* focado no problema não estava significativamente associada a níveis de padrões alimentares externos ($b = .03, p = .69, 95\% CI, -.09, .15$) e padrões alimentares emocionais ($b = -.02, p = .72, 95\% CI, -.18, .14$).

Posteriormente, foi estruturado um modelo em que o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção apresentavam caminhos diretos para a alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, tristeza, e ansiedade. O modelo enquadra-se bem nos dados observados ($\chi^2(4) = 6,76, p = .15$; $NFI = .99$; $CFI = 1,0$; $TLI = .99$; $RMSEA = .06$; $SMSR = .04$). Os caminhos diretos entre o *coping* focado na emoção para a alimentação emocional em resposta à raiva/frustração ($b = .68, p < .01, 95\% CI, .28, 1.08$), tristeza ($b = .26, p < .01, 95\% CI, .09, .43$), e ansiedade ($b = .48, p < .01, 95\% CI, .16, .80$) foram todos significativos. Assim, os níveis mais elevados de *coping* focado na emoção foram significativamente associados a níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, tristeza, e ansiedade. Os caminhos diretos entre o *coping* focado no problema e a alimentação

emocional em resposta à raiva/frustração ($b = -.06$, $p = .60$, 95% CI , $-.30$, $.18$), tristeza ($b = .02$, $p = .64$, 95% CI , $-.08$, $.12$), e ansiedade ($b = .01$, $p = .97$, 95% CI , $-.18$, $.20$) não foram todos significativos.

De seguida, examinou-se se a alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, tristeza, e ansiedade tinha caminhos diretos para padrões alimentares externos e emocionais. O modelo enquadra-se bem nos dados observados ($\chi^2(1) = .47$, $p = .47$; $NFI = 1.0$; $CFI = 1.0$; $TLI = 1.0$; $RMSEA = 0.0$; $SMSR = .01$). Os caminhos diretos da alimentação emocional em resposta aos padrões alimentares emocionais por raiva/frustração ($b = .31$, $p < .05$, 95% CI , $.29$, $.33$) foram significativos, mas os caminhos diretos aos padrões alimentares externos ($b = .01$, $p = .68$, 95% CI , $-.01$, $.03$) não foram significativos. As vias diretas da alimentação emocional em resposta aos padrões alimentares emocionais por tristeza aos padrões alimentares emocionais ($b = .02$, $p = .16$, 95% CI , $-.01$, $.05$) e aos padrões alimentares externos ($b = -.01$, $p = .43$, 95% CI , $-.03$, $.01$) não eram significativas. Os caminhos diretos da alimentação emocional em resposta à ansiedade aos padrões alimentares externos ($b = .32$, $p < .05$, 95% CI , $.30$, $.34$) foram significativos, mas os caminhos diretos aos padrões alimentares emocionais ($b = .01$, $p = .43$, 95% CI , $-.01$, $.03$) não foram significativos. Assim, níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à raiva/frustração foram associados a níveis mais elevados de padrões de alimentação emocional, e níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à ansiedade foram associados a níveis mais elevados de padrões de alimentação externa.

Finalmente, foi especificado um modelo em que o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção tinham caminhos diretos para os padrões alimentares externos e emocionais, e caminhos indiretos de um passo através da alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, tristeza, e ansiedade. Os coeficientes não padronizados e as soluções *bootstrap* são apresentados na tabela 10, e os resultados não padronizados são apresentados na Figura 1. Os dados observados encaixam bem no modelo mediacional ($\chi^2(1) = 3,71$, $p = .30$; $NFI = 1,0$; $CFI = 1,0$; $TLI = 1,0$; $RMSEA = ,03$; $SMSR = ,03$). O caminho direto do *coping* focado na emoção para padrões alimentares emocionais manteve-se significativo quando o modelo incluía todos os mediadores. Especificamente, os resultados dos efeitos indiretos indicaram que o *coping* focado na emoção estava significativamente associado a níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à ansiedade, que por sua vez estava associada a níveis mais elevados de padrões de alimentação externa. Além disso, os resultados dos efeitos indiretos indicaram que o *coping* focado na emoção estava significativamente associado a

níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, a qual por sua vez estava associada a níveis mais elevados de padrões de alimentação emocional (ver tabela 11).

Tabela 11 – *Modelo de equações estruturais entre as variáveis alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, coping focado na emoção e coping focado no problema.*

Ponto Bootstrapped estimado para efeitos diretos e indiretos com um grau de intervalo de confiança de 95% para prever o padrão de alimentação emocional pelo coping focado no problema e coping focado na emoção através da alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, tristeza e ansiedade

	Ponto estimado	SE	BCa 95% CI (baixo, alto)
Padrão de alimentação externa			
Efeito direto no <i>coping</i> focado na emoção	.03	.05	(-.07, .13)
Efeito direto no <i>coping</i> focado no problema	.01	.02	(-.02, .04)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à raiva/frustração	.01	.02	(.00, .02)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à tristeza	-.01	.02	(-.05, .03)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à ansiedade	.48	.16	(.16, .80)***
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à raiva/frustração	-.06	.12	(-.30, .18)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à tristeza	.02	.05	(-.08, .12)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à ansiedade	.01	.10	(-.18, .20)
Padrão de alimentação emocional			
Efeito direto no <i>coping</i> focado na emoção	.21	.01	(.19, .21)***
Efeito direto no <i>coping</i> focado no problema	-.01	.04	(-.06, .08)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à raiva/frustração	.68	.20	(.28, 1.08)***
Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à tristeza	.02	.02	(-.01, .05)

Efeito indireto do <i>coping</i> focado na emoção através de uma alimentação emocional em resposta à ansiedade	.01	.06	(-.10, .12)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à raiva/frustração	.02	.05	(-.07, .11)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à tristeza	.01	.03	(-.06, .08)
Efeito indireto do <i>coping</i> focado no problema através de uma alimentação emocional em resposta à ansiedade	.01	.04	(-.07, .09)

Nota.BCa = *bias* corrigidas e aceleradas; CI = Intervalo de confiança; Intervalo de confiança que não inclui 0 (associação nula) são significantes. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Após omitir caminhos não significativos (e.g., *coping* focado no problema → padrões de alimentação emocional; *coping* focado no problema → padrões de alimentação externa; *coping* focado na emoção → padrões de alimentação externa; *coping* focado no problema → alimentação emocional em resposta à raiva/frustração; *coping* focado no problema → alimentação emocional em resposta à tristeza; *coping* focado no problema → ansiedade; alimentação emocional em resposta à raiva/frustração → padrões alimentares externos; alimentação emocional em resposta à tristeza → padrões alimentares externos; alimentação emocional em resposta à tristeza → padrões alimentares emocionais; alimentação emocional em resposta à ansiedade → padrões alimentares emocionais) o nosso modelo final encaixa-se bem nos dados observados ($\chi^2(8) = 6.06$, $p = .64$; $NFI = .99$; $CFI = 1.00$; $TLI = 1.00$; $RMSEA = 0.0$; $SMSR = .03$). Os resultados não padronizados deste modelo são apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Modelo de mediação entre as subescalas dos instrumentos de avaliação: alimentação emocional por estados de tristeza, alimentação emocional por estados de raiva/frustração, alimentação emocional por estados de ansiedade, padrão de alimentação externo, padrão de alimentação emocional, padrão de alimentação restritivo, *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema.

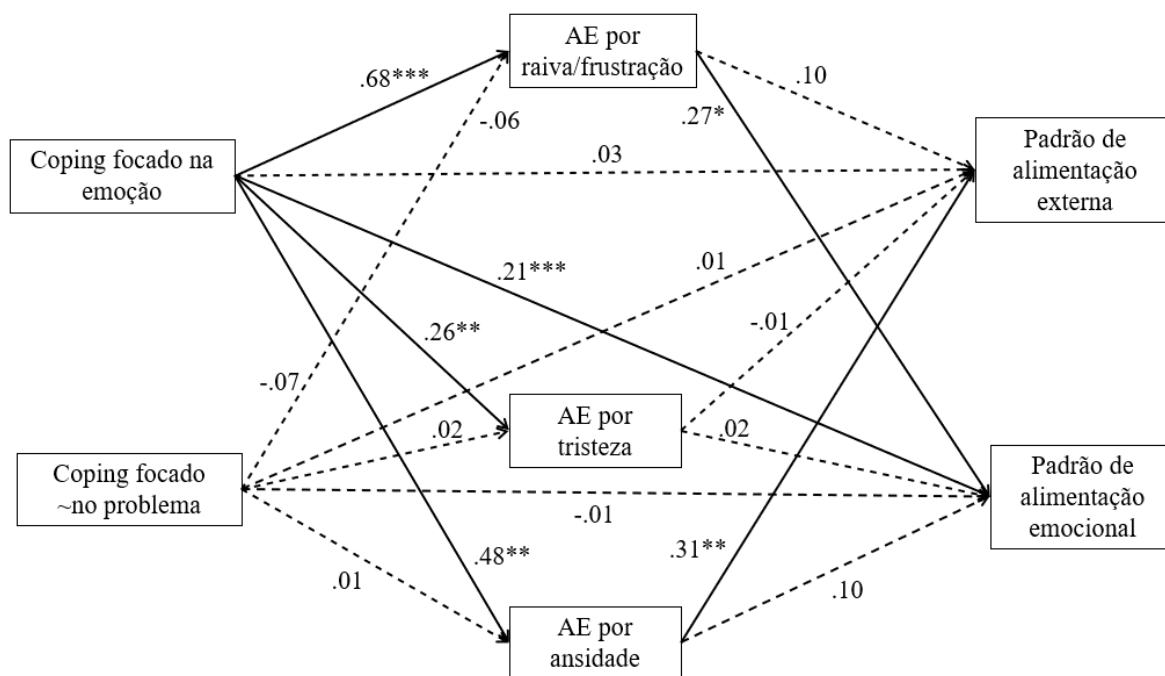


Figura 1. Modelo de mediação integrado em série para padrão de alimentação externa e padrão de alimentação emocional através da alimentação emocional. Retângulos indicam as variáveis medidas. As setas unidirecionais retratam ligações direcionais hipotéticas. São utilizados parâmetros padronizados de máxima verosimilhança. As estimativas de linhas carregadas são estatisticamente significativas e as linhas tracejadas são insignificantes. $N=219$; AE= Alimentação emocional. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discussão

Discussão dos resultados

Os hábitos alimentares têm uma influência substancial na saúde. Em Portugal, a prevalência de adultos com excesso de peso é superior a mais de metade da população, o que levanta preocupações de saúde (Ministério da Saúde, 2018), sendo ainda reportado pelo IAN-AF que 24.4% da população portuguesa apresenta um consumo de açúcares livres superior ao recomendado pela OMS. Hábitos alimentares não apropriados são fatores considerados de risco elevado para a obesidade e para o surgimento de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT's) (WHO, 2014). A OMS tem vindo a alertar para a importância, de se ter um trabalho preventivo na área da saúde, dificultando o acesso das pessoas a alimentos de má qualidade nutricional (PNPAS, 2016). Em Portugal, tem se tornado notório o aumento de

proporção de pessoas com registos de pré-obesidade e obesidade nos cuidados de saúde primários. Diversos estudos têm indicado que os estudantes universitários têm inúmeros comportamentos de risco para o desenvolvimento de pré-obesidade e DCNT's (Racette et al., 2005; Sira & Pawlak, 2010), sendo assim importante detetar numa fase precoce os hábitos alimentares e os estilos de vida menos saudáveis, podendo, deste modo, prevenir o surgimento de DCNT's (McTigue et al., 2002; Racette et al., 2005).

Tendo em conta estas informações, o presente estudo visou explorar de que forma é que o ESE, viver com ou sem familiares e a imagem corporal se relacionam com o IMC dos estudantes universitários. Foi ainda aprofundado de que forma é que as estratégias de coping inerentes a cada indivíduo se podem relacionar com os diferentes padrões alimentares e com a alimentação emocional e se a alimentação emocional é um mediador da relação entre as estratégias de coping e o comportamento alimentar. Duzentos e dezanove estudantes universitários preencheram o questionário, o que permitiu compreender com uma maior profundidade os dados obtidos relativamente a esta temática. Desta forma, foi possível explorar os diferentes hábitos e estilos de vida, estratégias de coping e alimentação emocional e perceber o impacto dos mesmos no comportamento alimentar.

O **primeiro objetivo** do presente estudo foi de compreender a relação entre o ESE, a imagem corporal, e a variável viver com ou sem familiares com o IMC. Para tal, três hipóteses com base na revisão da literatura foram levantadas: H1: Estudantes universitários que vivem com outros que não familiares, têm um IMC mais elevado; H2: Estudantes universitários com um ESE baixo têm níveis de IMC mais elevados; H3: Estudantes universitários com um IMC de pré-obesidade têm uma imagem corporal mais negativa. Os resultados da presente dissertação confirmaram a segunda e terceira hipótese do estudo e refutaram a primeira.

A primeira hipótese do estudo foi refutada, visto não ter sido significativo do ponto de vista estatístico, a relação entre viver sem familiares e o IMC ser mais elevado. Estudos recentes levantaram evidências que demonstram que os estudantes universitários que vivem sem familiares, têm hábitos alimentares menos saudáveis. Estes hábitos passam por o aumento do consumo de comida *fast-food*, uma redução do consumo de peixe e legumes e uma tomada de decisões menos interessantes a nível nutricional (Bárbara & Ferreira-Pêgo, 2020), resultando num aumento de peso (Girz et al., 2013; Kapinos et al., 2014 Levitsky et al., 2014; Nelson et al., 2008). Na presente dissertação tal não foi evidenciado. Um dos motivos pode estar inerente ao facto dos estudantes universitários poderem saber cozinhar,

têm hábitos alimentares mais saudáveis (Engler-Stringer, 2010; Hartmann et al., 2013; Reicks et al., 2014), procurarem alimentos nutricionalmente melhores, terem um maior conhecimento alimentar e consciência na escolha de alimentos (Bernardo, 2017; Reicks et al., 2014).

Outra justificação pode ser levantada por estudos que demonstram que durante os confinamentos da pandemia COVID-19, os hábitos e estilos de vida populacionais sofreram alterações. Foi demonstrado que existiu um aumento no consumo de vegetais, frutas, legumes e peixe, levando a uma escolha de alimentos nutricionalmente mais saudáveis (Celorio-Sardà et al., 2021; Dragun et al., 2020; Ruiz-Roso et al., 2020), sobretudo em pessoas com dietas mediterrânicas (Dragun et al., 2020), como é o caso da alimentação típica de Portugal. Visto as pessoas passarem muito mais tempo em casa, passaram a ter interesse em aprender novas receitas e a cozinhar de forma mais saudável (López-Moreno et al., 2020), e existiu de facto, uma percentagem considerável de pessoas a relatar perda de peso (Dragun et al., 2020).

Ainda, pessoas que geralmente eram menos ativas, tiveram um aumento na atividade física durante o confinamento (Pérez-Rodrigo et al., 2021), que pode ter sido fruto de movimentos sociais nas plataformas online, onde, por exemplo, *personal trainers* realizavam treinos gratuitos para as pessoas se manterem ativas durante o confinamento, e no final compartilhavam nas redes sociais o sucesso dos treinos, motivando mais indivíduos a aderir aos mesmos (Parker et al., 2021). As evidências demonstram que os utilizadores de redes sociais obtiveram benefícios para a saúde e bem-estar durante os confinamentos (Goodyear et al., 2021). Muitas pessoas mantiveram os hábitos saudáveis que aprenderam nos confinamentos provocados pela pandemia COVID-19, principalmente jovens adultos (Pérez-Rodrigo et al., 2021).

Para além disso, as redes sociais têm ajudado os profissionais de nutrição e dietética a alcançar cada vez mais pessoas e a abrirem novos caminhos para a comunicação de informações alimentares e nutricionais. As redes sociais têm sido uma ferramenta eficaz para um aconselhamento nutricional, educação nutricional, apoio e campanhas de saúde pública. Cada vez mais os profissionais de nutrição e dietética, usam as redes sociais para interagir com pessoas, promover produtos e serviços e construir um negócio, tendo um grande alcance principalmente juntos dos jovens, promovendo hábitos e estilos de vida mais saudáveis (Helm & Jones, 2016).

A segunda hipótese do estudo, tem em consideração o ESE e o IMC. É esperado que estudantes universitários com um ESE baixo tenham índices de IMC mais elevados, o que vai

de encontro com a tendência existente nos participantes do presente estudo, tendo sido confirmada a hipótese. É estudado que as famílias ou indivíduos que têm um ESE baixo, têm também um IMC mais elevado (Ogden et al., 2018; Wang & Lim, 2012), o que pode ter origem no maior consumo de comida fast-food, numa maior ingestão de calorias e num desencorajamento da prática de atividade física (Singh et al., 2010; Zick et al., 2009) e ainda a menos quantidades de refeições que contemplem frutas e vegetais (Teixeira & Silva, 2009). Além do mais, as intervenções de saúde são inferiores em populações com um ESE mais baixo (Bonaccio et al., 2017) e o acesso a clubes desportivos ou ginásios é também menor (Volaco et al., 2018), o que dificulta a manutenção de um IMC de peso normal (Direção Geral da Saúde, 2019).

Foi colocado como terceira hipótese que os estudantes universitários com um IMC de pré-obesidade têm uma imagem corporal mais negativa, e tal foi confirmado, o que vai de encontro às evidências científicas. É reportado que uma imagem corporal negativa é repetidamente documentada em pessoas com um IMC mais elevado (Maukonen et al., 2018), acompanhada de insatisfações corporais e desejos de obter um corpo mais magro e tonificado (Chao, 2015; Silva et al., 2019). Apesar de também ser aferido que pessoas com um IMC de pré-obesidade ou obesidade demonstram uma avaliação positiva no que ao corpo diz respeito (Duncan et al., 2011; Gregory et al., 2008; Kuk et al., 2009), o que levanta problemas por terem uma imagem distorcida entre o IMC e a imagem corporal real (Duncan et al., 2011), estudos recentes demonstram uma tendência para a maioria das pessoas com um IMC mais elevado estimar corretamente o seu peso em relação à imagem corporal que reportam (Godoy-Izquierdo et al., 2020; Puja et al., 2020).

O **segundo objetivo** do presente estudo foi aprofundar as associações entre as variáveis, alimentação emocional, comportamento alimentar e estratégias de *coping*. Para tal, foram levantadas cinco hipóteses com base na revisão da literatura: H4: Níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional; H5: Níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de padrões alimentares restritivos, externa e emocional; H6: Níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade; H7: Níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade; H8: Níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e

ansiedade estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional. Foi excluído, por não ser significativo, o padrão alimentar restritivo e o padrão de alimentação por estados de tristeza. As hipóteses apresentaram todas significâncias estatísticas tirando nestas duas variáveis referidas.

Relativamente à quarta hipótese, na presente dissertação as estratégias de *coping* focadas na emoção, obtiveram associações com níveis mais elevados de padrão de alimentação externo e padrão de alimentação emocional, mas não com o padrão de alimentação restritivo. Segundo a revisão de literatura estratégias de *coping* focadas na emoção estão relacionadas com o padrão de alimentação emocional, visto existir uma correlação entre utilizar alimentos para superar a angústia psicológica ou eventos sociais em pessoas com um *coping* focado na emoção (Boggiano, 2015; Carels et al., 2018; Himmelstein et al., 2018; Palmeira et al., 2017; Papadopoulos & Brennan, 2015; Puhl & Himmelstein., 2018; Rand et al., 2017 Boggiano, 2015).

O *coping* focado na emoção, também aparece correlacionado com o padrão de alimentação externo, visto existir um consumo de alimentos de forma excessiva, como uma estratégia utilizada para lidar com experiências sociais com outros indivíduos que acabam por ter um efeito negativo por serem consideradas como algo que ultrapassa os limites ou recursos da pessoa (Papadopoulos & Brennan, 2015; Olvera et al., 2013; Zeeck et al., 2011).

A falta de apoio percebido com pessoas com um padrão de alimentação emocional e pessoas com um padrão de alimentação restritivo pode estar na origem do desenvolvimento de estratégias de *coping* focadas na emoção, que são mais passivas, não promovendo comportamentos adaptativos e de mudança do problema (Elfhag & Rössner S 2005; Himmelstein et al., 2018; Li & Rukavina, 2009).

Segundo a literatura, o padrão de alimentação restritivo parece estar relacionado com o *coping* focado na emoção, visto existir uma tendência de restringir o consumo, acabando por ter episódios de descontrolo quando existem emoções disfóricas que ultrapassem os recursos das pessoas (Boggiano et al., 2017; Puhl & Himmelstein, 2018; Rand et al., 2017). Noutro estudo, foram encontradas evidências que reportam existir um padrão de alimentação restritivo quando existe um *coping* focado no problema, visto existirem tentativas de adoção de comportamentos relacionados com a alimentação e a saúde de forma proativa (Herren et al., 2021).

O facto de o padrão de alimentação restritivo não ter sido significativo no presente estudo aquando correlacionado com o *coping* focado na emoção pode-se prender ao facto de existir uma maior proatividade e estratégias mais adaptativas para lidar com os problemas, remetendo para o *coping* focado no problema (Herren et al., 2021). Estudos sugerem ainda que o padrão de alimentação restritivo pode surgir apenas como uma consequência da utilização do padrão de alimentação emocional e externo, e que pode ter sinais muito subtils no início, sendo difícil de detetar em fases precoces (Boggiano et al., 2017; Puhl & Himmelstein, 2018; Rand et al., 2017).

Relativamente à quinta hipótese, parece, não existir correlação com o *coping* focado no problema em nenhum padrão de alimentação na presente dissertação, o que era esperado, pois segundo a literatura, muito poucos estudos encontram correlações entre os padrões de alimentação e as estratégias de *coping* focadas no problema, sugerindo assim que as estratégias de *coping* focadas na emoção têm um maior impacto nos comportamentos do ponto de vista alimentar e que os profissionais de saúde se devem focar então no *coping* focado na emoção como estratégia de atuação para diminuir o impacto negativo na saúde dos indivíduos (Himmelstein et al., 2018; Olvera et al., 2013).

De acordo com a sexta hipótese, foram encontrados estudos que correlacionam o coping focado na emoção com a alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade (Litwin et al., 2016; Raspopow et al., 2013), como uma forma de regulação de emoções (Goldschmidt et al., 2016). É referido ainda que existem associações fortes entre o coping focado na emoção e a alimentação emocional por estados de tristeza, onde existe a expectativa de que comer irá reduzir as emoções disfóricas (Stice et al., 2002). Porém, no presente estudo, apesar de existir uma associação entre o coping focado na emoção com a alimentação emocional por estados de raiva/frustração e por ansiedade, a associação não está presente com a alimentação emocional por estados de tristeza.

No DSM-V, é referido que em casos de depressão ou sentimentos de tristeza prolongados pode existir uma mudança no apetite no sentido do seu aumento ou diminuição, sendo que algumas pessoas têm que se esforçar a ingerir comida, enquanto outras têm mais desejos e anseiam comer mais alimentos específicos, com particular enfoque em doces ou hidratos de carbono (DSM-V, 2013).

Porém, foi encontrado num estudo recente, que os sentimentos de tristeza levam a reduções de apetite entre os jovens adultos (Garnow et al., 2021). Outro estudo correlaciona os sentimentos de tristeza e a perda de apetite quando existem doenças somáticas, sendo uma

ponte para perturbações depressivas e para o desenvolvimento de doenças específicas (Triolo et al., 2021).

Como a presente dissertação se foca em estudantes universitários e a média das idades é de aproximadamente 22 anos em ambos os sexos biológicos, o fator de serem jovens adultos pode justificar a falta de apetite em situações de sentimentos de tristeza, e desta forma, as estratégias de coping emocionais não estarem associado à alimentação emocional por estados de tristeza (Garnow et al., 2021; Triolo et al., 2021).

Relativamente à sétima hipótese, até à data nenhum estudo contempla associações entre o *coping* focado no problema e a alimentação emocional nos seus três subtipos, e por isso, era expectável que não existissem associação significativas, ou que existissem associações muito fracas entre estas variáveis.

Para a oitava hipótese, foram encontrados estudos que relacionam o comportamento alimentar por padrão de alimentação externo, por padrão de alimentação emocional e por padrão de alimentação restritivo com a alimentação emocional (Torres et al. 2011; Ricca et al., 2012). Foi verificado, que existe uma relação entre o padrão de alimentação restritivo, com a alimentação emocional por estados de ansiedade, principalmente em pessoas com um IMC de pré-obesidade e obesidade (Rotella et al., 2015) e que em muitos casos vai ter uma relação futura com perturbações alimentares como por exemplo a bulimia (Rotella et al., 2018). Esta relação é observada maioritariamente num quadro onde já exista ou estejam quase a ser preenchidos todos os critérios de uma perturbação alimentar (Fassino et al., 2002), o que pode ser um motivo para a qual não apresentar associações na presente dissertação.

O padrão de alimentação externo parece estar relacionado com a alimentação emocional por estados de ansiedade, visto ser comum, pessoas ativadas fisiologicamente em episódios de ansiedade, terem um menor controlo de impulsos (Yu et al., 2021; Watson et al., 2008), ou uma maior necessidade de procurar alimentos que possam servir de fuga ou evitamento desse estado tão ativo de nervosismo interior (Van-Strien & Ouwens, 2007; Van-Strien et al., 2009). Esta associação foi encontrada na presente dissertação.

Por fim, o padrão de alimentação emocional, parece estar relacionada com a alimentação emocional por estados de raiva/tristeza, visto interligar os fatores de ingestão de alimentos de forma excessiva aquando se deparam com sentimentos de raiva (Goldschmidt et al., 2014; Watson et al., 2008). Esta associação também foi contemplada na presente dissertação.

Ainda, há estudos que relacionam ao padrão de alimentação emocional a alimentação emocional por estados de tristeza, visto a pessoa ter tendência em se alimentar de forma excessiva quando ocorrem sentimentos de impotência, desânimo, culpa, fracasso e ruminação (Watson et al., 2008). Porém, nesta dissertação não existiu associações entre nenhum padrão de alimentação com a alimentação emocional por estados de tristeza, o que poderá ser justificado também, pelo facto de ter sido descoberto em estudos recentes que jovens adultos tem uma maior falta de apetite em situações de sentimentos de tristeza, não existindo assim associações à alimentação emocional por estados de tristeza (Garnow et al., 2021; Triolo et al., 2021).

Visto a presente discussão ter excluído e justificado a exclusão das associações das variáveis da alimentação emocional por estados de tristeza e do padrão de alimentação restritivo, os mesmos não irão ser contemplados na discussão conjunta das variáveis.

O **terceiro e último objetivo** da presente dissertação é o de perceber a relação existente entre as estratégias de *coping* e o comportamento alimentar, analisando o papel da alimentação emocional como mediador desta associação. Para tal, foram levantadas duas hipóteses com base na revisão de literatura: H9: Os modelos de mediação múltipla em série indicarão que níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que por sua vez estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares restritivos, externa e emocional; H10: Os modelos de mediação múltipla em série indicarão que níveis mais elevados de *coping* focado no problema estão associados a níveis mais reduzidos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que por sua vez estão associados a níveis mais reduzidos de padrões alimentares restritivos, externa e emocional. As hipóteses apresentaram significância estatística, sendo confirmadas, tirando nas duas variáveis referidas acima (alimentação emocional por estados de tristeza e do padrão de alimentação restritivo).

Relativamente à nona hipótese, foi encontrado que o *coping* focado na emoção estava significativamente associado a níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à ansiedade, que por sua vez, estava associada a níveis mais elevados de padrões de alimentação externa. Como foi revisto, a resposta aos acontecimentos stressantes acaba por ter um efeito negativo, estando associado ao *coping* focado na emoção (Papadopoulos & Brennan, 2015).

É referido por autores, que o *coping* focado na emoção parece estar relacionado com a alimentação emocional nas suas três subescalas – raiva/frustração; ansiedade; tristeza (Litwin et al., 2016; Raspopow et al., 2013), como uma forma de regulação de emoções (Goldschmidt et al., 2016). Porém, até à data do presente estudo, e apesar de ser global a ideia de que um *coping* focado na emoção levanta questões ao nível das três subescalas da alimentação emocional, nenhum estudo foi específico a determinar com exatidão individualmente cada escala, sendo este um ponto inovador na presente dissertação.

Sabe-se que existe relação entre o *coping* focado na emoção e o padrão de alimentação externa. A aparência ou o cheiro de alimentos pode desencadear episódios e consumo alimentar, ao qual se dá o nome de padrão de alimentação externa, em pessoas com um coping focado na emoção (Papadopoulos & Brennan, 2015). Existem estudos que indicam ainda que o *coping* focado na emoção está altamente correlacionado com o padrão de alimentação externa, visto promover o consumo de alimentos de forma excessiva como estratégia ao efeito negativo de experiências de provocação de outros (Olvera et al., 2013; Zeeck et al., 2011).

Existe ainda relação entre alimentação emocional por estados de ansiedade e o padrão de alimentação externa. Conseguir resistir aos impulsos olfativos e visuais é uma tarefa complicada para pessoas com a alimentação emocional por estados de ansiedade, visto ser comum, pessoas ativadas fisiologicamente em episódios de ansiedade, instabilidade, ciúmes, nervosismo, culpa e preocupação, terem um menor controlo de impulsos (Yu et al., 2021; Watson et al., 2008), ou uma maior necessidade de procurar alimentos que possam servir de fuga ou evitamento desses estado tão ativo de nervosismo interior (Van-Strien & Ouwens, 2007), ao que se dá o nome de padrão de alimentação externa.

Além desta associação, foi encontrado que o *coping* focado na emoção estava significativamente associado a níveis mais elevados de alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, a qual por sua vez estava associada a níveis mais elevados de padrões de alimentação emocional.

Sabe-se que existe relação entre o *coping* focado na emoção e o padrão de alimentação emocional. Por exemplo, pessoas com um padrão de alimentação emocional, usam os alimentos como uma estratégia de superar a angústia psicológica (Carels et al., 2018; Papadopoulos & Brennan, 2015; Puhl & Himmelstein, 2018; Rand et al., 2017) ou eventos sociais angustiantes (Boggiano, 2015) como forma de *coping* emocional. Pesquisas anteriores

sugerem que as pessoas que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção acabam por ter um padrão de alimentação emocional e consequentemente um IMC mais elevado (Himmelstein et al., 2018; Puhl & Himmelstein, 2018; Young & Limbers, 2017), visto muitas vezes tenderem a ter estratégias de regulação secundárias das emoções (Folkman & Lazarus, 1984), incluindo comportamentos saudáveis (por exemplo, atividade física) como pouco saudáveis (por exemplo, comer alimentos pouco saudáveis ou comer alimentos em excesso) (Fernandes et al., 2018).

Existe ainda relação entre alimentação emocional em resposta à raiva/frustração, com padrões de alimentação emocional. O padrão de alimentação emocional, parece estar relacionada com a alimentação emocional por estados de raiva/frustração, visto interligar os fatores de ingestão de alimentos de forma excessiva aquando se deparam com sentimentos de raiva, frustração, rebeldia, agitação, estar chateado ou zangado (Goldschmidt et al., 2014; Watson et al., 2008). Parece ser comum as pessoas se depararem com sentimentos de raiva/frustração terem um aumento no apetite como resposta à angústia e emoções disfóricas (Clum et al., 2014; Goldschmidt et al., 2014; Kontinen et al., 2010).

Por fim, relativamente à décima hipótese, como era de esperar, pessoas com um *coping* focado no problema têm níveis mais reduzidos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que por sua vez estão associados a níveis mais reduzidos de padrões alimentares restritivos, externa e emocional. Até à data nenhum estudo contempla associações entre o *coping* focado no problema e a alimentação emocional nos seus três subtipos, e por isso, era expectável que não existisse associação, ou que existissem associações muito fracas entre estas variáveis. A falta de apoio social percebida pelas pessoas com os diferentes padrões alimentares faz com que desenvolvam estratégias evitantes ou passivas (Himmelstein et al., 2018), sendo comum terem estratégias de *coping* mais passivas, tendo um *coping* mais focado na emoção, ao invés de estratégias de *coping* mais pró-ativas como é o caso do *coping* focado no problema (Elfhag & Rössner, 2005; Himmelstein et al., 2018; Li & Rukavina, 2009).

Poucos estudos encontram correlações entre os padrões de alimentação e as estratégias de *coping* focadas no problema, sugerindo assim que as estratégias de *coping* focadas na emoção têm um maior impacto nos comportamentos do ponto de vista alimentar e que os profissionais de saúde se devem focar então no *coping* focado na emoção como estratégia de atuação para diminuir o impacto negativo na saúde dos indivíduos (Himmelstein et al., 2018; Olvera et al., 2013).

Forças, limitações e sugestões de investigações futuras

Este estudo é pertinente pois foi realizado numa população que pode ser mais vulnerável e ter maior risco de desenvolver DCNT's. Acresce-se o facto que é uma população que vive em constantes adaptações e se encontra numa fase de consolidação de hábitos cruciais para o futuro, em termos da saúde física e psicológica. Devido à escassa literatura que correlacione as estratégias de *coping* com as três subescalas da alimentação emocional, uma outra força da presente investigação, foi ter estudado a relação entre todas estas variáveis. Desta forma, o presente estudo apresenta um carácter pertinente e inovador, tendo sido encontrados resultados que permitem uma maior compreensão sobre as variáveis anteriormente referidas. Contudo, mais estudos precisam ser feitos no futuro para robustecer os dados agora obtidos.

Algumas limitações no presente estudo devem ser tidas em conta quando analisados os resultados. A presente dissertação foi exclusivamente realizada com estudantes universitários, logo, os resultados não podem ser generalizados para a população geral. A amostra apresentava uma disparidade quanto à distribuição por sexo biológico (feminino em maior proporção do que o masculino), não podendo ter sido realizadas inferências dividindo os participantes por essa variável. Também se verificou uma disparidade entre os participantes que vivem sem familiares em comparação aos participantes que vivem com familiares, contudo, especificamente estas análises estatísticas tiveram em conta tais limitações. Por fim, o ESE foi auto reportado pelos participantes e o valor de IMC foi calculado a partir dos valores de peso e altura também auto reportados, o que coloca a questão da fiabilidade e precisão desta variável.

Como sugestões para investigações futuras, poderia ser indicada a necessidade de realização de um estudo longitudinal com a mesma amostra de estudantes universitários, onde se pudessem avaliar as dimensões das estratégias de coping; alimentação emocional; comportamento alimentar e IMC em momentos diferentes. Estes momentos poderiam ser a fase de entrada da universidade, e, posteriormente, a fase de época de exames, para perceber se o stress influencia as variáveis acima mencionadas e em que direção é realizada essa influência. Estudos futuros devem ainda procurar identificar a correlação entre sentimentos de tristeza e perda de apetite em jovens, visto em investigações muito recentes e na presente dissertação, ter sido verificada uma associação entre perder o apetite e não aumento do mesmo quando em situações onde a emoção tristeza se encontra presente.

Por fim, em futuras investigações, seria interessante ter em consideração o IMC em conjunto com a variável atividade física, uma vez que é um aspeto identificado em vários artigos que correlacionam a alimentação e o IMC. Além disto, poderá ser relevante estudar a relação existente entre estudantes universitários que vivem com ou sem familiares associando com o IMC, visto este estudo ter ido em linha contrária com a tendência encontrada nas últimas investigações. No estudo desta relação, alguns aspetos são sugeridos para exploração, tais como saber ou não cozinhar, a alteração e manutenção dos hábitos e estilos de vida provocados pela pandemia COVID-19 e até mesmo a influência das redes e plataformas sociais nos hábitos e escolhas saudáveis.

Implicações para a prática clínica

Os resultados obtidos do presente estudo, bem como o suporte na literatura remetem para a necessidade de se continuar a investigar e compreender as relações entre estratégias de *coping* e subtipos da escala da alimentação emocional (raiva/frustração; tristeza; ansiedade), visto não existirem estudos que o façam de forma aprofundada, e terem sido encontradas correlações significativas que podem ter implicações clínicas (Nguyen-Rodriguez et al., 2009). Assim, esta poderia ser uma forma de facilitar a sua identificação e formas de prevenir o risco de desenvolver perturbações alimentares (Goossens et al., 2009).

A criação de intervenções e rastreios de DCNT's na população com um ESE baixo será também um aspeto a enfatizar, de modo a aumentar as oportunidades nesta população, visto ser um grupo com mais dificuldades em manter um IMC de peso normal e com maior risco de desenvolver DCNT's, devido a uma disparidade de benefícios. Os programas de controlo e perda de peso muitas vezes apresentam taxas de insucesso a longo prazo, que podem estar associadas à limitação das orientações apenas no sentido da nutrição e da atividade física (Rand et al., 2017). Outro fator que pode justificar as taxas de insucesso a longo prazo é o facto de muitas vezes os profissionais atribuírem as falhas da perda ou manutenção de peso aos clientes, o que pode levar a que estes percecionem que estão num ambiente julgador e sem apoio, culminando na internalização da culpa pelo excesso de peso e que assim, desistam da dieta e regressem aos hábitos e estilos de vida passados (Kirk et al., 2014; Rand et al., 2017). Para se alcançarem resultados mais satisfatórios em pessoas com padrões de alimentação externa e com padrões de alimentação emocional será necessário avaliar e identificar, não só a alimentação emocional, mas também discriminar quais as

emoções que conduzem a que esse padrão de comportamento alimentar ocorra (Rotella et al., 2018).

Criar intervenções nutricionais e psicológicas que visem aumentar o conhecimento de alternativas saudáveis para a desregulação emocional, pode impedir níveis mais elevados de alimentação emocional e ativações mais extremas do ponto de vista alimentar (Nguyen-Rodriguez et al., 2009; Perpiña et al., 2011), controlando assim o IMC. Por fim, salienta-se ainda a relevância de perceber até que ponto é que uma baixa percepção de suporte social pode conduzir a um *coping* mais focado na emoção, que por sua vez está mais relacionado com o desenvolvimento de padrões alimentares restritivos, emocionais e externos (Elfhag & Rössner S 2005; Li & Rukavina, 2009).

Conclusão

Este estudo permitiu aprofundar conhecimentos acerca da alimentação emocional como uma variável mediadora da relação entre as estratégias de *coping* e o comportamento alimentar em estudantes universitários, tendo sido ainda aprofundados conhecimentos sobre a relação entre viver com ou sem familiares, ESE e a imagem corporal com o IMC. Foi concluído que parece não existir diferenças entre permanecer ou sair da casa dos familiares com o IMC, sugerindo que este fator não é precipitante para alterações corporais significativas. Confirmou-se também que estudantes universitários com um ESE baixo têm um IMC mais elevado, o que se pode dever às disparidades existentes no acesso aos cuidados de saúde e a espaços para praticar exercício físico, bem como o acesso a uma alimentação saudável e nutricionalmente interessante. Foi ainda confirmado que estudantes universitários com um IMC de pré-obesidade têm uma imagem corporal mais negativa de si próprios, o que é um indício que pode ser considerado como facilitador de mudanças e promotor de ações que ajudem a controlar o IMC.

Foi concluído que o *coping* focado na emoção está relacionado com níveis mais elevados de padrões alimentares externos e emocionais, o que aumenta a necessidade de utilizar a alimentação como um possível “refúgio” para lidar com experiências sociais negativas e angústias psicológicas, podendo ainda estar altamente relacionado com a falta de apoio social percebido. Foi ainda concluído que o *coping* focado na emoção se relaciona com níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração e ansiedade, como uma forma de regular emoções. Foi ainda verificado, que o padrão de alimentação externo e o padrão de alimentação emocional estão correlacionados com a alimentação

emocional. Existe ainda uma associação entre o padrão de alimentação externo com a alimentação emocional por estados de ansiedade, o que pode ser justificado por existir uma ativação fisiológica em episódios de ansiedade, onde as pessoas passam a ter um menor controlo dos impulsos, tendo uma necessidade acrescida de recorrer a alimentos como forma de fuga ou evitamento desse estado interno. Quanto ao padrão de alimentação emocional verificou-se uma correlação com a alimentação emocional por estados de raiva/frustração, visto ser comum existir uma ingestão excessiva de alimentos aquando sentimentos de raiva.

Em suma, os dados obtidos com esta dissertação permitiram aumentar o conhecimento nesta área, nomeadamente que níveis mais elevados de *coping* focado na emoção estão associados a níveis mais elevados de alimentação emocional por estados de raiva/frustração e ansiedade, que, por sua vez, estão associados a níveis mais elevados de padrões alimentares externos e emocionais. Permiteu ainda identificar que os níveis mais elevados de *coping* focado no problema, estão associados a níveis mais baixos de alimentação emocional por estados de raiva/frustração, tristeza e ansiedade, que, por sua vez, estão associados a níveis mais baixos de padrões alimentares restritivos, externos e emocionais.

O aumento do conhecimento da interligação das variáveis estratégias de *coping*, alimentação emocional e comportamento alimentar em estudantes universitários, permite obter mais informação para que investigadores, profissionais de saúde e de educação possam delinear e implementar programas de intervenção mais eficazes e focados nas necessidades dos jovens. Pode ainda ser eficiente na prevenção e promoção de hábitos promotores de saúde nos jovens, aumentando assim o leque de proteção de DCNT's.

Referências bibliográficas:

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., & Almansa, J. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychological Association (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retirado de <http://apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, *DSM-5* (5ª edição revista e atualizada). Lisboa: Climepsi editores (pp 150 - 168).
- American Psychological Association. (2016). Guidelines for the undergraduate psychology major: Version 2.0. *The American psychologist*, 71(2), 102. <http://doi.org/10.1037/a0037562>
- Arbuckle, J. L. (2019). Amos (Version 26.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018–3029. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.08.012>
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199507\)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v)
- Austin, J. L., Serier, K. N., Sarafin, R. E., & Smith, J. E. (2017). Body dissatisfaction predicts poor behavioral weight loss treatment adherence in overweight Mexican American women. *Body Image*, 23, 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.08.002>
- Bárbara R, & Ferreira-Pêgo C. (2020). Changes in Eating Habits among Displaced and Non-Displaced University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15):5369. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155369>

- Benton, C., & Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body Image*, 13, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.11.001>
- Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, M. C., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health* 8, 200. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-200>
- Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C., Colussi, C. F., Condrasky, M. D., & Proença, R. (2017). Nutrition and Culinary in the Kitchen Program: a randomized controlled intervention to promote cooking skills and healthy eating in university students - study protocol. *Nutrition journal*, 16(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12937-017-0305-y>
- Bezerra, I. P. B., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11–17 <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z. & Weinstein, C. (2012). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
- Blundell J. E. (1999). The control of appetite: *basic concepts and practical implications*. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 129(5), 182–188.
- Böddvarsdóttir, I., & Elklit, A. (2007). Victimization and PTSD-like states in an Icelandic youth probability sample. *BMC Psychiatry*, 7, 51. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-51>
- Boggiano, M. M., Wenger, L. E., Burgess, E., Tatum, M. M., Sylvester, M. D., Morgan, P. R., & Morse, K. E. (2015). Eating tasty food to cope, enhance reward, socialize or conform: what other psychological characteristics describe each of these motives? *J Health Psychol* 22(6):280–289. <https://doi.org/10.1177/1359105315600240>
- Boggiano, M. M., Wenger, L. E., Burgess, E. E., Tatum, M. M., Sylvester, M. D., Morgan, P. R., & Morse, K. E. (2017). Eating tasty foods to cope, enhance reward, socialize or conform: What other psychological characteristics describe each of these motives? *Journal of health psychology*, 22(3), 280–289. <https://doi.org/10.1177/1359105315600240>
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Pounis, G., Costanzo, S., Persichillo, M., Cerletti, C., Donati, M. B., de Gaetano, G., Iacoviello, L., & Moli-sani Study Investigators (2017). High adherence to

- the Mediterranean diet is associated with cardiovascular protection in higher but not in lower socioeconomic groups: prospective findings from the Moli-sani study. *International journal of epidemiology*, 46(5), 1478–1487. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx145>
- Bond, M. J., McDowell, A. J., & Wilkinson, J. Y. (2001). The measurement of dietary restraint, disinhibition and hunger: an examination of the factor structure of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ). *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(6), 900–906. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801611>
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151–163. <https://doi.org/10.1177/088626089004002002>
- Brug, J., Schols, A., & Mesters, I. (2004). Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 249-257.
- Brunch, H. (1964). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics* 5:269-274. [http://doi.org/10.1016/S0033-3182\(64\)72385-7](http://doi.org/10.1016/S0033-3182(64)72385-7)
- Bryant, E. J., King, N. A. & Blundell, J. E. (2008), Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9: 409-419. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00426.x>
- Burton, P., Smit, H. J., & Lightowler, H. J. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.007>
- Carels, R. A., Hlavka, R., Selensky, J. C., Solar, C., Rossi, J., & Miller, C. (2018) A daily diary study of internalized weight bias and its psychological, eating and exercise correlates. *Psychol Health* 34(3):306–320. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1525491>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S. & Connor-smith, J. (2009). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61(3), 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. E. (1990) Body Images: Development, Deviance, and Change. Guilford Press, New York. <https://doi.org/10.1002/erv.2400010112>
- Cash, T., & Smolak, L. (2011). Body image: A handbook of science, practice, and prevention (2nd Ed.). Guilford Press.

- Castro, M. J. (1996). How can eating behavior be regulated in the complex environments of free-living humans? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 20(1), 119-131. [https://doi.org/10.1016/0149-7634\(95\)00047-I](https://doi.org/10.1016/0149-7634(95)00047-I)
- Celorio-Sardà, R., Comas-Basté, O., Latorre-Moratalla, M. L., Zerón-Rugério, M. F., Urpi-Sarda, M., Illán-Villanueva, M., Farran-Codina, A., Izquierdo-Pulido, M., & Vidal-Carou, M. (2021). Effect of COVID-19 Lockdown on Dietary Habits and Lifestyle of Food Science Students and Professionals from Spain. *Nutrients*, 13(5), 1494. <https://doi.org/10.3390/nu13051494>
- Chao, H. L. (2015). Body image change in obese and overweight persons enrolled in weight loss intervention programs: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(5), Article e0124036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124036>
- Chomistek, A. K., S. E., Chiuve, A. H., Eliassen, K. J., Mukamal, W. C., Willett, E. B., & Rimm. (2015). Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *Journal of the American College of Cardiology* 65:43–51. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.10.024>
- Churchill, S., Jessop, D. C. (2011). Reflective and non-reflective antecedents of health-related behaviour: exploring the relative contributions of impulsivity and implicit self-control to the prediction of dietary behaviour. *British journal of health psychology*, 16(2), 257–272. <https://doi.org/10.1348/135910710X498688>
- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C., & Webber, L. S. (2014). Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *Journal of behavioral medicine*, 37(4), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9526-5>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Psychology Press.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel, E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of obesity*, 2011, 651936. <https://doi.org/10.1155/2011/651936>

- Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirtcliff, E. A. (2011). The adaptive calibration model of stress responsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1562-1592. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.007>
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC public health*, 14, 53. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Temas da saúde – Obesidade*. Acedido em 16/02/2022, em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/>
- Dragun, R., Veček, N. N., Marendić, M., Pribisalić, A., Đivić, G., Cena, H., Polašek, O., & Kolčić, I. (2020). Have Lifestyle Habits and Psychological Well-Being Changed among Adolescents and Medical Students Due to COVID-19 Lockdown in Croatia? *Nutrients*, 13(1), 97. <https://doi.org/10.3390/nu13010097>
- Drenowatz, C., Evensen, L. H., Ernstsens, L., Blundell, J. E., Hand, G. A., Shook, R. P., Hébert, J. R., Burgess, S., & Blair, S. N. (2017). Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Different Exercise Types and Food Cravings in Free-Living Healthy Young Adults. *Appetite*, 118, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.006>
- Duncan, D. T., Wolin, K. Y., Scharoun-Lee, M., Ding, E. L., Warner, E. T., & Bennett, G. G. (2011). Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weightrelated attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), Article 20. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-20>
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005) Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance of weight regain. *Obes Rev* 6:67–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Engler-Stringer, R. (2010). Food, cooking skills, and health: a literature review. Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada, 71(3), 141–145. <https://doi.org/10.3148/71.3.2010.141>
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., & Rovera, G. G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the

- Temperament and Character Inventory. *The International journal of eating disorders*, 32(4), 412–425. <https://doi.org/10.1002/eat.10099>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(1), 111–120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
- Fischer, S., Anderson, K. G., & Smith, G. T. (2004). Coping With Distress by Eating or Drinking: Role of Trait Urgency and Expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 269–274. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.3.269>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Franklin, T. B., Saab, B. J., & Mansuy, I. M. (2012). Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. *Neuron*, 75(5), 747–761. <http://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.08.016>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American journal of public health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Ganley, R. (1989). Emotional and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 8(3): 343-361. [http://doi.org/10.1002/1098-108x\(198905\)8:3%ec343:aid-eat2260080310%3e3.0.co;2-c](http://doi.org/10.1002/1098-108x(198905)8:3%ec343:aid-eat2260080310%3e3.0.co;2-c)
- Garnow, T., Einberg, E. L., Edberg, A. K., & Garmy, P. (2021). Sadness and Other Health Complaints among Swedish Adolescents: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 3999. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083999>
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Girz, L., Polivy, J., Provencher, V., Wintre, M. G., Pratt, M. W., Mark Pancer, S., Birnie-Lefcovitch, S., & Adams, G. R. (2013). The four undergraduate years. Changes in weight, eating attitudes, and depression. *Appetite*, 69, 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.002>
- Godoy-Izquierdo, D., González-Hernández, J., Lara, R., Rodríguez-Tadeo, A., Ramírez, M. J., Navarrón, E., Ogallar-Blanco, A., López-Mora, C., & Arbinaga, F. (2020). Considering BMI, Body Image and Desired Weight Change for Suitable Obesity Management Options. *The Spanish journal of psychology*, 23, e35. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.36>

- Goldschmidt A. B., Lavender J. M., Hipwell A. E., Stepp S. D., & Keenan, K. (2016) Emotion regulation and loss of control eating in community-based adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. <http://org.doi/10.1007/s10802-016-0152-x>
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Cao, L., Peterson, C. B., & Durkin, N. (2014). Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *The International journal of eating disorders*, 47(3), 281–286. <https://doi.org/10.1002/eat.22188>
- Goodyear, V. A., Boardley, I., Chiou, S. Y., Fenton, S., Makopoulou, K., Stathi, A., Wallis, G. A., Veldhuijzen van Zanten, J., & Thompson, J. L. (2021). Social media use informing behaviours related to physical activity, diet and quality of life during COVID-19: a mixed methods study. *BMC public health*, 21(1), 1333. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11398-0>
- Goossens, L., Braet, C. Van., Vlierberghe, L., Mels, S. (2009) Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression, and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 17:68–78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>
- Greaney, M. L., Less, F. D., White, A. A., Dayton, S. F., Riebe, D., Blissmer, B., Shoff, S., Walsh, J. R., & Greene, G. W. (2009). College students' barriers and enablers for healthful weight management: a qualitative study. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(4), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.04.354>
- Gregory, C. O., Blanck, H. M., Gillespie, C., Maynard, L. M., & Serdula, M. K. (2008). Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight. *Obesity*, 16(5), 979–986. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.22>
- Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681528>
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. Academic press: New York.
- Hartmann, C., Dohle, S., & Siegrist, M. (2013). Importance of cooking skills for balanced food choices. *Appetite*, 65, 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.01.016>
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.

- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutun, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviors and outcomes. *Obesity Reviews*, 19(3), 347–363. <https://doi.org/10.1111/obr.12634>
- Heatherton, T., Baumeister, R. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull* 110(1):86-108. <http://doi.or/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Helm, J., & Jones, R. M. (2016). Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Social Media and the Dietetics Practitioner: Opportunities, Challenges, and Best Practices. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(11), 1825–1835. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.09.003>
- Herren, O. M., Agurs-Collins, T., Dwyer, L. A., Perna, F. M., & Ferrer, R. (2021). Emotion suppression, coping strategies, dietary patterns, and BMI. *Eating behaviors*, 41, 101500. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101500>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R., & Quinn, D. (2018) Weight Stigma and Health: the mediating role of coping responses. *Health Psychol* 37(2):139–147. <https://doi.org/10.1037/hea0000575>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Inquérito Nacional de Saúde de 2019.
- International Food Policy Research Institute (2016). Global Nutrition Report 2016 – *From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington, DC: IFPRI.
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I., & Tell, G. S. (2011). The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: *The hordaland health study*. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 483–490. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318222831a>
- Johnson, F., Pratt, M., Wardle, J. (2012). Dietary restraint and selfregulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36(5), 665–674. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.156>
- Kapinos, K. A., Yakusheva, O., & Eisenberg, D. (2014). Obesogenic environmental influences on young adults: evidence from college dormitory assignments. *Economics and human biology*, 12, 98–109. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.05.003>
- Khera, A. V., Emdin, C. A. Drake, I., Natarajan, P., Bick, A. G., Cook, N. R., & Chasman, D. I. (2016). Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. *The New England Journal of Medicine* 375(24):2349–58. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1605086>

- Kirk S. F., Price S. L., Penney T. L., Rehman, L., Lyons, R. F., PiccininiVallis, H., Vallis, T. M., Curran, J., Aston, M. (2014). Blame, shame and lack of support: a multilevel study on obesity management. *Qual Health Res* 24(6):790–800. <https://doi.org/10.1177/1049732314529667>
- Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption: A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Koski, M., & Naukkarinen, H. (2017). Severe obesity, emotions and eating habits: A case-control study. *BMC Obesity* 4:2. <http://doi.org/10.1186/s40608-016-0138-9>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Kuk, J. L., Ardern, C. I., Church, T. S., Hebert, J. R., Sui, X., & Blair, S. N. (2009). Ideal weight and weight satisfaction: Association with health practices. *American Journal of Epidemiology*, 170(4), 456–463. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp135>
- Latner, J., & Wilson, R. (2011). Obesity and body image in adulthood. In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 189–197). Guilford Press.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. *WHO Regional Office for Europe*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. *New York: Springer*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770–779. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.770>
- Levitsky, D. A., Halbmaier, C. A., & Mrdjenovic, G. (2004). The freshman weight gain: a model for the study of the epidemic of obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(11), 1435–1442. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802776>

- Li W, Rukavina P (2009) A review on coping mechanism against obesity bias in physical activities/education settings. *Obes Rev* 10:87–95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2008.00582.x>
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., Gambrel, L. E. (2016) Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eat Weight Disord.* <http://org.doi/10.1007/s40519-016-0301-9> 11
- Lluch, A., Herbeth, B., Méjean, L., Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 24(11), 1493–1499. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801425>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto, 2017. Acedido em 12/12/21 em www.ian-af.up.pt.
- López-Moreno, M., López, M., Miguel, M., & Garcés-Rimón, M. (2020). Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from Covid-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients*, 12(11), 3445. <https://doi.org/10.3390/nu12113445>
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *The American psychologist*, 62(3), 220–233. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.220>
- Manzoni, G. M., Cesa, G. L., Bacchetta, M., Castelnovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., Mantovani, F., Molinari, E., Cárdenas-López, G., & Riva, G. (2016). Virtual reality enhanced cognitive-behavioral therapy for morbid obesity: a randomized controlled study with 1 year follow-up. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 19(2):134–140. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0208>
- Martins, C., Morgan, L. & Truby, H. (2008). A review of the effects of exercise on appetite regulation: an obesity perspective. *Int J Obes* 32, 1337–1347. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.98>
- Maslach, C. (1979). The Burnout Syndrome and Patients Care. In C. A. Garfield (Ed.), *Stress and Survival: The Emotional Realities of Life-Threatening Illness* (pp. 111-120). St Louis, MO: Mosby.

- Maukonen, M., Männistö, S., & Tolonen, H. (2018). A comparison of measured versus self-reported anthropometrics for assessing obesity in adults: A literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(5), 565–579. <https://doi.org/10.1177/1403494818761971>
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*, 55(2), 279–287. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.06.014>
- McTigue, K. M., Garrett, J. M., & Popkin, B. M. (2002). The natural history of the development of obesity in a cohort of young U.S. adults between 1981 and 1998. *Annals of internal medicine*, 136(12), 857–864. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-12-200206180-00006>
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.
- Ministério da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*, 2020.
- Murray, T., & Lewis, V. (2014). Gender-role conflict and men's body satisfaction: The moderating role of age. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 40–48. <https://doi.org/10.1037/a0030959>
- Mussap AJ, Manger E, Gold RS (2016) Weight-control effort can increase obesity stereotyping. *Pers Individ Difer* 88:178–181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.014>
- Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Lytle, L. A. (2008). Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(10), 2205–2211. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009) Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eat Disord* 17(3):211–224. <http://org.doi/10.1080/10640260902848543> 19
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fakhouri, T. H., Hales, C. M., Fryar, C. D., Li, X., & Freedman, D. S. (2018). Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household - United States 2011-2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 67(6), 186–189. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6706a3>
- Olvera, N., Dempsey, A., Gonzalez, E., & Abrahamson, C. (2013). Weight-related teasing, emotional eating, and weight control behaviors in Hispanic and African American girls. *Eating behaviors*, 14(4), 513–517. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.012>

- OPAS (2020). *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019*. Acedido em 12/12/2021, em <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos. Acedido em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 15(6), 453–461. <https://doi.org/10.1111/obr.12156>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.
- Palmeira, L., Pinto, J., Cunha, M., & Carvalho, S. (2017). Finding the link between internalized weight-stigma and binge eating behaviors in Portuguese adult women with overweight and obesity: the mediator role of self-criticism and self-reassurance. *Eat Behav* 26:50–54. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.006>
- Papadaki, A., Hondros, G. A., Scott, J., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.008>
- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review. *Obesity* 23(9):1743–1760. <https://doi.org/10.1002/oby.21187>
- Parent, M., & Moradi, B. (2011). His biceps become him: A test of objectification theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 246–256. <https://doi.org/10.1037/a0021398>
- Parker, J., & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344. <https://doi.org/10.1002/per.2410060502>
- Parker, K., Uddin, R., Ridgers, N. D., Brown, H., Veitch, J., Salmon, J., Timperio, A., Sahlqvist, S., Cassar, S., Toffoletti, K., Maddison, R., & Arundell, L. (2021). The Use of Digital Platforms for Adults' and Adolescents' Physical Activity During the COVID-19 Pandemic (Our Life at

- Home): Survey Study. *Journal of medical Internet research*, 23(2), e23389. <https://doi.org/10.2196/23389>
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Ng, F., Henry, M. J., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Berk, M. (2008). Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 193(4), 322–326. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046706>
- Patel, K. A., & Schlundt, D. G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36(2), 111–118. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0385>
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 539–549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5
- Pearson, J., & Hall, D. (2007). Resilience: coping effectively with life's challenges. *Depression*, 1(4), 11-12.
- Pérez-Rodrigo, C., Gianzo Citores, M., Hervás Bárbara, G., Ruiz-Litago, F., Casis Sáenz, L., Arija, V., López-Sobaler, A. M., Martínez de Victoria, E., Ortega, R. M., Partearroyo, T., Quiles-Izquierdo, J., Ribas-Barba, L., Rodríguez-Martín, A., Salvador Castell, G., Tur, J. A., Varela-Moreiras, G., Serra-Majem, L., & Aranceta-Bartrina, J. (2021). Patterns of Change in Dietary Habits and Physical Activity during Lockdown in Spain Due to the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 13(2), 300. <https://doi.org/10.3390/nu13020300>
- Perpiñá, C., Cebolla, A., Botella, C., Lurbe, E., Torro, M. I. (2011) Emotional Eating Scale for children and adolescents: psychometric characteristics in a Spanish sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40(3):424–433. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563468>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS, 2016). Redução do consumo de açúcar em Portugal: Evidência que justifica a ação. Lisboa, PT: PNPAS, DGS. Retirado de <https://nutrimento.pt/noticias/1-de-fevereiro-inicio-da-taxacao-debebedas-acucaradas-em-portugal>

- Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight bias internalization among adolescents seeking weight loss: implications for eating behaviors and parental communication. *Front Psychol* 9:2271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02271>
- Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight Bias Internalization Among Adolescents Seeking Weight Loss: Implications for Eating Behaviors and Parental Communication. *Frontiers in psychology*, 9, 2271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02271>
- Puja, K., Rajaa, S., Ronur, R., & Thulasingham, M. (2020). Perception of body image and its association with Body Mass Index (BMI) among college girls in Puducherry. *International journal of adolescent medicine and health*, 33(3), 165–171. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0208>
- Racette, S. B., Deusinger, S. S., Strube, M. J., Highstein, G. R., & Deusinger, R. H. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, 53(6), 245-251. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.6.245-251>
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L., & Kirk, S. (2017). "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1306421. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>
- Raspopow, K., Matheson, K., Abizaid, A., & Anisman, H. (2013). Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors. The role of coping styles as mediators. *Appetite* 62:143–149. <http://org.doi/10.1016/j.appet.2012.11.031>
- Reicks, M., Trofholz, A. C., Stang, J. S., & Laska, M. N. (2014). Impact of cooking and home food preparation interventions among adults: outcomes and implications for future programs. *Journal of nutrition education and behavior*, 46(4), 259–276. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.02.001>
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro, C., Rotella, F., Ravalidi, C., Lazzeretti, L., & Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 53(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2011.04.062>
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). (3rd ed.). W W Norton & Co.

- Rotella, F., Fioravanti, G., Godini, L., Mannucci, E., Faravelli, C., & Ricca, V. (2015). Temperament and emotional eating: a crucial relationship in eating disorders. *Psychiatry research*, 225(3), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.068>
- Rotella, F., Mannucci, E., Gemignani, S., Lazzeretti, L., Fioravanti, G., & Ricca, V. (2018). Emotional eating and temperamental traits in Eating Disorders: A dimensional approach. *Psychiatry research*, 264, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.066>
- Ruiz-Roso, M. B., Knott-Torcal, C., Matilla-Escalante, D. C., Garcimartín, A., Sampedro-Nuñez, M. A., Dávalos, A., & Marazuela, M. (2020). COVID-19 Lockdown and Changes of the Dietary Pattern and Physical Activity Habits in a Cohort of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nutrients*, 12(8), 2327. <https://doi.org/10.3390/nu12082327>
- Sandoz, E., Wilson, K., & DuFrene, T. (2010). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: *A process-focused guide to treating anorexia and bulimia*. New Harbinger, Oakland, CA 21.
- Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R., & Kate, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2 (1-2):39-48. <http://org.doi/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: A systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(5), 731–738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>
- Singh, G. K., Siahpush, M., & Kogan, M. D. (2010). Neighborhood socioeconomic conditions, built environments, and childhood obesity. *Health affairs (Project Hope)*, 29(3), 503–512. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0730>
- Sira, N., & Pawlak, R. (2010). Prevalence of overweight and obesity, and dieting attitudes among Caucasian and African American college students in Eastern North carolina: *A cross-sectional survey*. *Nutr Res Pract*, 4(1), 36-42. <https://doi.org/10.4162/nrp.2010.4.1.36>
- Spahlholz, J., Pabst, A., Riedel-Heller, S. G., Luck-Sikorski, C. (2016) Coping with perceived weight discrimination: testing a theoretical model for examining the relationship between perceived

- weight discrimination and depressive symptoms in a representative sample of individuals with obesity. *Int J Obes* 40:1915–1921. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.164>
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol* 21(2):131–138. <http://org.doi/10.1037/0278-6133.21.2.131>
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult lifespan. *J Pers Soc Psychol* 101(3):579–592. <https://doi.org/10.1037/a0024286>
- Taylor, W. C., R. J., Paxton, R., Shegog, S. P., Coan, A., Dubin, T. F., Page, & D. M. Rempel. (2016). Impact of booster breaks and computer prompts on physical activity and sedentary behavior among desk-based workers: A cluster-randomized controlled trial. *Preventing Chronic Disease* 13:E155. <http://doi.org/10.5888/pcd13.160231>
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., et al. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18(4),725–735.
- Teixeira, P., Silva, M. (2009). *Repensar o Peso* (1ª ed.) Lisboa – Porto: Lidel.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53–67. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.53>
- Tod, D., Hall, G., & Edwards, C. (2012). Gender invariance and correlates of the Drive for Leanness Scale. *Body Image*, 9(4),555–558. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.06.004>
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). *Relationship between stress, eating behavior, and obesity*. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894. <http://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 19(2), 100–111. <https://doi.org/10.1002/erv.1046>
- Triolo, F., Belvederi Murri, M., Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Sjöberg, L., Fratiglioni, L., & Dekhtyar, S. (2021). Bridging late-life depression and chronic somatic diseases: a network analysis. *Translational psychiatry*, 11(1), 557. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01686-z>
- Van-Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). *The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior*.

International journal of eating disorders, 5(2), 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)

Van-Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.010>

Van-Strien, T., & Ouwens, M. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav* 8(2):251-257. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004>

Van-Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current diabetes reports*, 18(6), 35. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>

Van-Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>

Van-Strien, T., Donker, M. H., & Ouwens, M. A. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Appetite*, 100, 225-35. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.035>

VanderBroek-Stice, L., M. K. Stojek, S. R. Beach, M. R. vanDellen, & J. MacKillop. (2017). Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction. *Appetite* 6663 (16):30754–1. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.009>

Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: *Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar*. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.

Volaco, A., Cavalcanti, A. M., Filho, R. P., & Précoma, D. B. (2018). Socioeconomic Status: The Missing Link Between Obesity and Diabetes Mellitus?. *Current diabetes reviews*, 14(4), 321–326. <https://doi.org/10.2174/1573399813666170621123227>

Wang, Y., & Lim, H. (2012). The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 24(3), 176–188. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688195>

Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety* 25 (4):282-288. <http://doi.org/10.1002/da.20496>

- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*: Report of a WHO consultation.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*: report of a joint WHO/FAO expert consultation (Vol. 916). WHO.
- World Health Organization (2019). *WHO/Europe studies find baby foods are high in sugar and inappropriately marketed for babies*. Retirado de www.euro.who.int/en/mediacentre/sections/press-releases/2019/whoeurope-studies-find-baby-foods-are-high-in-sugar-and-inappropriately-marketed-for-babies
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization.
- World Medical Association Declaration of Helsinki (2008). Ethical Principles for Medical Research involving human subjects. Retirado de <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
- Young, D., & Limbers, C. A. (2017). Avoidant coping moderates the relationship between stress and depressive emotional eating in adolescents. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(4), 683–691. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0396-7>
- Yu, Y., Kalarchian, M. A., Ma, Q., & Groth, S. W. (2021). Eating patterns and unhealthy weight control behaviors are associated with loss-of-control eating following bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(5), 976–985. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2021.01.008>
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 19(5), 426–437. <https://doi.org/10.1002/erv.1066>
- Zhu, H., Cai, T., Chen, G., & Zhang, B. (2013). Validation of the Emotional Eating Scale among Chinese undergraduates. *Social Behavior and Personality: An International Journal* 41 (1):123-134. <http://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.1.123>
- Zick, C. D., Smith, K. R., Fan, J. X., Brown, B. B., Yamada, I., & Kowaleski-Jones, L. (2009). Running to the store? The relationship between neighborhood environments and the risk of obesity. *Social science & medicine*, 69(10), 1493–1500. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.032>

Anexos

Parecer da comissão de ética para a investigação da Universidade Europeia



PARECER

DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO

DA UNIVERSIDADE EUROPEIA

Projeto de Investigação em análise: **Questionário para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: O comportamento alimentar emocional e as estratégias de coping em estudantes universitários.** Investigadora: Cláudia Renata Rodrigues Gonçalves
Orientadora de Dissertação: Teresa Santos; Unidade Curricular: Dissertação

A Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Europeia dá o seu parecer favorável ao projeto de investigação em epígrafe, tendo por base as informações a que teve acesso através da orientadora, Professora Doutora Teresa Santos, designadamente o acesso a dados pessoais pseudonimizados. A pseudonimização dos dados considerados pessoais, é recomendada por forma a reduzir os riscos de exposição dos titulares de dados e a possibilitar uma segurança adicional para a Universidade Europeia, entidade responsável pelo tratamento. Em caso de vir a ser utilizado dados pessoais, reitera-se que seja cabalmente respeitado o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Reitera-se que sejam respeitadas, ainda, os Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, constantes das Declarações de Helsínquia da Associação Médica Mundial, bem como as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Lisboa, 29 de janeiro de 2021

Assinado por: **Cristina Maria de Gouveia Caldeira**
Num. de identificação: 08651896
Data: 2023.01.30 13:46:41 +0000



Cristina Maria de Gouveia Caldeira
Presidente da Comissão de Ética



Questionário Sociodemográfico

Questionário para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde:



Comportamento alimentar, emoções e estratégias de coping em estudantes universitários

Elaboração: Cláudia Renata Rodrigues Gonçalves

Orientadora de Dissertação: Teresa Santos

Coorientador de Dissertação: Paulo Ferrajão

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Título: O comportamento alimentar emocional e as estratégias de coping em estudantes universitários

Âmbito e descrição geral: O presente questionário integra-se no trabalho de investigação, que se realiza no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O principal objetivo é a identificação de comportamentos alimentares relacionados com perturbações emocionais e tipos de estratégias de coping utilizadas em estudantes universitários. O questionário será aplicado a todos os estudantes universitários que desejem responder e que sejam maiores de idade, prevendo-se que o número de envolvidos seja aproximadamente de 500 pessoas.

2. PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Em concordância com as Declarações Helsínquia da Associação Médica Mundial, o código deontológico e ético da APA e da OPP relativamente à investigação realizada, informamos que a sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo, ou penalização. Pode também igualmente corrigir os dados durante todo o tempo de preenchimento do questionário. A sua participação consiste no preenchimento do questionário, com duração aproximada de 22 minutos.

3. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

As informações pessoais recolhidas serão anonimizadas e não serão reveladas a terceiros. Os dados serão usados apenas com a finalidade a que se refere esta investigação, e, no âmbito de publicações científicas/académicas, onde os resultados agregados serão publicados sem

individualizar a informação à luz dos direitos, liberdades e garantias, salvaguardando os legítimos interesses dos participantes envolvidos. Após recolhidos, os dados serão processados usando softwares de tratamento de dados específicos para o efeito (Excel e SPSS), e apenas os investigadores terão acesso às informações. A cada questionário será atribuído um código numérico aleatório, a partir do qual serão associados os respetivos dados. Estes serão analisados em concordância rigorosa com a lei europeia da privacidade e segurança de dados - o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016), e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais.

Contacto do Encarregado de proteção de dados (a quem o participante se pode dirigir para exercer os direitos sobre os seus dados):

Email: direitos.dados@universidadeeuropeia.pt

4. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de concordar em participar neste estudo, solicitamos que preste o seu acordo e consentimento informado, assinalando com uma cruz (X) as caixas em baixo, referentes a cada afirmação:

- ☐ Desejo participar no estudo “O comportamento alimentar emocional e as estratégias de coping em estudantes universitários”
- ☐ Declaro ter lido e compreendido a informação prestada, incluindo o âmbito em que este trabalho está a ser realizado, os seus objetivos e o tratamento de dados pessoais.
- ☐ Compreendo que posso, em qualquer altura, desistir de participar neste estudo sem ter que dar qualquer justificação e sem ter qualquer tipo de penalização.
- ☐ Consinto no tratamento dos meus dados pessoais recolhidos (respostas ao questionário) para as finalidades do estudo de investigação supra assinaladas.
- ☐ Declaro que no momento atual do presente estudo sou estudante universitário.
- ☐ Declaro que sou maior de idade (mais de 18 anos).

5. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO

Se necessitar de informação adicional, não hesite em contactar um dos investigadores responsáveis:

Cláudia Gonçalves, 50035660@universidadeeuropeia.pt

Teresa Santos, teresa.santos@universidadeeuropeia.pt

Paulo Ferrajão, paulo.ferrajao@universidadeeuropeia.pt

Questionário sociodemográfico:

Indique o seu sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

Indique a sua idade: _____ (em anos)

Data nascimento: dia/mm/ano

Indique a sua nacionalidade: _____

Indique a sua Instituição de Ensino: _____

De momento, qual é a sua situação profissional?

☐ Estudante

☐ Trabalhador/Estudante

De momento, é estudante de que grau de habilitação académica?

☐ Licenciatura

☐ Pós-Graduação

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outro, qual? _____

Frequenta que ano do seu curso? _____

Qual a sua área de formação atual?

☐ Agricultura, Silvicultura e Pescas

- ☐ Arquitetura e Construção
- ☐ Artes
- ☐ Ciências da Vida
- ☐ Ciências Empresariais
- ☐ Ciências Físicas
- ☐ Ciências Sociais e do Comportamento
- ☐ Ciências Veterinárias
- ☐ Direito
- ☐ Engenharia e Técnicas Afins
- ☐ Estudos Gerais
- ☐ Formação de Professores/ Formadores e Ciências da Educação
- ☐ Humanidades
- ☐ Indústrias Transformadoras
- ☐ Informação e Jornalismo
- ☐ Informática
- ☐ Matemática e Estatística
- ☐ Saúde
- ☐ Serviços de Transporte
- ☐ Serviços Pessoais
- ☐ Serviços de Segurança
- ☐ Serviços Sociais
- ☐ Proteção do Ambiente
- ☐ Outro, qual? _____

Se tiver dúvidas, por favor consulte o site da Direção-Geral do Ensino Superior (DGES) e clique em "Área / Curso".

Quando ingressou no ensino superior:

- ☐ Mudou de habitação
- ☐ Permaneceu na sua habitação

No momento atual, com quem vive?

- ☐ Familiares
- ☐ Amigos/as

☐ Colegas de casa

☐ Sozinho/a

☐ Com namorado/a

Outro, qual? _____

Qual é o estatuto socioeconómico que o seu agregado familiar integra?

☐ Nível Baixo

☐ Nível Médio-Baixo

☐ Nível Médio

☐ Nível Médio Alto

☐ Nível Alto

Pratica com que regularidade atividade física?

☐ Não pratico atividade física

☐ 1 - 2 vezes por mês

☐ 3 vezes por mês

☐ 1 - 2 vezes por semana

☐ 3 - 4 vezes por semana

☐ 5 ou mais vezes por semana

☐ Mais do que 1 vez por dia

Esta questão só aparece se a pessoa respondeu que faz exercício independentemente de quantas vezes na questão anterior:

Considera que quando pratica exercício o faz:

☐ De forma leviana

☐ De forma moderada

☐ De forma intensa

☐ De forma exaustiva

É fumador regular?

☐ Sim

☐ Não

Esta questão só aparece se a pessoa respondeu que sim na questão anterior:

Em média, quantos cigarros fuma por dia? _____

Esta questão só aparece se a pessoa respondeu que fuma apenas em situações sociais na questão anterior:

Por norma, essas situações sociais onde fuma, acontecem com que regularidade? _____

Consome estupefacientes com que regularidade?

- ☐ Não consumo estupefacientes
- ☐ 1 - 2 vezes por mês
- ☐ 3 vezes por mês
- ☐ 1 - 2 vezes por semana
- ☐ 3 - 4 vezes por semana
- ☐ 5 ou mais vezes por semana
- ☐ Mais do que 1 vez por dia

Consome álcool com que regularidade?

- ☐ Não consumo álcool
- ☐ 1 - 2 vezes por mês
- ☐ 3 vezes por mês
- ☐ 1 - 2 vezes por semana
- ☐ 3 - 4 vezes por semana
- ☐ 5 ou mais vezes por semana
- ☐ Mais do que 1 vez por dia

Tem alguma doença crónica (de carácter prolongado e diagnosticada pelo médico)?

- ☐ Psicológica/Mental. Qual? _____
- ☐ Física. Qual? _____
- ☐ Não tenho nenhuma doença crónica diagnosticada pelo médico

Toma medicação diária (à exceção de contraceptivos orais)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Esta questão só aparece se a pessoa respondeu que sim na questão anterior:

A medicação que toma engloba-se em que classificação farmacoterapêutica? (exemplo: Psiquiátrica; Psicológica; Nutricional) _____

Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

☐ Sim

☐ Não

Tem acompanhamento de algum nutricionista?

☐ Sim

☐ Não

Qual a influência dos outros (colegas, amigos, família, parceiro/a, etc.) na sua escolha alimentar?

Escala tipo Lickert 1 – 4 (1 – Nenhuma influência; 2 – Pouca influência; 3 – Alguma influência; 4 – Muita influência)

Considera que o seu corpo é ou está...?

☐ Muito magro

☐ Um pouco magro

☐ No tamanho certo

☐ Um pouco gordo

☐ Muito gordo

Desde quando é que se considera como descreveu anteriormente face ao seu peso?

☐ Desde criança

☐ Desde a adolescência

☐ Desde o início da idade adulta

☐ Desde que fui para a universidade

☐ Desde a gravidez

Está a fazer alguma dieta há mais de três meses?

Esta questão só aparece se a pessoa respondeu que sim na questão anterior:

Se respondeu que sim à questão anterior, quanto peso em quilogramas já perdeu?

Indique por favor o seu peso atual: _____ (Em quilogramas - exemplo: 88.300 (se não souber, por favor, indique o peso aproximado que pensa ter)

Indique por favor a sua altura atual: _____ (Em centímetros - exemplo: 163 (se não souber, por favor, indique a altura aproximada que pensa ter)

BRIEF-COPE (Carver, 1997; Versão: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Existem diversas formas através das quais as pessoas podem lidar com os seus problemas (familiares, pessoais, profissionais, financeiros, etc.). Os itens que vai encontrar de seguida exprimem diversos modos de lidar com esses problemas. Queremos saber em que extensão tem feito aquilo que o item diz; quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido eficaz ou não - mas se tem feito ou não tem feito isso. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta fornecidas.

	Nunca faço isto	Faço isto poucas vezes	Faço algumas vezes	Faço sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio(a): "Isto não é verdade".				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.				
5. Procuro apoio emocional em alguém (família, amigos).				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto.				

7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.				
13. Faço críticas a mim próprio.				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.				

16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
24. Tento aprender a viver com a situação.				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.				

26. Culpo-me pelo que está a acontecer.				
27. Rezo ou medito.				
28. Enfrento a situação com sentido de humor.				

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA, van Strien et al., 1986; Versão: Viana & Sinde, 2003)

Responda, por favor, ao questionário que se segue tendo em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Responda nos quadrados respetivos tendo em conta o seu caso particular. Note que em algumas situações dispõe de uma outra opção se a pergunta não for adequada ao seu caso.

1. Tem desejo de comer quando se sente irritado(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto irritado(a) ☐
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Tenho sempre qualquer coisa para fazer ☐
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	O meu peso não se altera ☐
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido(a) ou desanimado(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto deprimido(a) ou desanimado(a) ☐
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto,	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	

come mais do que o habitual?						
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado(a) com o seu peso?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto só ☐
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
10. Sente desejo de comer quando alguém o(a) deixa "em baixo"?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto "em baixo" ☐
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer, come-a de imediato?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	

13. Tem desejo de comer quando se sente zangado(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto zangado(a) ☐
14. Controlo minuciosamente o que come?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
19. Quando come demasiado procura comer	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca como demasiado ☐

menos no dia seguinte?						
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso(a), preocupado(a), ou tenso(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto ansioso(a) ou tenso(a) ☐
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
24. Quando passa por uma confeitaria ou snack-bar, sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	

25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto impaciente ☐
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o peso?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto aborrecido(a) ☐
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
30. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	

31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	
32. Toma em consideração o seu peso quando se sente desapontado(a) ou desiludido(a)?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	Nunca me sinto desapontado(a) ou desiludido(a) ☐
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	Nunca ☐	Raramente ☐	Às vezes ☐	Frequentemente ☐	Muito frequentemente ☐	

Questionário de Alimentação Emocional (QAE) (EES, Arnow. B. et al., 1995; Versão: Teixeira. B., Silva. M., 2009)

Todos respondemos de forma diferente às emoções que sentimos. Alguns sentimentos levam as pessoas a sentir desejo/vontade de comer. Indique em que medida os sentimentos que se seguem o levam a comer.

	Nenhum desejo de comer	Um pouco de desejo de comer	Um desejo moderado de comer	Um desejo forte de comer	Um desejo enorme de comer
Ressentido/a					
Desanimado/a					
Instável					
Esgotado/a					
Desajustado/a					
Entusiasmado/a					
Rebelde					
Deprimido/a					
Aagitado/a					
Triste					
Embaraçado/a					
Irritado/a					
Ciumento/a					
Chateado/a					
Frustrado/a					
Solitário/a					
Furioso/a					

Irritável					
Confuso/a					
Nervoso/a					
Zangado/a					
Culpado/a					
Enfadado/a					
Desapoiado/a					
Preocupado/a					