



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

RODRIGO VASCO BORGES DUARTE

***CORRELATOS PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS DA  
PATOLOGIA ALIMENTAR EM MULHERES NA MEIA-  
IDADE E MAIS VELHAS***

ARTIGO CIENTÍFICO

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA**

Trabalho realizado sob a orientação de:

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

Dra. CRISTIANA DE CAMPOS MARQUES

ABRIL DE 2022

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

***Correlatos Psicológicos e Psiquiátricos da Patologia Alimentar em Mulheres na Meia-Idade e Mais Velhas***

---

Rodrigo Vasco Borges Duarte<sup>1</sup>

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Investigadora Doutora Ana Telma Fernandes Pereira<sup>2</sup>

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Dra. Cristiana de Campos Marques

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

---

<sup>1</sup> drigoduart@gmail.com

<sup>2</sup> apereira@fmed.uc.pt

*“Mundo redondo, tenho o mar nas veias.*

*E no mar há sereias.”*

Miguel Torga, *“Orfeu Rebelde”*, Coimbra, 1958.

# Índice

<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>7</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>8</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>10</b>
<b>Materiais e Métodos</b> .....	<b>13</b>
<b>1.Procedimentos</b> .....	<b>13</b>
<b>2.Participantes</b> .....	<b>13</b>
<b>3.Instrumentos e variáveis</b> .....	<b>14</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>17</b>
<b>1.Estudo psicométrico</b> .....	<b>17</b>
<b>2 - Estudo descritivo e correlacional</b> .....	<b>21</b>
<b>3. Análises de mediação</b> .....	<b>25</b>
<b>Discussão e Conclusão</b> .....	<b>34</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>38</b>
<b>Referências</b> .....	<b>39</b>

## **ABREVIATURAS**

$\alpha$  – Coeficiente Alfa de *Cronbach*

**AFC** – Análise Fatorial Confirmatória

**AN** – Afeto Negativo

**AP** – Afeto Positivo

**BIG3** – *Perfectionism Scale*

**CF** – Carga Fatorial

**CFI** – *Comparative Fit Index*

**CITC** – Correlação Item-Total Corrigido

**CITDC** – Correlação Item-Total Dimensional Corrigido

**DP** – Desvio Padrão

**DR** – Dieta Restritiva

**EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*

**GFI** – *Goodness of Fit Index*

**ICI** – Interferência Cognitiva e Improdutividade

**IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal

**IM** – Índices de Modificação

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**IPM** – Instituto Psicologia Médica

**HPPLV** – História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida

**M** – Média

**NS** – Não significativo

**PAC** – Perfeccionismo Autocrítico

**PAO** – Perfeccionismo Auto-orientado

**PCA** – Perturbações do Comportamento Alimentar

**PCASOE** – Perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação

**PNC** – Perfeccionismo Narcísico

**PR** – Pensamento Repetitivo

**PRG** – Perfeccionismo Rígido

**PRN** – Pensamento Repetitivo Negativo

**QPP** – Questionário de Pensamento Perseverativo

**RMSEA** – *Root Mean Square Error of Approximation*

**SDE** – *Screen for Disordered Eating*

**SE** – *Standard Error*

**SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal

**TLI** – *Tucker-Lewis Index*

**X<sup>2</sup>/gl** – Qui-quadrado por graus de liberdade

## Resumo

**Introdução:** A patologia do comportamento alimentar pode ocorrer em mulheres na meia-idade e mais velhas, uma faixa etária escassamente investigada.

**Objetivo:** 1. analisar as propriedades psicométricas da Versão Portuguesa Preliminar do *Screen for Disordered Eating* (SDE) e da Versão Portuguesa Reduzida do *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q7) numa amostra de mulheres da população geral a partir dos 40 anos; 2. comparar os níveis de patologia alimentar, em mulheres com idade inferior vs. 40 ou mais anos; 3. analisar o papel de variáveis clínicas e psicológicas nos níveis de patologia alimentar das mulheres com 40 ou mais anos.

**Materiais e Métodos:** 547 mulheres da população geral, através das redes sociais, preencheram um inquérito online que incluía com os seguintes questionários validados ou a validar no âmbito deste trabalho: SDE; EDE-Q7; BIG-3 *Perfectionism Scale*; Questionário de Pensamento Preservativo. Da amostra, 5.70% têm menos de 40 anos (Média=27.52 ±7.983) anos e 94.30%, 40 ou mais anos (Média= 50.28±8.063) anos.

**Resultados:** A análise fatorial confirmatória do SDE revelou bom ajustamento do modelo unifatorial, com coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (5 itens) de .672; os índices de ajustamento do modelo de três fatores da EDE-Q, incluindo do modelo de segunda ordem, foram muito bons, bem como todos os alfas de *Cronbach*, >.900. Os dois grupos etários (mulheres <40 anos vs. ≥40anos não se distinguiram significativamente quanto às pontuações médias de sintomas do comportamento alimentar. As mulheres com vs. sem perturbação psiquiátrica prévia apresentaram níveis significativamente mais elevados em todas as dimensões de Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA). As variáveis da PCA correlacionaram-se com o afeto negativo e com as dimensões de perfeccionismo, exceto o Perfeccionismo Narcísico com a Dieta Restritiva. Também apenas esta dimensão não se correlacionou com o as variáveis de Pensamento Repetitivo Negativo (PRN). O PRN foi mediador parcial da relação entre os três traços de Perfeccionismo e a Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal e a relação entre os traços de perfeccionismo e Insatisfação com a Imagem Corporal, bem como entre aqueles e psicopatologia alimentar medida pela SDE foi parcialmente mediada pelo PRN exceto para o Perfeccionismo Autocrítico, em cujos modelos a mediação não foi significativa.

**Discussão:** Confirma-se que as mulheres na meia-idade e mais velhas não têm níveis inferiores psicopatologia do comportamento alimentar e que o PRN é uma das vias predictoras pelas quais o perfeccionismo influencia negativamente este problema. Sendo o PRN potencialmente modificável, através de estratégias baseadas em mindfulness importa investir neste tipo de intervenção.

**Palavras-chave:** Patologia Alimentar; Mulheres; Meia-idade; História de Perturbação

## **Abstract**

**Introduction:** The pathology of eating behavior can occur in middle-aged and older women, an age group that has been poorly investigated.

**Objective:** 1. To analyze the psychometric properties of the Preliminary Portuguese Version of the Screen for Disordered Eating (SDE) and the Reduced Portuguese Version of the Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q7) in a sample of women from the general population over 40 years old; 2. to compare the levels of food pathology, in women of younger age vs. 40 years or older; 3. to analyze the role of clinical and psychological variables in the levels of eating disorders in women aged 40 years and over.

**Materials and Methods:** 547 women from the general population, found through social networks, completed an online survey that included the following validated questionnaires or to be validated within the scope of this work: SDE; EDE-Q7; BIG-3 Perfectionism Scale; Conservative Thinking Questionnaire. Of the sample, 5.70% are younger than 40 years old (Mean=27.52 ±7,983) years old and 94.30%, 40 years old or more (Mean= 50.28±8,063) years old.

**Results:** Confirmatory factor analysis of the SDE revealed a good fit of the one-factor model, with Cronbach's alpha coefficient of the global scale (5 items) of .672; the fit indexes of the EDE-Q three-factor model, including the second-order model, were very good, as were all Cronbach's alphas, >.900. The two age groups (women <40 years vs. ≥40 years) were not significantly different in mean eating behavior symptom scores. Women with vs. no prior psychiatric disorder had significantly higher levels on all dimensions of eating disorder (PCA). PCA variables correlated with negative affect and perfectionism dimensions, except Narcissistic Perfectionism with Restrictive Diet. Also, only this dimension was not correlated with the Negative Repetitive Thinking (NRP) variables. The PRN was a partial mediator of the relationship between the three traits of Perfectionism and the Overvaluation of Body Weight and Shape and the relationship between the traits of perfectionism and Dissatisfaction with Body Image, as well as between those and eating psychopathology measured by the EDS was partially mediated by the PRN except for Self-Critical Perfectionism, in whose model's mediation was not significant.

**Discussion:** It is confirmed that middle-aged and older women do not have lower levels of psychopathology of eating behavior and that PRN is one of the predictive pathways by which perfectionism negatively influences this problem. As the PRN is potentially modifiable, through mindfulness-based strategies, it is important to invest in this type of intervention.



**Keywords:** Food Pathology; Women; Middle age; History of Psychiatric Disorder; Perfectionism; Negative Repetitive Thinking.

## Introdução

A forma corporal e o peso são dois fatores que desempenham um papel central e de extrema importância no que ao bem-estar físico e psicológico diz respeito, afetando inclusive os índices de mortalidade dentro de uma população. Aos quadros psicopatológicos de natureza crónica que se apresentam como distúrbios graves e persistentes do comportamento alimentar e com uma constante e excessiva preocupação em relação à imagem corporal, damos o nome de Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)<sup>1,2</sup>.

Estes quadros são mais prevalentes em mulheres jovens, mas não são exclusivas deste grupo populacional, podendo ocorrer em mulheres e em homens de todas as idades. Nos últimos anos assistimos ao aumento da prevalência destas alterações em grupos populacionais considerados de menor risco, como os homens (de todas as idades) e as mulheres quer de meia-idade, quer mais velhas (com mais de 40 anos)<sup>3</sup>.

Segundo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição (DSM-5), a prevalência das PCA, em pessoas com mais de 40 anos, é de cerca de 3.50% em mulheres e de 1.00-2.00% em homens. Ainda que estas percentagens sejam inferiores às de mulheres de faixas etárias mais jovens, a Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC), que é simultaneamente preditor e um componente de PCA, não tendem a diminuir com a idade, havendo estudos que mostram que é mais elevada a partir da meia idade<sup>4,5,6,7</sup>. O mesmo se verifica com o *fat-talk*<sup>8</sup> mesmo nas mulheres mais velhas, o *fat-talk* revela-se mais comum do que o *old-talk*.<sup>9</sup> A IIC em mulheres no período peri-menopausa relaciona-se com patologia alimentar e depressiva.<sup>10</sup> O termo recente "perturbações alimentares na perimenopausa"<sup>11</sup> é revelador do impacto do processo biológico de envelhecimento nestas perturbações.

À semelhança do que se observa durante a puberdade, a menopausa revela-se também como um período de vulnerabilidade, devido às alterações biológicas e psicossociais, que influenciam a forma e aparência do corpo<sup>11,12,13</sup>. Autores dedicados a esta faixa etária têm proposto que a dificuldade de adaptação àquelas alterações, que são os principais desafios e tarefas desenvolvimentais da meia-idade e da idade avançada, pode influenciar negativamente a trajetória da patologia alimentar. As alterações biológicas são mediadas pelas mudanças nos níveis hormonais (principalmente de estrogénios nas mulheres), com implicações na forma corporal, metabolismo e distribuição da gordura; as alterações psicossociais prendem-se com as mudanças nos papéis e relações familiares e outras alterações significativas, que impliquem ajustamento a perdas de familiares, de amigos, de capacidades e de estatuto profissional.<sup>14</sup> Estas alterações interagem, aumentando o stress e perturbando o equilíbrio psicológico, estados que podem ser reforçados pela maior dificuldade em manter uma forma corporal magra.<sup>15</sup>

Aspetos como o estigma e a vergonha de sofrer de uma condição associada a mulheres jovens, a glorificação da atividade física e a dificuldade em distinguir os sintomas das PCA de sintomas típicos do processo de envelhecimento normal, contribuem para que estes problemas sejam subdetetados e subtratados. Isto é particularmente grave se tivermos em conta que as pessoas mais velhas são ainda mais vulneráveis às consequências físicas das perturbações alimentares.<sup>15</sup>

Para melhor compreender e ultrapassar estes problemas importa investigar o comportamento alimentar perturbado em mulheres na meia-idade e mais velhas. Os poucos estudos etiológicos têm-se debruçado essencialmente em fatores socioculturais, havendo evidências de que as mulheres nesta faixa etária estão tão ou mais sujeitas do que as mais jovens à influência dos *media*, das redes sociais e dos pares, na veiculação e reforço do ideal de magreza.<sup>14</sup>

Indivíduos com psicopatologia alimentar tendem a apresentar níveis elevados de perfeccionismo<sup>16,17,18</sup> e de afeto negativo<sup>17,19</sup> a usar estratégias desadaptativas, como o Pensamento Repetitivo Negativo (PRN)<sup>20,21,22</sup> e o autocrítico<sup>23</sup> para regularem as suas emoções negativas (e.g., vergonha, ansiedade, tristeza, culpa)<sup>24</sup>.

Apesar de as pessoas a partir da meia-idade, principalmente as mulheres, também sofrerem cada vez mais com o perfeccionismo,<sup>25</sup> o papel deste traço da personalidade e dos processos de regulação emocional cognitiva com os quais se liga ainda não foram estudados neste grupo populacional. Importa investigar as suas potenciais vias de influência nestes grupos, pois estes, sendo potencialmente modificáveis, podem ser importantes alvos para a prevenção e intervenção.

Para podermos investigar o comportamento alimentar neste grupo populacional é imprescindível dispor de instrumentos válidos e fidedignos.

O *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q)<sup>26</sup> é o questionário mais usado na avaliação da patologia alimentar. Avalia a presença e gravidade das características associadas a um diagnóstico de PCA. A sua versão portuguesa apresenta propriedades psicométricas aceitáveis<sup>27</sup>, incluído numa vasta amostra de mulheres com excesso de peso, entre os 18 e os 65 anos (idade média=43.85 ±11.890), do qual resultou uma estrutura fatorial composta por três fatores<sup>28</sup>, diferente da obtida na versão original de 28 itens. Mais recentemente, surgiu uma versão modificada, com sete itens (a original tem 28), o EDE-Q7, organizados em três fatores (Dieta Restritiva; Sobrevalorização do peso e Forma Corporais; Insatisfação com a Imagem Corporal), que tem sido replicada em diversas amostras,<sup>29,30,31</sup> incluindo de mulheres na meia-idade com excesso de peso.<sup>32</sup>

O *Screen for Disordered Eating* (SDE)<sup>33</sup> foi recentemente desenvolvido para permitir o rastreio de PCA nos Cuidados de Saúde Primária em pessoas de todas as idades e sem excluir a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC), que só desde o DSM-5<sup>1</sup> é que passou a

ser considerada nesta secção. Peritas em grupos especiais como Maine<sup>24</sup>, recomendam a utilização deste instrumento com mulheres mais velhas, mas, tanto quanto é do nosso conhecimento, as suas propriedades psicométricas ainda não foram analisadas com amostras da população portuguesa.

Com este trabalho pretendemos: 1) analisar as propriedades psicométricas (validade e fidelidade) do SDE e do EDE-Q7 numa amostra de mulheres da população geral com idades iguais e superiores a 40 anos; 2) comparar os níveis de patologia do comportamento alimentar, em mulheres com idade inferior vs. igual ou superior a 40 anos, utilizando as escalas SDE e EDE-Q7; 3) analisar o papel de variáveis clínicas (História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida (HPPLV) e psicológicas (Perfeccionismo, PRN e Afeto Negativo (AN) nos patologia do comportamento alimentar, em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos.

## **Materiais e Métodos**

Este é um estudo observacional, transversal e correlacional e realizado no âmbito do projeto de investigação “Patologia do Comportamento Alimentar, Género e Idade”, cuja investigadora principal é a Doutora Ana Telma Pereira, e que foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

### **1.Procedimentos**

A recolha dos dados da amostra foi feita através das redes sociais. As participantes acederam a um formulário *online*, no *Google Forms*, no qual constava o consentimento informado e os questionários.

### **2.Participantes**

Os questionários para a participação neste estudo foram divulgados e preenchidos entre 07 e março de 2022 e 24 de março de 2022.

Participaram neste estudo 547 mulheres, cuja maioria tinha idade igual ou superior a 40 anos, mais precisamente 516 (94.3%).

Considerando apenas as 31 mulheres com idade até aos 39 anos, inclusive, a idade média foi de 27.52 anos com um desvio padrão de 7.98 anos, variando entre os 18 e os 39 anos. Destas, 80.6% das mulheres nasceram em Portugal, 12.9% em antigas colónias portuguesas e as restantes noutros países da União Europeia. Atualmente, 90.3% das inquiridas reside em território português. 67.7% são solteiras e 32.3% são casadas ou vivem em união de facto. Desta parte da amostra, 48.4% das mulheres têm habilitações literárias correspondentes ao grau de licenciatura, 38.7% equivalentes ao ensino secundário e as restantes têm habilitações equivalentes ao grau de mestre ou doutor. Das mulheres contabilizadas 70.8% estão atualmente a trabalhar, 25.0% estão desempregadas e uma minoria está em regime de baixa ou atestado. Das inquiridas, 67.7% refere viver em meio urbano e, por oposição, 32.2% refere viver em meio rural. No momento da recolha dos dados, 77.4% das mulheres desta amostra consideraram-se saudáveis, sem qualquer doença diagnosticada pelo médico, enquanto 22.6% referem uma situação de doença atual.

Das mulheres que referem ter uma doença atualmente, a sua maioria refere ter asma. As restantes respostas distribuem-se por distúrbios do foro psíquico, gastrointestinal e reumatológico. Na maioria dos casos de doença atual, o diagnóstico foi feito há menos de cinco anos. Relativamente ao passado, 90.3% referem nunca ter sido diagnosticada com nenhuma outra doença, enquanto 9.7% referem um diagnóstico prévio de outras patologias que se distribuem por asma, burnout e gastrite crónica, todas diagnosticadas há menos de cinco anos.

Considerando as 516 mulheres com idade maior ou igual a 40 anos, a idade média é de 50.28 anos com um desvio padrão de 8.06. A idade mínima é de 40 anos e a máxima de 91 anos. Apenas 12 mulheres têm idade igual ou superior a 70 anos e, dessas, apenas uma tem idade superior ou igual a 90 anos. Desta amostra, 83.8% das mulheres nasceram em Portugal e 9.4% em antigas colónias portuguesas. As restantes nasceram noutros países da União Europeia. Atualmente, 93.3% das inquiridas reside em território português. Desta amostra, 14.5% das mulheres são solteiras e 69.2% são casadas ou vivem em união de facto, sendo as restantes viúvas ou divorciadas. Quanto às habilitações literárias, 45.7% têm habilitações equivalentes ao grau de licenciatura, 23.3% têm habilitações equivalentes ao ensino secundário e as restantes têm habilitações que se estendem desde o 1º ciclo até ao grau de mestre e doutor. Das mulheres contabilizadas, 87.5% estão atualmente a trabalhar, 5.5% estão reformadas e uma minoria está desempregada, em regime de baixa ou atestado médico. 65.3% refere viver em meio urbano e, por oposição, 34.7% refere viver em meio rural. Nesta amostra 71.3% das mulheres referem ser saudáveis, sem qualquer doença diagnosticada pelo médico, enquanto 28.7% referem uma situação de doença atual. Das mulheres atualmente doentes, as patologias mais frequentes são a hipertensão arterial, diabetes, asma e as restantes respostas distribuem-se por distúrbios do foro psíquico, gastro intestinal, reumatológico, entre outros. Na maioria dos casos de doença atual, o diagnóstico foi feito há mais de 5 anos. Das mulheres inquiridas, 79.7% refere nunca ter sido diagnosticada com nenhuma outra doença no passado, enquanto 20.3% referem um diagnóstico passado de outras patologias, sendo mais frequentes doenças neoplásicas, asma, doenças cardiovasculares e doenças do foro psíquico, a maioria diagnosticadas há mais de 5 anos.

### **3. Instrumentos e variáveis**

O inquérito era composto por questionários validados ou a validar no âmbito deste estudo, para avaliar variáveis sociodemográficas como idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação perante o trabalho, área de residência (urbana vs. rural); peso e altura (para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)); variáveis clínicas com história médica (doença diagnosticada pelo médico – atualmente e no passado); história de perturbação psicológica/psiquiátrica; variáveis psicológicas como sintomas de psicopatologia alimentar, perfeccionismo, pensamento repetitivo negativo, afeto negativo e afeto positivo.

#### *Versão Portuguesa Preliminar do Screen for Disordered Eating (SDE)*

O *Screen for Disordered Eating* (SDE)<sup>33</sup> foi recentemente desenvolvido para permitir o rastreio de PCA nos Cuidados de Saúde Primária em pessoas de todas as idades e sem excluir a PIC, que só desde o DSM-5<sup>1</sup> é que passou a ser considerada nas PCA. O SDE é

composto por cinco itens, extraídos de outros instrumentos de patologia alimentar já validados. Peritas em grupos especiais como Maine et al.<sup>24</sup> recomendam a utilização deste instrumento com mulheres mais velhas.

A resposta aos cinco itens é do tipo dicotómico – sim ou não; quanto mais elevada a pontuação, maior o grau de patologia alimentar.

#### Versão Portuguesa Reduzida do Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q7)

A versão original do EDE-Q é constituída por 28 itens,<sup>26</sup> cuja matriz fatorial apresenta problemas de validade de construto).<sup>28</sup>

Recentemente, surgiu uma versão modificada, com sete itens, organizados em três fatores (Dieta Restritiva (DR); Sobrevalorização do Peso e Forma Corporais (SPFC); Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC)), que tem sido replicada em diversas amostras, nomeadamente da população portuguesa, com estudos psicométricos realizados com raparigas, rapazes, doentes com PCA diagnosticada<sup>31</sup> e mulheres na meia-idade com excesso de peso.<sup>32</sup>

É solicitado aos respondentes que indiquem em quantos dias nas últimas quatro semanas ou em que grau, ocorreu cada um dos comportamentos, atitudes ou sentimentos referidos. É utilizada uma escala tipo *Likert* de sete pontos para as respostas, com as pontuações mais elevadas a refletir maior gravidade ou frequência dos sintomas.<sup>32</sup>

#### BIG-3 - Perfectionism Scale-16<sup>34</sup>

Este questionário é uma versão reduzida composto por 16 itens (a versão original tem 45 itens) com 5 opções de resposta, consoante a escala de *Likert*, que varia entre “discordo fortemente” (1 ponto) e “concordo fortemente” (5 pontos). Avalia três dimensões globais do perfeccionismo: o Perfeccionismo Rígido (PRG), com 6 itens a seu respeito; o Perfeccionismo Autocrítico (PAC), composto por 4 itens; e o Perfeccionismo Narcísico (PNC), com 6 itens.<sup>35</sup>

O PRG avalia a crença do indivíduo de que o seu desempenho deve ser livre de falhas ou erros, edificando assim a sua autoestima e desenvolvendo padrões de desempenho baseados na premissa de que ser perfeito e procurar a perfeição é possível e importante.

O PAC compreende traços segundo os quais o indivíduo acredita que os outros lhe impõem exigências irrealistas, desenvolvendo assim insegurança quanto ao seu desempenho e percepção de discrepância devido a inevitáveis falhas ou erros, o que acarreta autocrítica excessiva por não atingir a perfeição desejada.

Por último, o PNC engloba os indivíduos que acreditam que são perfeitos e superiores relativamente aos outros e que, por essa razão, são merecedores de prerrogativas e

tratamento especial. Por sua vez, estes indivíduos detêm expectativas excessivamente elevadas em relação aos outros, desvalorizando-os ao perceberem as suas imperfeições.<sup>36</sup>

#### Perseverative Thinking Questionnaire (QPP-1)<sup>37</sup>

Originalmente *Perseverative Thinking Questionnaire*, esta escala multidimensional foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as características nucleares do Pensamento Repetitivo Negativo (PRN) sem as associar necessariamente a perturbações específicas. O QPP-15 é composto por 15 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 0 (“Nunca”) a 4 (“Quase sempre”). Na versão portuguesa foram encontradas 2 subescalas: Pensamento Repetitivo (PR) – com 7 itens –, que reflete o processo mental do PRN, e Interferência Cognitiva e Improdutividade (ICI), composto por 8 itens, que avalia os efeitos disfuncionais, de improdutividade e interferência, do PRN.

#### **4. Análise estatística**<sup>38</sup>

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS *Statistics* versão 27.0. Foram descritas as variáveis através de medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (mínimo e máximo e desvio padrão) e foram calculados os coeficientes  $\alpha$  de Cronbach para avaliar a consistência interna das escalas e dimensões utilizadas. Para confirmar a fiabilidade das medidas (totais e dimensionais) os coeficientes devem ser superiores a 0.7 (Pereira et al. 2018). Nas análises de correlação foi usado o coeficiente de Pearson, para explorar as relações entre as variáveis. Para avaliar a magnitude usamos os critérios de Cohen: de .10 a .25 – ligeira; de .25 a .49 – moderada; a partir de .50 – elevada.

Para estudar os modelos de mediação simples foi usado o modelo 4 da macro PROCESS para SPSS, versão 3.5, desenvolvido por Andrew F. Hayes. Esta macro utiliza o método *bootstrapping* para calcular os intervalos de confiança para os efeitos direto ( $c'$ ), indireto ( $c$ ) e total (a soma dos anteriores). O efeito direto resulta do impacto da variável independente (dimensões de perfeccionismo) na variável dependente (dimensões do comportamento alimentar perturbado), e o efeito indireto representa o impacto da variável mediadora (dimensões do afeto) na relação entre a variável independente e a dependente. Se o intervalo de confiança do efeito indireto não contiver o valor zero, admite-se que a diferença entre o efeito total e o direto é diferente de zero, e, portanto, o efeito indireto é significativo.



## Resultados

### 1. Estudo psicométrico

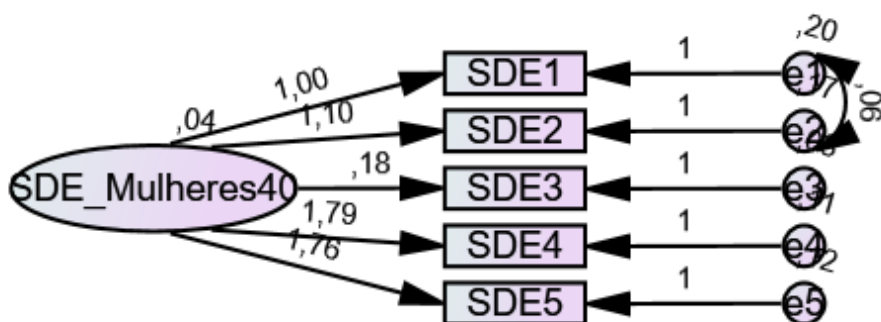
#### 1.1 Versão portuguesa preliminar do *Screen for Disordered Eating* (SDE)

##### Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

De forma a testar a estrutura fatorial do SDE foi elaborada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), partindo do modelo unifatorial original.

O primeiro ensaio de AFC resultou em índices de ajustamento problemáticos<sup>41</sup> (Tabela 1). Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os Índices de Modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado dois pares de erros de itens com  $IM > 11.000$ , tal como sugerido por Marôco et al.<sup>38</sup>: par de itens 4 (“Preocupada com desejo de ser mais magra”) e 5 (“Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.”) -  $IM = 19.651$  e par 1 (“Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa”) e 2 (“Controlar a quantidade de comida que ingere.”) -  $IM = 15.436$ . Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Índices de ajustamento dos modelos testados.					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSE	CFI	TLI	GFI
	A				
Modelo unifatorial	10.753	.138	.958	.752	.876
Ajustamento					
Interpretação de valores <sup>41</sup>	Mau	Mau	Bom	Sofrível	Bom
Modelo unifatorial com dois pares de erros correlacionados	1.502	.031	.987	.995	.965
Ajustamento					
Interpretação de valores <sup>41</sup>	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom



**Figura 1** – Screen for Disordered Eating (SDE) – Modelo fatorial

### Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 2 apresenta o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído e a correlação item-total corrigido. O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (5 itens) foi de .672.

Tabela 2 – Carga fatorial e validade Interna dos itens – SDE					
	CF	CITC	$\alpha$	M	DP
Vontade de comer quando está emocionalmente incomodada ou ansiosa.	.404	.446	.612	.61	.488
Controlar a quantidade de comida queingere.	.466	.493	.588	.31	.465
Provocar o vômito.	.414	.186	.700	.03	.168
Preocupada com desejo de ser mais magra.	.719	.511	.578	.39	.489
Acha que tem excesso de peso mesmo quando os outros dizem que está magra.	.711	.495	.587	.38	.486

**Notas:** **CF** – Carga Fatorial; **CITC** – Correlação Item-Total Corrigido;  $\alpha$  – Coeficiente Alfa de *Cronbach*; **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão;

## **1.2. Versão Portuguesa Reduzida do Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q7)**

### Validade de construto – Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Partindo do modelo de três fatores, o primeiro ensaio de Análise Fatorial Confirmatória (AFC) resultou em índices de ajustamento aceitáveis<sup>39</sup> (Tabela 3), tanto para o modelo de

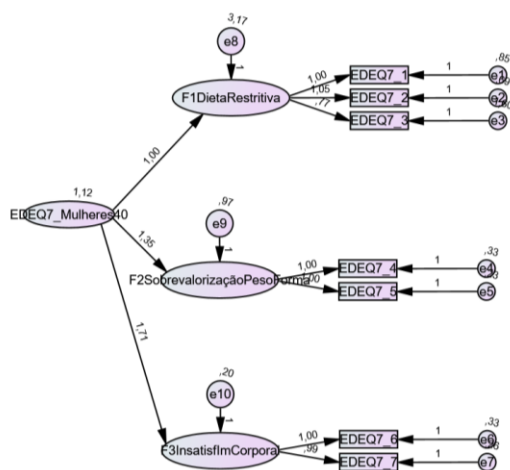
primeira ordem, como para o de segunda ordem (Figura 2).

Tabela 3 – Índices de ajustamento dos modelos testados.					
	X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo de três fatores	3.619	.084	.989	.979	.973
Ajustamento					
Interpretação de valores <sup>41</sup>	Bom	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Modelo de três fatores de segunda ordem	6.712	.084	.987	.977	.977
Ajustamento					
Interpretação de valores <sup>41</sup>	Bom	Aceitável	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação de EDE-Q7 (Tabela 4) revela que estas são moderadas e significativas ( $p < .001$ ), sendo de 0.806 (entre o EDE-Q7\_Total e SPFC), 0.839 (entre o EDE-Q7\_Total e DR) e 0.840 (entre o EDE-Q7\_Total e IIC). A correlação entre os fatores foi significativa e moderada, variando desde 0.417 (entre SPFC e DR) e 0.765 (entre IIC e SPFC).

Tabela 4 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as pontuações total e fatoriais no EDE-Q7.				
	EDE-Q7_TOTAL	DR	SPFC	IIC
EDE-Q7_TOTAL	1			
DR	.839**	1		
SPFC	.806**	.417**	1	
IIC	.840**	.469**	.765**	1

**Notas:** EDE-Q7 – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; DR – Dieta Restritiva; SPFC – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; IIC – Insatisfação com a Imagem Corporal; \*\* $p < .01$ .



**Figura 2** – *Eating Disorders Examination Questionnaire* – EDE-Q7 – Modelo fatorial de segunda ordem.

### Fidelidade – Consistência Interna

A Tabela 5 apresenta o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído e a correlação item-total corrigido e item-total dimensional.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala global (5 itens) foi de .897 e o de cada fator foi <.90, apesar do reduzido número de itens.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0,40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse (Tabela 5).

Tabela 5 – Carga fatorial e validade interna dos itens – EDE-Q7							
	CF	CITC	$\alpha$	CITDC	$\alpha$	M	DP
1. Limitar propositadamente a quantidade de comida para influenciar o seu peso ou forma corporal.	.913	.847	.840	.681	.885	1.86	2.270
2. Evitar comer alimentos que gosta para influenciar o peso ou forma corporal.	.933	.859	.830	.681	.886	2.00	2.324
3. Seguir regras rígidas relativamente à alimentação para influenciar o peso ou forma corporal.	.783	.750	.830	.643	.886	1.28	2.039
<b>DR - <math>\alpha=.907</math></b>							
4. Peso influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	.949	.914	---	.719	.881	1.69	1.827
5. Forma corporal influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa.	.963	.914		.707	.882	1.66	1.798
<b>SPFC - <math>\alpha=.955</math></b>							
6. Insatisfeita com o seu peso.	.956	.921	---	.758	.876	2.29	1.958
7. Insatisfeita com a sua forma corporal.	.964	.921		.747	.877	2.22	1.927
<b>IIC - <math>\alpha=.955</math></b>							

**Notas:** **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **CF** – Carga Fatorial; **CITC** – Correlação Item-Total Corrigido;  $\alpha$  – Coeficiente Alfa de *Cronbach*; **CITDC** – Correlação Item-total Dimensional Corrigido; **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal.

## 2 - Estudo descritivo e correlacional

### 2.1. Comparação dos níveis de Patologia Alimentar entre mulheres com idade inferior vs. igual ou superior a 40 anos

Os dois grupos etários não se distinguiram significativamente quanto às pontuações médias de sintomas de Patologia do Comportamento Alimentar quando avaliada quer pelo EDE-Q7, quer pelo SDE (Tabela 6).

**Tabela 6** – Teste t de *Student* para comparação entre das pontuações médias nas variáveis de patologia alimentar por grupos etários.

Variáveis	Idade < 40 anos (n=31)		Idade ≥ 40anos (n=516)		t	p
	M	DP	M	DP		
EDE-Q7_Total	14.19	9.938	12.99	11.17	.585	NS
EDE-Q7_Dieta Restritiva	5.74	6.22	5.14	6.10	.532	NS
EDE-Q7_Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal	4.06	3.49	3.34	3.55	1.104	NS
EDE-Q7_Insatisfação com a Imagem Corporal	4.39	3.12	4.51	3.81	-.176	NS
SDE_Total	1.42	1.34	1.73	1.44	-1.167	NS

**Notas:** **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão; **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **SDE** - *Screen for Disordered Eating*.

### 2.2. Comparação dos níveis de patologia alimentar entre mulheres com vs. sem História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida

As mulheres com História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida, HPPLV, em comparação com as mulheres sem HPPLV, apresentaram pontuações médias significativamente mais elevadas na pontuação total da EDE-Q7 bem como nas suas pontuações dimensionais de Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal e de Insatisfação Relativa à Imagem Corporal (Tabela 7).

**Tabela 7 – Teste t de Student para comparação entre das pontuações médias nas variáveis de patologia alimentar por grupos de HPPLV.**

Variáveis	Com HPPLV (n=163)		Sem HPPLV (n=353)		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>EDE-Q7_Total</b>	15.0307	11.25870	12.0510	11.02052	-2.836	.005
<b>EDE-Q7_Dieta Restritiva</b>	5.5337	5.96418	4.9603	6.16475	-.992	NS
<b>EDE-Q7_Sobrevalorização do peso e forma corporal</b>	4.1350	3.75075	2.9745	3.39065	-3.493	.001
<b>EDE-Q7_Insatisfação com a Imagem Corporal</b>	5.3620	3.72814	4.1161	3.78478	-3.492	.001
<b>SDE_Total</b>	1.8834	1.45887	1.6572	1.42574	-1.663	NS

**Notas:** HPPLV – História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida; **M** – Média; **DP** – Desvio Padrão; **EDE-Q7** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **SDE** – *Screen for Disordered Eating*; **NS** – Não significativo.

### 2.3. Correlação entre variáveis psicológicas e níveis de patologia alimentar de mulheres com idade igual ou superior a 40 anos.

As variáveis do comportamento alimentar perturbado correlacionaram-se significativa e positivamente, ainda que com magnitude moderada, com o afeto negativo. Os coeficientes de correlação com as dimensões de perfeccionismo foram significativos, positivos e de um modo geral moderados, exceto entre o perfeccionismo narcísico e a Dieta Restritiva. Também apenas esta dimensão não se correlacionou com o as variáveis de PRN (pontuação total e dimensionais); com todas as outras os coeficientes de correlação foram significativos, positivos e de magnitude moderada.

**Tabela 8 – Correlação entre variáveis psicológicas e níveis de patologia alimentar de mulheres com idade igual ou superior a 40 anos**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 IMC	1														
2 EDE-Q7_Total	.008	1													
3 EDE-Q7_DR	-.034	.839**	1												
4 EDE-Q7_SPFC	.058	.806**	-.417**	1											
5 EDE-Q7_IIC	.024	.840**	.469**	.765**	1										
6 SDE_Total	.025	.516**	.318**	.503**	.536**	1									
7 AP	-.048	0.034	.123**	-0.069	-0.032	-.127**	1								
8 AN	.025	.231**	.148**	.240**	.217**	.151**	0.081	1							
9 BIG3_Total	.060	.311**	.157**	.360**	.325**	.277**	-0.011	.327**	1						
10. PRG	.009	.302**	.186**	.337**	.276**	.237**	0.031	.260**	.904**	1					
11. PAC	.074	.332**	.157**	.384**	.364**	.301**	-0.066	.368**	.900**	.784**	1				
12. PNC	.065	.170**	0.067	.208**	.196**	.174**	0.020	.210**	.807**	.596**	.532**	1			
13. QPP_Total	.077	.245**	0.077	.321**	.295**	.222**	-.148**	.525**	.501**	.414**	.582**	.288**	1		
14. QPP_PR	.053	.244**	0.084	.305**	.297**	.200**	-.094*	.509**	.505**	.424**	.580**	.289**	.959**	1	
15. QPP_ICI	.094*	.227**	0.065	.312**	.272**	.225**	-.188**	.501**	.461**	.373**	.540**	.265**	.964**	.848**	1

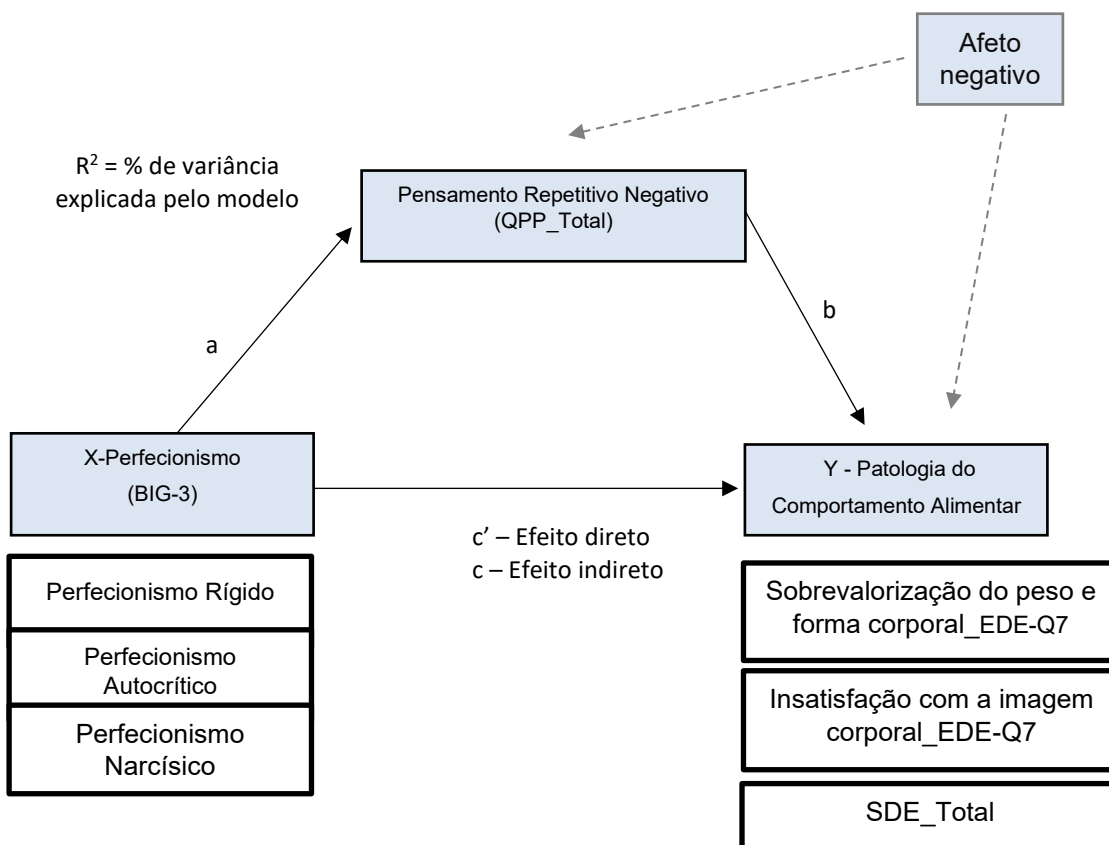
**Notas:** **IMC** – Índice de Massa Corporal; **EDE** – *Eating Disorders Examination Questionnaire*; **DR** – Dieta Restritiva; **SPFC** – Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal; **IIC** – Insatisfação com a Imagem Corporal; **SDE** – *Screen for Disordered Eating*; **AP** – Afeto Positivo; **AN** – Afeto Negativo; **BIG3** – *Perfectionism Scale*; **PRG** – Perfeccionismo Rígido; **PAC** – Perfeccionismo Autocrítico; **QPP** – Questionário de Pensamento Perseverativo; **PR** – Pensamento Repetitivo **ICI** – Interferência Cognitiva e Improdutividade



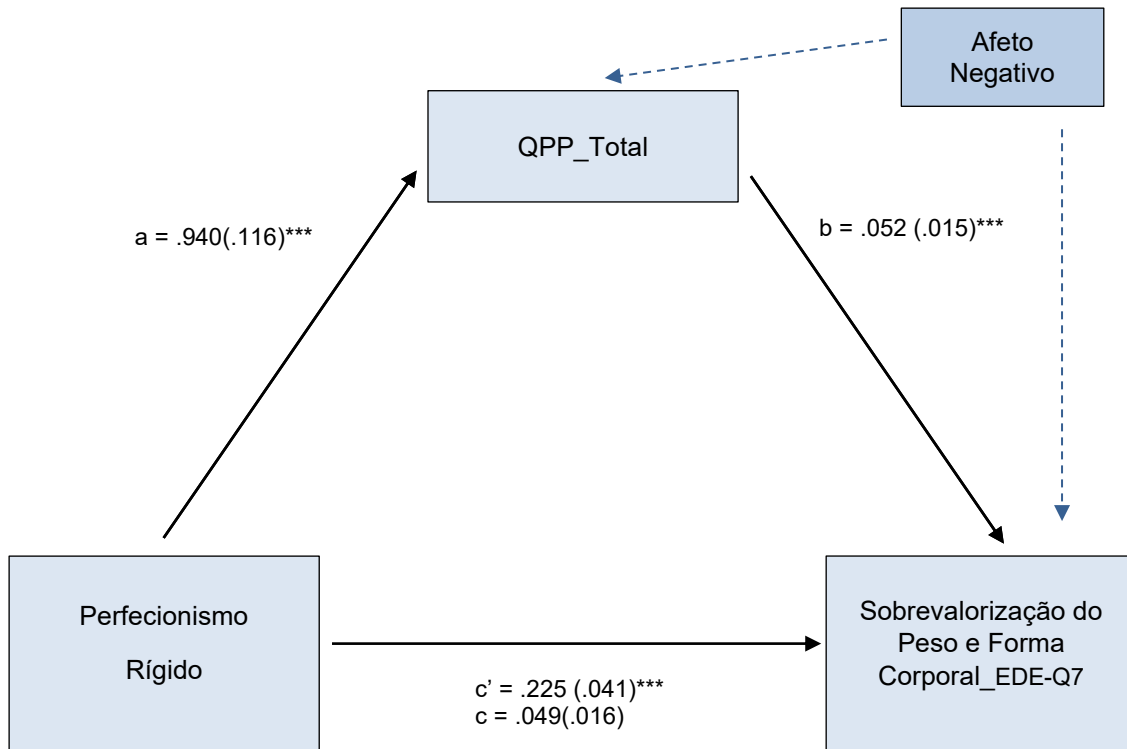
### 3. Análises de mediação

Com base no padrão de resultados obtido nas correlações, foram realizados diversos modelos de mediação simples (modelo 4) com o PRN, dado pela pontuação total no QPP (M) como mediador da relação entre o perfeccionismo (Y, variáveis independentes) e as dimensões de patologia alimentar (X, variáveis dependentes). Como se verificaram coeficientes de correlação significativos entre todas estas variáveis e o afeto negativo, este foi controlado estatisticamente nos modelos testados. O modelo 0, apresentado de seguida, esquematiza os diversos testes de mediação efetuados.

São apresentados os diagramas relativos aos modelos de mediação testados (Figura 3 a 11). Nas Tabelas 9.1 a 9.3 apresenta-se o resumo dos resultados das análises de mediação, com indicação dos efeitos diretos ( $c'$ ) e indiretos ( $c$ ) que foram estimados para todas as mediações.

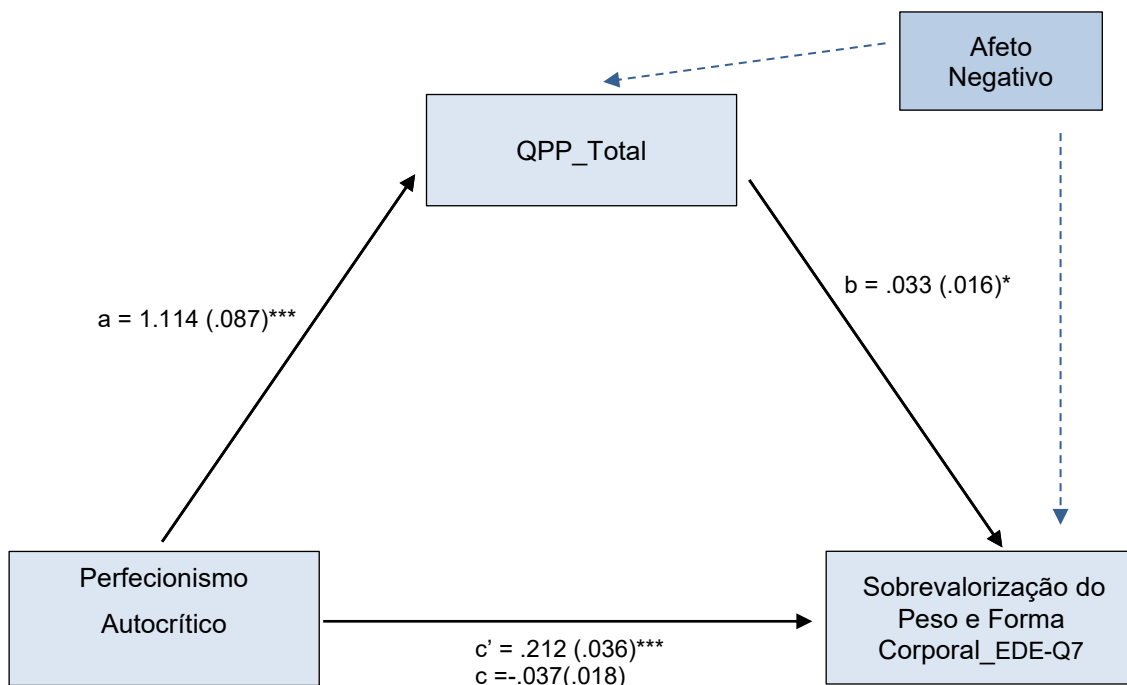


**Figura 3** – Modelo 0: Esquema ilustrativo da mediação múltipla em série.



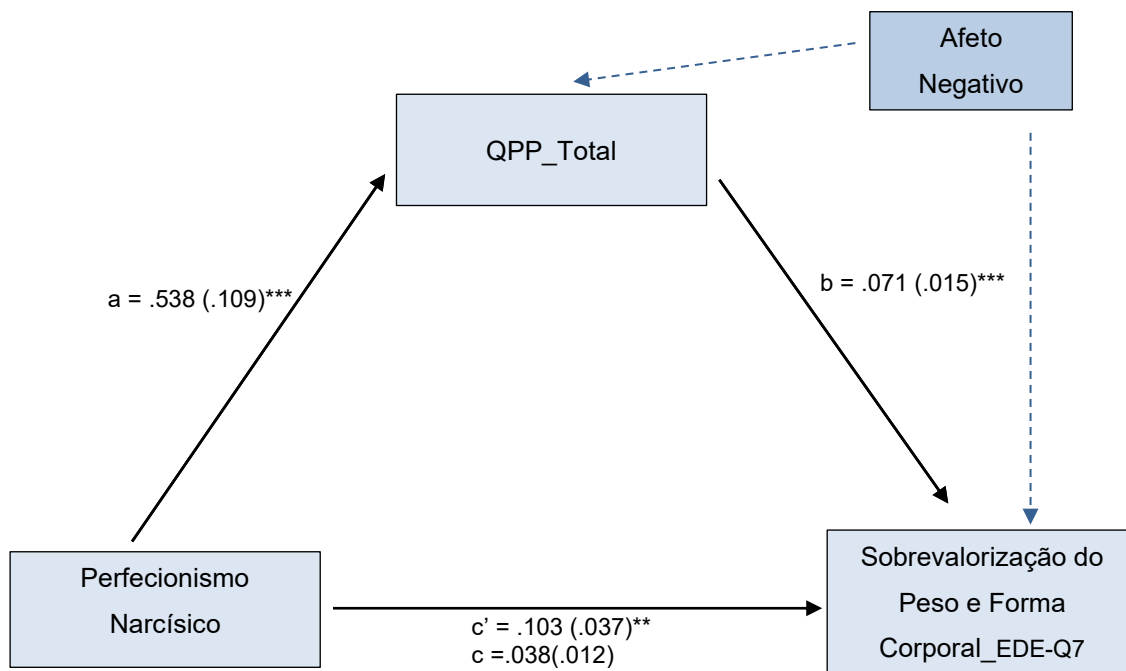
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 4** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e a Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal, controlando o Afeto Negativo.



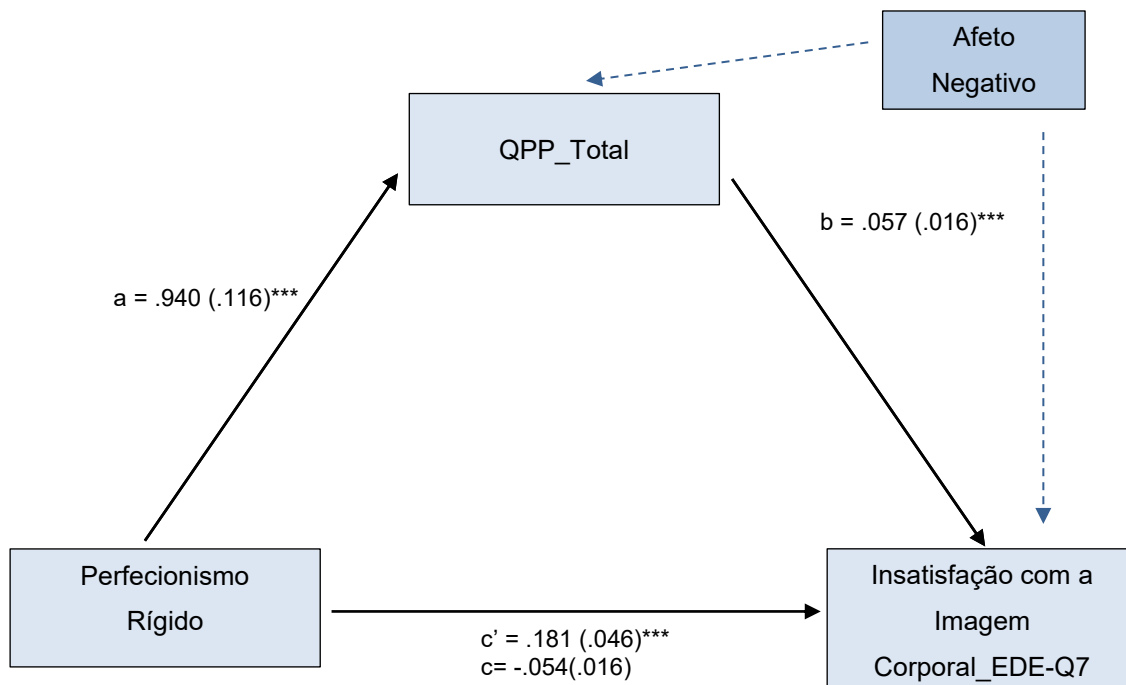
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 5** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocrítico e a Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal, controlando o Afeto Negativo.



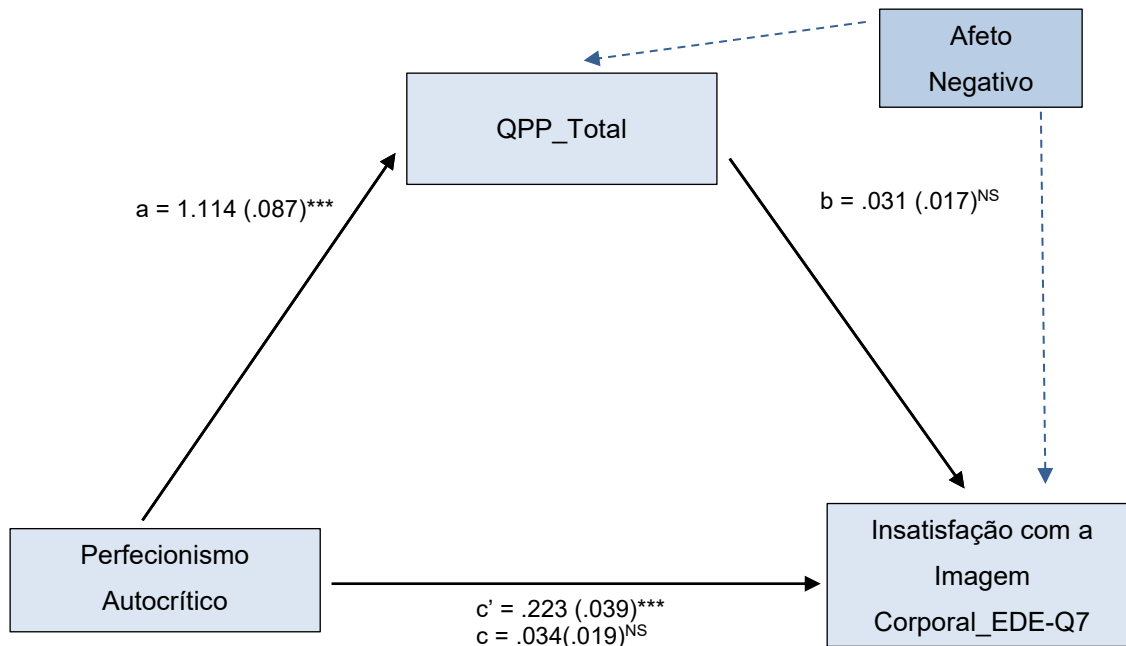
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 6** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e a Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal, controlando o Afeto Negativo.



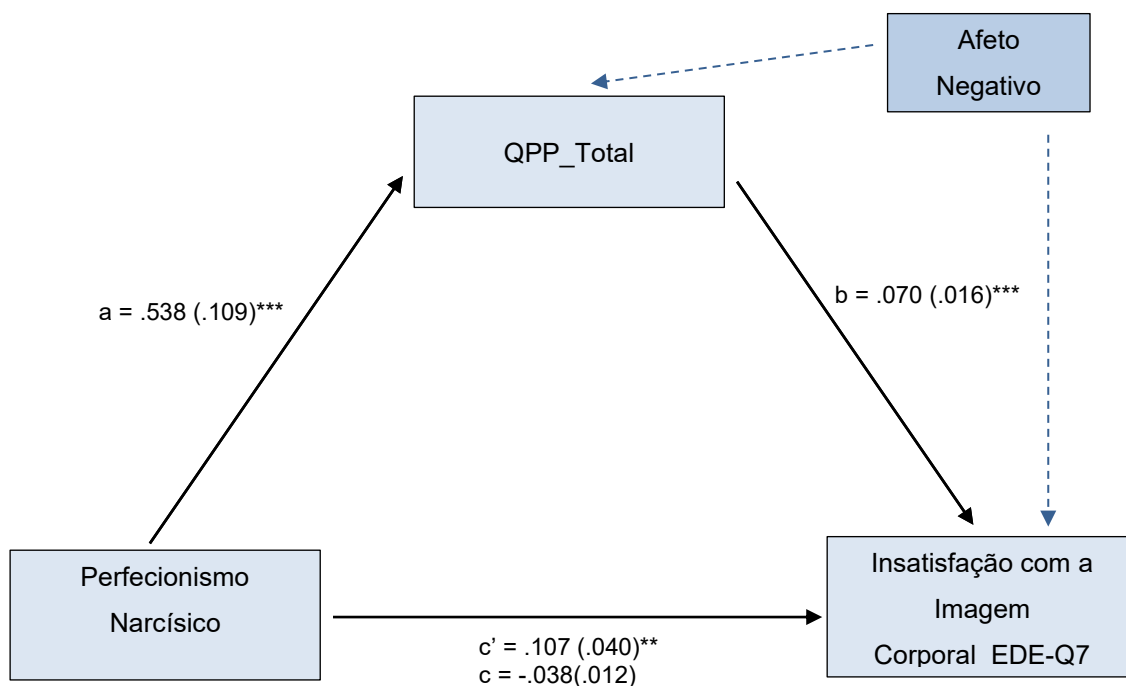
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 7** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e a Insatisfação com a Imagem Corporal, controlando o Afeto Negativo.



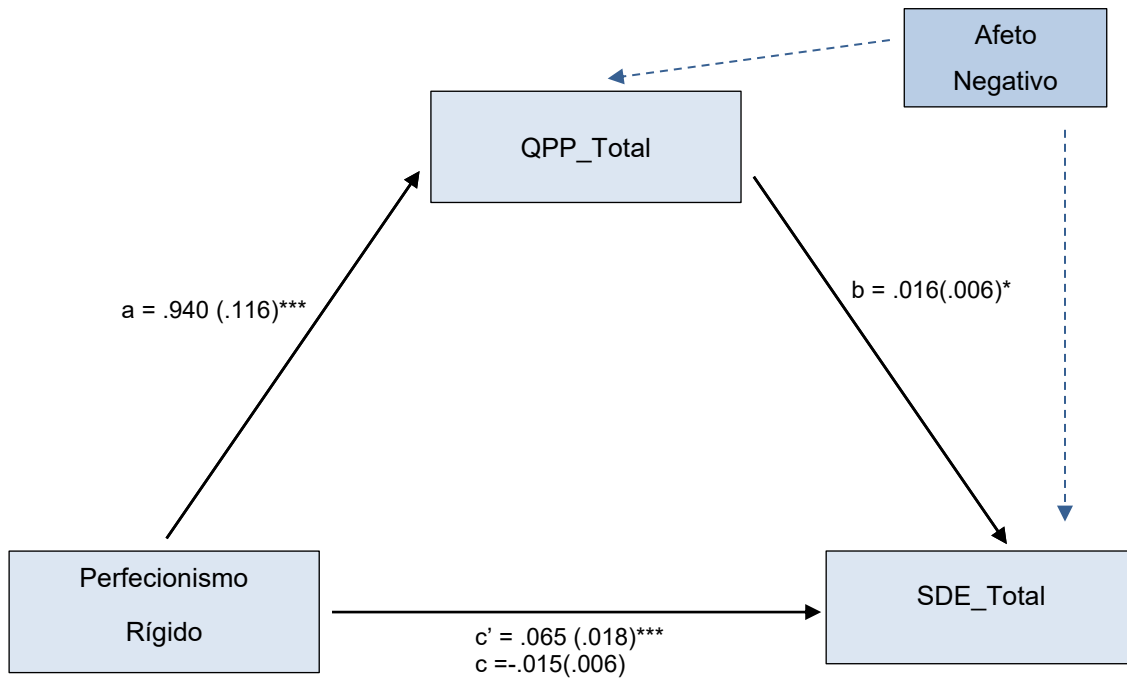
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 8** – Papel do pensamento repetitivo negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocritico e a Insatisfação com a Imagem Corporal, controlando o Afeto Negativo.



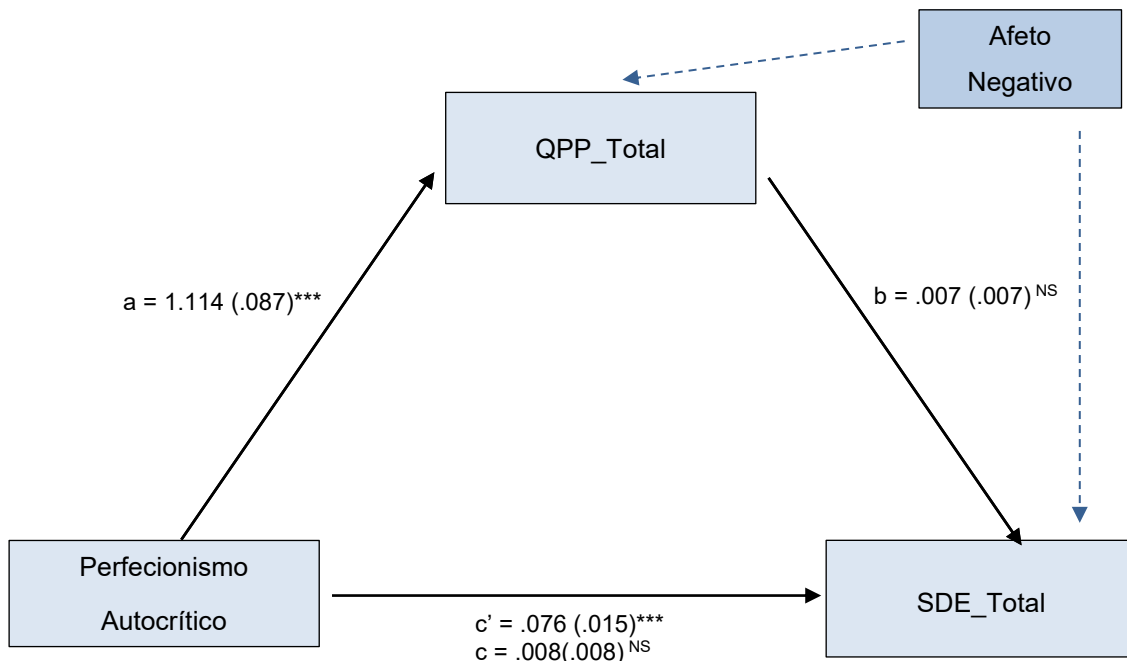
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 9** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e a Insatisfação com a Imagem Corporal, controlando o Afeto Negativo.



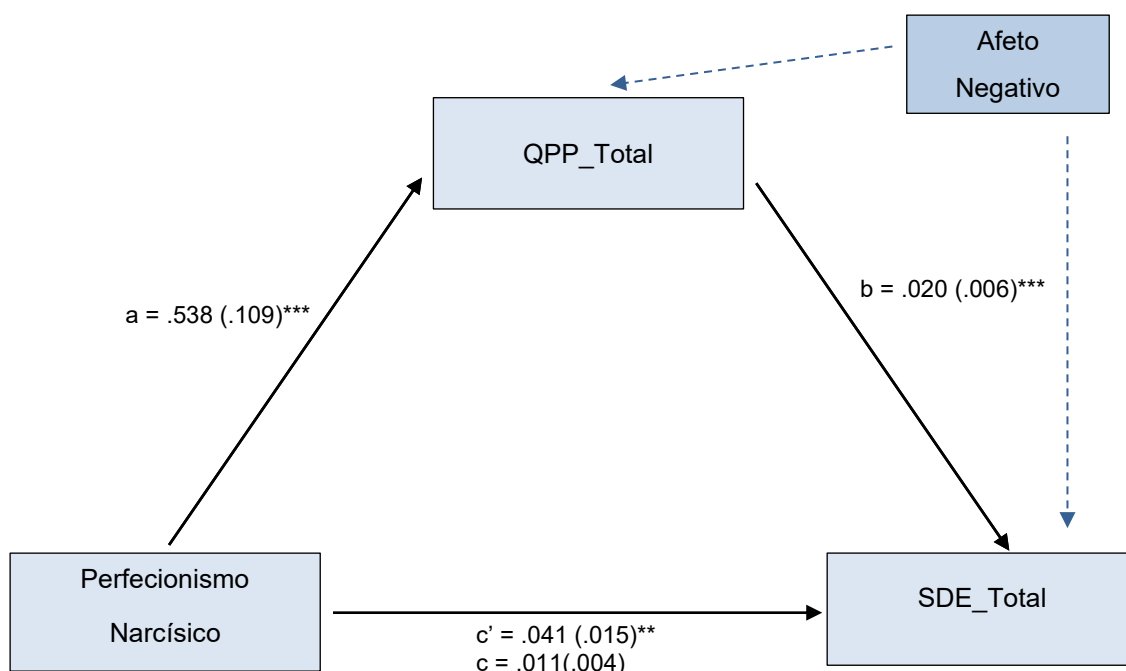
Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 10** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e o SDE\_Total, controlando o Afeto Negativo.



Nota: NS: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 11** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocrítico e o SDE\_Total, controlando o Afeto Negativo



Nota: **NS**: não significativo; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

**Figura 12** – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e o SDE\_Total, controlando o Afeto Negativo.

**Tabela 9** – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados às diferentes dimensões

**Tabela 9.1** – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados à Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal.

Modelo 1.1 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e a Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal ( $R^2=15.9\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.077 (.043),  $p=.077$ ].

<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.274	.039	<.001	-.196	-.351
<b>Efeito Direto (c')</b>	.225	.041	<.001	.143	.306
<b>Efeito Indireto(c)</b>	.049	.016	---	.020	.083
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				

Modelo 1.2 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocrítico e a Sobrevalorização peso e forma corporal ( $R^2=16.6\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.067 (.043),  $p=.123$ ].

<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.249	.039	<.001	.187	.312
<b>Efeito Direto (c')</b>	.212	.036	<.001	.141	.283
<b>Efeito Indireto(c)</b>	.037	.018	---	.002	.074
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				
<b>Modelo 1.3 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e a Sobrevalorização Peso e Forma Corporal (R<sup>2</sup>=12.4%), controlando o Afeto Negativo [.081 (.044), p=.069].</b>					
<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.141	.037	<.001	.068	.213
<b>Efeito Direto (c')</b>	.103	.037	.006	.030	.175
<b>Efeito Indireto(c)</b>	.038	.012	---	.017	.065
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				
<b>Notas: SE – Standard Error.</b>					

**Tabela 9.2–** Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados à Insatisfação com a Imagem Corporal.

**Modelo 2.1 –** Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e a Insatisfação com a Imagem Corporal (R<sup>2</sup>=12.0%), controlando o Afeto Negativo [.073 (.048), p=.127].

<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.235	.043	<.001	.150	.320
<b>Efeito Direto (c')</b>	.181	.046	<.001	.091	.270
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.054	.004	---	.006	.023
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				
<b>Modelo 2.2 –</b> Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocrítico e Insatisfação com a Imagem Corporal (R <sup>2</sup> =14.6%), controlando o Afeto Negativo [.059 (.047), p=.209].					
<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>

<b>Efeito Total</b>	.257	.034	<.001	.190	.325
<b>Efeito Direto (c')</b>	.223	.039	<.001	.146	.301
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.034	.019	---	-.003	.073
<b>Interpretação</b>	Não existe mediação.				
Modelo 2.3 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e Insatisfação com a Imagem Corporal ( $R^2=10.5\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.074 (.048), $p=.126$ ].					
<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.144	.040	<.001	.066	.223
<b>Efeito Direto (c')</b>	.107	.040	.008	.028	.186
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.038	.012	---	.017	.064
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				
<b>Notas:</b> SE – Standard Error					

**Tabela 9.3** – Efeito total, direto e indireto dos modelos de mediação aplicados ao SDE\_Total.

Modelo 3.1 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Rígido e o SDE\_Total ( $R^2=7.50\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.014 (.018),  $p=.455$ ].

<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.080	.017	<.001	.047	.113
<b>Efeito Direto (c')</b>	.065	.018	<.001	.031	.100
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.015	.006	---	.003	.028
<b>Interpretação</b>	Mediação parcial.				
Modelo 3.2 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Autocrítico e o SDE_Total ( $R^2=9.40\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.009 (.018), $p=.611$ ].					
<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.084	.013	<.001	.058	.110
<b>Efeito Direto (c')</b>	.076	.015	<.001	.046	.106
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.008	.008	---	-.007	.024



<b>Interpretação</b>	Não existe mediação.				
Modelo 3.3 – Papel do Pensamento Repetitivo Negativo na mediação entre o Perfeccionismo Narcísico e o SDE_Total ( $R^2=6.30\%$ ), controlando o Afeto Negativo [.014 (.019), $p=.453$ ].					
<i>Bootstrapping</i>					
	<i>Coefficient</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
<b>Efeito Total</b>	.052	.015	.001	.022	.082
<b>Efeito Direto (c')</b>	.041	.015	.009	.010	.071
<b>Efeito Indireto (c)</b>	.011	.004	---	.004	.019
<b>Interpretação</b>	Existe mediação parcial.				
<b>Notas:</b> SDE – Screen for Disordered Eating SE – Standard Error.					

## Discussão e Conclusão

Este estudo pretendia desde o início analisar as propriedades psicométricas do SDE e do EDE-Q7 numa amostra de mulheres da população geral com idades superiores a 40 anos, para depois, a confirmarem-se válidas e fidedignas, comparar os níveis de patologia alimentar em mulheres com idade inferior vs. igual ou superior a 40 anos, e aprofundar a compreensão deste fenómeno nas mulheres mais velhas, nomeadamente o papel de diversas variáveis, incluindo a História de Perturbação Psiquiátrica ao Longo da Vida (HPPLV), o traço de personalidade perfeccionismo e o Pensamento Repetitivo Negativo (PRN).

O estudo psicométrico do SDE, revela que o instrumento tem boa validade de construto e consistência interna, apesar do seu reduzido número de itens e de cada um avaliar um domínio de patologia alimentar. As correlações significativas, positivas e moderadas entre a pontuação no SDE e as pontuações total e dimensionais da EDE-Q7 revelam também que aquela tem boa validade concorrente. Estes resultados favoráveis incentivam a que a investigação desta escala continue, nomeadamente para analisar as suas propriedades operativas, como a sensibilidade, especificidade e poder preditivo, através da metodologia das Curvas ROC, já que este instrumento foi especificamente desenvolvido para o rastreio das PCA nos cuidados de saúde primário.

Também a EDE-Q7 voltou a revelar-se um instrumento com boa validade de construto e boa fidelidade, desta feita numa amostra de mulheres de meia-idade e mais velhas da população geral. Em Portugal dispúnhamos já de evidências favoráveis à validade deste instrumento de apenas sete itens com amostras clínicas e da população geral, mas não especificamente para este grupo populacional.

O estudo psicométrico destes dois instrumentos – rápidos, válidos e fidedignos – é um importante contributo deste trabalho, permitindo que, estando na sua posse, se parta para a testagem de outras hipóteses.

Confirmámos, desde logo, que os níveis de patologia do comportamento alimentar entre mulheres com idade inferior vs. igual ou superior a 40 anos não se distinguiram significativamente dos de mulheres mais novas, tanto quando avaliada através das pontuações médias (total e dimensionais) no EDE-Q7 como no SDE.

A comparação dos níveis de patologia alimentar entre mulheres com vs. sem HPPLV, revelou que, como seria de esperar, as mulheres com HPPLV, em comparação com as mulheres sem HPPLV, apresentam pontuações médias significativamente mais elevadas na pontuação total da EDE-Q7, bem como nas suas pontuações dimensionais de Sobrevalorização do Peso e Forma Corporal (SPFC) e de Insatisfação Imagem Corporal (IIC). Este achado é consistente com evidências de que ter história psiquiátrica prévia é um fator de risco para comportamento alimentar perturbado em mulheres.<sup>40</sup>

Este estudo confirma que também com mulheres mais velhas, o perfeccionismo influencia as perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente através do aumento do (PRN). O mesmo já se tinha verificado com amostras de mulheres mais novas, tanto com amostras clínicas como da população geral.<sup>20,21</sup>

O PRN pode corresponder a uma atividade cognitiva frequente, repetitiva, intrusiva e relativamente incontrolada, focada sobre os próprios problemas (atuais, passados ou futuros) ou experiências negativas (passadas ou antecipadas). Sendo o PRN potencialmente modificável, nomeadamente através de estratégias de intervenção baseadas em *mindfulness*,<sup>42</sup> este achado fica como um incentivo à utilização deste tipo de técnicas na prevenção e tratamento de mulheres com sintomas das PCA.

Tanto quanto é do nosso conhecimento este é o primeiro estudo que explora a relação entre o perfeccionismo operacionalizado através deste modelo tridimensional, que engloba o Autocrítico, o Rígido e o Narcísico, e o comportamento alimentar perturbado. Na análise correlacional, todas estas facetas do perfeccionismo se associaram positivamente com as variáveis de patologia alimentar, apresentando o Perfeccionismo Narcísico (PNC) as magnitudes mais baixas, ainda que significativas, exceto com a Dieta Restritiva (DR).

Com as análises de mediação, verificámos que todos os modelos propostos tiveram um efeito total significativo, mostrando o efeito preditivo do perfeccionismo e do PRN na psicopatologia alimentar.

Para a DR não foram testados modelos de mediação pois esta dimensão da patologia alimentar correlacionou-se com o Perfeccionismo Autocrítico (PAC) e com o Perfeccionismo Rígido (PRG), mas não com o PRN.

Já com a SPFC, tanto o efeito direto dos três traços de perfeccionismo como o efeito indireto do mediador, o PRN, foram significativos, revelando-se a mediação parcial. Por outras palavras, uma das vias pelas quais os elevados níveis de perfeccionismo levam à SPFC, é pela via de aumentar o PRN.

Para a Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC) todos os traços tiveram efeito direto significativo, sendo que, no modelo de mediação em que a Variável Independente foi o Perfeccionismo Autocrítico, não houve mediação, ou seja, o efeito deste na Variável Dependente revelou-se independente do PRN. Já com o efeito dos outros dois traços, PRG e PNC, foi mediado pelo PRN. Um padrão de resultados semelhante foi encontrado tendo como Variável Dependente a pontuação total do *SDE*: o PRN é mediador da relação entre PRG/PNC e sintomatologia do comportamento alimentar, mas não é mediador da relação entre este *outcome* e o PAC.

Em outros estudos com esta escala de perfeccionismo foi também o PAC que mais significativamente se associou a consequências psicológicas negativas, incluindo depressão,

ansiedade e burnout.<sup>42,43</sup>

Podemos estabelecer uma comparação com um estudo que, apesar de ter realizado com outro instrumento para a avaliação do perfeccionismo, que permite operacionalizá-lo em Perfeccionismo Adaptativo e Não Adaptativo, respetivamente, Esforços Perfeccionistas e Preocupações Perfeccionistas, já que algumas das facetas e itens englobados no PAC também são incluídas naquela dimensão negativa do modelo bidimensional do perfeccionismo. Ainda que com outros mediadores, designadamente a Autoapresentação Perfeccionista, esse estudo mostrou que as Preocupações Perfeccionistas tiveram efeito direto significativo na Patologia do Comportamento Alimentar medida pelo *EDE-Q* enquanto os esforços perfeccionistas (que têm também alguns itens em comum com a dimensão PRG) não tinham efeito direto significativo.<sup>44</sup>

Quanto ao papel do PNC, pode também ser enquadrado com resultados deste mesmo estudo no qual a autoapresentação perfeccionista, traço que noutros estudos se correlacionou significativa e moderadamente com aquela dimensão do BIG-3,<sup>34,45</sup> é também preditor de patologia do comportamento alimentar medida pelo *EDE-Q*.<sup>44</sup> Além disso, uma revisão recente concluiu que existe uma associação positiva entre níveis de gravidade dos diagnósticos de perturbação de comportamento alimentar e níveis de narcisismo; especificamente, que há uma clara correlação entre narcisismo vulnerável (aquele que, segundo Stoeber et al.<sup>46</sup> mais se aproxima do construto de perfeccionismo narcísico) e perturbações alimentares, principalmente com a Bulimia Nervosa. Com efeito, também no nosso estudo, a única dimensão da patologia alimentar que não se relacionou com o PNC foi a DR, mais típica de quadros de Anorexia Nervosa.<sup>47</sup>

A correlação entre AN e psicopatologia do comportamento alimentar era um resultado expectável, já que replica o encontrado previamente com mulheres de meia-idade com excesso de peso<sup>27</sup> e com raparigas estudantes<sup>48</sup> Marques et al.<sup>48</sup>, inclusivamente, sugerem, na discussão dos seus resultados segundo os quais o género modera a relação entre afeto negativo e psicopatologia alimentar, exceto para a dieta restritiva, que para lidarem com o afeto negativo, as mulheres se envolvem mais sintomas cognitivo-afetivos associados ao comportamento alimentar (SPFC e IIC) do que os homens. O nosso estudo acrescenta que a tendência para pensarem repetidamente sobre os seus padrões perfeccionistas é algo que as vulnerabiliza para o sofrimento psicológico e para a psicopatologia alimentar.

Realçamos a importância de realizar estudos longitudinais, para testar se correlatos identificados neste e noutros estudos podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de Patologia do Comportamento Alimentar.

O presente estudo responde a algumas questões, mas levanta outras que importa investigar, nomeadamente relativas ao potencial papel protetor do mindfulness e da autocompaixão na relação entre o perfeccionismo, o PRN e a patologia alimentar em mulheres

mais velhas. Para isso será útil realizar estudos observacionais e experimentais (ensaios clínicos), incluindo com amostras clínicas.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, Investigadora Doutora Ana Telma Pereira e à minha coorientadora, Dra. Cristiana Marques pelos exemplos de cultura, compromisso, dedicação e gentileza, durante este percurso.

Mãe e pai, obrigado por me guiarem pelos oceanos tempestuosos e frios da vida de um jovem rapaz, sempre com um toque tão próximo, carinhoso, sincero, quente e a transbordar de amor.

Agradeço a quem me marcou na sua passagem. Agradeço aos amigos da terra e aos do mar, aos de perto e aos de longe, por me terem deixado neles encontrar, não raras vezes, conforto e paz.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth ed. Washington DC,: American Psychiatric Association; 2013.
2. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.
3. Hoek, H. W. (2014). Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 423-425.
4. Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., ... & Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 320-324.
5. Samuels, K. L., Maine, M. M., & Tantillo, M. (2019). Disordered eating, eating disorders, and body image in midlife and older women. *Current Psychiatry Reports*, 21(8), 1-9.
6. Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in psychiatry*, 10, 864.
7. Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A., & Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: Results of the UNC-SELF and gender and body image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 52-59.
8. Tzoneva, M., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2015). The influence of gender and age on the association between “fat-talk” and disordered eating: An examination in men and women from their 20s to their 50s. *Eating Disorders*, 23(5), 439-454.
9. Becker, C. B., Diedrichs, P. C., Jankowski, G., & Werchan, C. (2013). I'm not just fat, I'm old: has the study of body image overlooked “old talk”? *Journal of eating disorders*, 1(1), 1-12.
10. Rubinstein, H. R., & Foster, J. L. (2013). ‘I don't know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is do with a stage in your life’: making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 292-307.
11. Baker, J. H., & Runfola, C. D. (2016). Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder?. *Maturitas*, 85, 112-116.
12. Aziz, V. M., Rafferty, D., & Jurewicz, I. (2017). Disordered eating in older people: Some causes and treatments. *BJPsych Advances*, 23(5), 331-337.
13. Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope Jr, H. G., & Kinzl, J. (2013). The menopausal transition—A possible window of vulnerability for eating

- pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609-616. Bulik, C. M. (2013). *Midlife eating disorders: Your journey to recovery*. Bloomsbury Publishing USA.
14. Smolak, L. (2015). Eating disorders across the lifespan. *The Wiley handbook of eating disorders*, 479-491.
  15. Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 296-304.
  16. Peixoto-Plácido, C., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2015). Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eating behaviors*, 18, 76-80.
  17. Smolak, L. (2015). Eating disorders across the lifespan. *The Wiley handbook of eating disorders*, 479-491.
  18. Marques, C., Santos, T., Martins, M. J., Rodrigues, I., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2019). Negative affect and eating psychopathology: the moderator effect of gender. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(5), 879-885.
  19. Pereira, A. T., Monteiro, E., Castilho, P., Fonseca, L., Roque, C., Marques, M., ... & Macedo, A. (2016). Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking—Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33(S1), S431-S431.
  20. Pereira, A. T., Monteiro, E., Castilho, P., Fonseca, L., Roque, C., Marques, M., ... & Macedo, A. (2016). Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking—Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33(S1), S431-S431.
  21. Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., ... & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive Negative Thinking and Eating Disorders: A Meta-Analysis of the role of Worry and Rumination. *Journal of clinical medicine*, 10(11), 2448.
  22. Bardone-Cone AM, Hunt RA, Watson HJ. An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Aug 9;20(9):79. doi: 10.1007/s11920-018-0932-9. PMID: 30094740
  23. Marques, C., Almeida, I., Santos, S., Castilho, P., Pereira, A. T., & Castelo-Branco, M. (2017). Psychological risk factors, cognitive-contextual approaches and neural correlates in eating disorders: an integrative review.
  24. Maine, M., & Kelly, J. (2016). *Pursuing perfection: Eating disorders, body myths, and women at midlife and beyond*. Routledge.



25. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994;16(4):363-70.
26. Machado, P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating disorder examination questionnaire: psychometric properties and norms for the Portuguese population. *European eating disorders review*, 22(6), 448-453.
27. Peixoto-Plácido, C., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2015). Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eating behaviors*, 18, 76-80.
28. Machado, P. P., Grilo, C. M., & Crosby, R. D. (2018). Replication of a modified factor structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to clinical eating disorder and non-clinical samples in Portugal. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 75-80.
29. Grilo, C. M., Reas, D. L., Hopwood, C. J., & Crosby, R. D. (2015). Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students: Further support for a modified brief version. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 284-289.
30. Tiago Azevedo Salvador Santos, *Sistemas Familiares, Descendência e Perturbações do Comportamento Alimentar: o Papel Integrador do Perfeccionismo*, Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde pela Universidade de Aveiro, Julho de 2019.
31. Pereira, A.T., Martins, H., Peixoto, C., Marques, C., Macedo, A. (2021). Eating Disorder Examination-Questionnaire – 7: Construct validity in a sample of Portuguese overweight women. *European Psychiatry*, 64(S1).
32. Maguen, S., Hebenstreit, C., Li, Y., Dinh, J. V., Donalson, R., Dalton, S., ... & Masheb, R. (2018). Screen for disordered eating: improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 50, 20-25.
33. Lino F, Marques C, Pereira AT, Sousa P, Amaral AP, Macedo A. Confirmatory factor analysis of the Big Three Perfectionism Scale in a sample of Portuguese university students. *European Psychiatry*. 2018;48:282–3.
34. Pereira A.T., Araújo A., Cabaços C., Brito M.J., Carneiro M., Pereira D., Amaral, A.P., Macedo A.1,2,3 (2022). The Portuguese version of the Big three perfectionism scale—short form (BTPS-SF). Abstract submetido ao Congresso da EABCT, a realizar-se em Barcelona, de 7 a 10 de Setembro de 2022.
35. Smith MM, Saklofske DH, Stoeber J, Sherry SB. The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *J Psychoeduc Assess.* 2016;34(7):670-687. doi:10.1177/0734282916651539
36. Chaves B, Pereira AT, Castro J, Soares MJ, Amaral AP, Bos S. Perseverative thinking

- questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Atencion Primária*. 2013;45:162.
37. Statistical Cohen, J. (1992). Analysis Power. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
  38. Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber, Lda.
  39. Russon, J., Mensinger, J., Herres, J., Shearer, A., Vaughan, K., Wang, S. B., & Diamond, G. S. (2019). Identifying risk factors for disordered eating among female youth in primary care. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 727-737.
  40. Ehring, T., & Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 192-205.
  41. Schlosser M, Jones R, Demnitz-King H, Marchant NL. Meditation experience is associated with lower levels of repetitive negative thinking: The key role of self-compassion. *Curr Psychol*. Published online 2020. doi:10.1007/s12144-020-00839-5
  42. Pereira AT, Cabaços C, Araújo A, Amaral AP, Carvalho F, Macedo A. COVID-19 psychological impact: The role of perfectionism. *Pers Individ Dif*. 2022;184(July 2021). doi:10.1016/j.paid.2021.111160
  43. Smith MM, Saklofske DH, Yan G. Perfectionism, trait emotional intelligence, and psychological outcomes. *Pers Individ Dif*. 2015;85:155-158. doi:10.1016/j.paid.2015.05.010
  44. Rodrigues JM, Pereira AT, Marques C, Araújo A, Nogueira V, Bajouco M, Madeira N, Macedo A. The role of perfectionism self-presentation in the relationship between perfectionism and eating psychopathology. *European Psychiatry*, 63(S1), S45–S282, 2020.
  45. Oliveira, J.G., Pereira, A.T., Cabaços, C., Araújo, Macedo, A. (2021). The Portuguese version of the Big Three Perfectionism Scale – further validation with adults from the general population. *European Psychiatry*, 64(S1).
  46. Stoeber, J., Sherry, S. B., & Nealis, L. J. (2015). Multidimensional perfectionism and narcissism: Grandiose or vulnerable?. *Personality and Individual Differences*, 80, 85-90.
  47. Lashinger, K. (2021). A Review: Examining Narcissism in Eating Disorders: The Relationship Between Two Types of Eating Disorders—Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa—and Two Forms of Narcissism. *The Pegasus Review: UCF Undergraduate Research Journal*, 13(2), 1.
  48. Marques C, Santos T, Martins MJ, Rodrigues I, Pereira AT, Macedo A. Negative affect and eating psychopathology: the moderator effect of gender. *Eat Weight Disord*. 2019

Oct;24(5):879-885. doi: 10.1007/s40519-018-0598-7. Epub 2018 Oct 17. PMID:  
30334199.