



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

HELENA ISABEL NOGUEIRA MARTINS

***PERFECCIONISMO, AFETO E
COMPORTAMENTO ALIMENTAR
EM MULHERES COM EXCESSO DE PESO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO MACEDO

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

NOVEMBRO DE 2020

Um *abstract* relativo ao estudo psicométrico da **Eating Disorder Examination-Questionnaire – 7**, realizado no âmbito deste trabalho, foi submetido para publicação no *European Psychiatry* (anexo 6) e para apresentação na forma de poster no **29th European Congress of Psychiatry**, a decorrer de 10 a 13 de abril, em formato virtual, devido à Pandemia de COVID-19.

Referência:

Ana Telma Pereira, Helena Martins, Catarina Peixoto, Cristiana Marques, António Macedo (2020). Eating Disorder Examination-Questionnaire – 7: Construct validity in a sample of Portuguese overweight women. Abstract submitted to the 29th European Congress of Psychiatry, 10-13 April, 2021.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS	10
Procedimentos	10
Amostra	10
Instrumentos de avaliação	12
Análise estatística	13
RESULTADOS	15
1. Pontuações médias e consistência interna	15
2. Análises de correlação	15
3. Análises de mediação	17
DISCUSSÃO	20
AGRADECIMENTOS	23
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXOS	27

ABREVIATURAS

- AN** – Anorexia nervosa
- AfN** – Afetividade negativa
- BN** - Bulimia nervosa
- DP** - Desvio padrão
- DR** – Dieta restritiva
- EDE-Q** - Eating disorder examination – questionnaire
- EMP** - Escala Multidimensional de Perfeccionismo
- HDF** - Hospital distrital da Figueira da Foz
- IC** – Insatisfação corporal
- IMC** – Índice de massa corporal
- IPM** – Instituto de psicologia médica
- MPS** - Multidimensional Perfectionism Scale
- OPEA** - Outras perturbações específicas alimentares
- PAO** - Perfeccionismo auto-orientado
- PCA** – Perturbações do comportamento alimentar
- PIC** - Perturbação de ingestão compulsiva
- POMS** - Profile of mood states
- POO** - Perfeccionismo orientado para os outros
- PSP** - Perfeccionismo orientado para os outros
- SAPFC** – Sobreavaliação do peso e forma corporais
- VD** - Variáveis dependentes
- VI** - Variável independente

RESUMO

Introdução: O interesse pelo perfeccionismo tem crescido ao longo dos anos, sendo um processo transdiagnóstico que aumenta a vulnerabilidade de várias condições psicopatológicas, incluindo perturbações do comportamento alimentar (PCA). Para além do perfeccionismo, a afetividade negativa (AfN) também se associa às PCA, havendo uma potenciação do efeito do perfeccionismo maladaptativo pela AfN, tornando-se assim alvos a abordar em indivíduos com estes traços de personalidade.

Objetivo: Analisar o papel do perfeccionismo e da afetividade negativa/positiva no comportamento alimentar perturbado, especificamente, analisar se a afetividade (negativa e positiva) é mediadora da relação entre perfeccionismo e as alterações do comportamento alimentar, em mulheres com excesso de peso.

Materiais e Métodos: Participaram 270 mulheres com idade média de 43.85 anos (desvio padrão/DP=11.89), seguidas em consulta de nutrição num hospital público por excesso de peso/obesidade, que preencheram questionários de autorresposta validados: Escala multidimensional do perfeccionismo (EMP); Versão portuguesa reduzida do *Eating disorder examination – questionnaire* (EDE-Q7); Perfil de estados de humor – *Profile of mood states* (POMS).

Resultados: O perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) correlacionou-se positiva e significativamente com o afeto e com as dimensões Sobreavaliação do peso e forma corporais (SAPFC) e Insatisfação corporal (IC) do EDE-Q7. Os modelos de mediação simples evidenciaram mediação parcial: o efeito direto do PSP com dimensões SAPFC e IC do EDE-Q7 e o efeito indireto do afeto positivo/negativo foram significativos. O perfeccionismo auto-orientado (PAO) não se mostrou significativamente relacionado com a afetividade nem a dimensão Restrição alimentar (RA) do EDE-Q7.

Discussão: Uma das vias pelas quais o PSP influencia o comportamento alimentar perturbado, especificamente SAPFC e IC é através do afeto positivo/negativo. Intervenções direcionadas a traços de personalidade como o perfeccionismo maladaptativo e a afetividade negativa poderão ser úteis na prevenção e tratamento de síndromes alimentares em mulheres com excesso de peso.

Palavras-chave: EDE-Q7; Perfeccionismo; Afetividade negativa/positiva; Comportamento alimentar; Mulheres com excesso de peso.

ABSTRACT

Introduction: The interest in perfectionism has grown over the years, being a transdiagnostic process that increases the vulnerability to multiple psychopathological conditions, including eating disorders (ED). In addition to perfectionism, negative affectivity (NA) is also associated with ED, with the potentiation of the effect of maladaptive perfectionism by NA, being targets to be addressed in individuals with these personality traits.

Objectives: To analyze the role of perfectionism and negative / positive affectivity in disturbed eating behavior, specifically, to analyze whether affectivity (negative and positive) is a mediator of the relationship between perfectionism and changes in eating behavior in overweight women.

Materials and Methods: 270 women with a mean age of 43.85 years (standard deviation / SD = 11.89) participated in the study. The participants were followed up in a nutrition consultation at a public hospital for overweight / obesity and completed validated self-answer questionnaires: Multidimensional Perfectionism Scale (EMP); a brief Portuguese version of the Eating Disorder Examination - questionnaire (EDE-Q7); and the Profile of Mood States (POMS).

Results: Socially prescribed perfectionism (SPP) correlated positively and significantly with affection and with the dimensions of overestimation of body weight and shape (OBWS) and Body dissatisfaction (BD) of the EDE-Q7. The simple mediation models showed partial mediation: the direct effect of the SPP on the OBWS and BD dimensions of the EDE-Q7 and the indirect effect of the positive / negative affect were significant. Self-oriented perfectionism (PAO) was not significantly related to affectivity or the EDE-Q7 dimension Food restriction (AR).
Check

Discussion: One of the ways in which the SPP influences disturbed eating behavior, specifically OBWS and BD, is through positive / negative affect. Interventions aimed at personality traits such as maladaptive perfectionism and negative affectivity may be useful in the prevention and treatment of food syndromes in overweight women.

Keywords: EDE-Q7; Perfectionism; Negative / positive affectivity; Eating behavior; Overweight women.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo perfeccionismo tem crescido ao longo dos anos, dada a sua importância ao constituir um processo transdiagnóstico que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de várias condições psicopatológicas,^{1,2} tais como perturbações de ansiedade, perturbações do humor, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações do comportamento alimentar (PCA).^{3,4,5}

Inicialmente o perfeccionismo era conceptualizado numa perspetiva unidimensional, focada apenas em aspetos intrapessoais.⁴ Contudo o perfeccionismo é muito mais complexo, tendo vários autores, como Hewitt e Flett, explorado o perfeccionismo numa perspetiva multidimensional, como uma dinâmica entre fatores intrapessoais e interpessoais, nomeadamente perfeccionismo auto-orientado (PAO), perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), perfeccionismo orientado para os outros (POO), avaliados pela sua Escala Multidimensional de Perfeccionismo,⁶ também validada em Portugal.⁷

Nesta perspetiva multidimensional há uma dualidade entre perfeccionismo maladaptativo vs. adaptativo.^{8,4} Ruminação e catastrofização são alguns dos processos envolvidos no perfeccionismo maladaptativo,⁹ o qual constitui um dos fatores de risco para desenvolvimento e manutenção de distúrbios alimentares, para além de elevados níveis de stresse e emoções negativas.⁵

As PCA constituem atualmente um problema de saúde de distribuição geográfica universal, embora com diferenças de prevalência entre países/regiões e culturas,¹⁰ resultando de uma alteração dos hábitos alimentares com consequências a nível de saúde física e psicológica. Excessiva preocupação com comida, peso, exercício físico e aspeto corporal estão na base desta psicopatologia.¹¹

Apesar das PCA serem estereotipadas como distúrbios de adolescentes, tem-se assistido a um aumento de frequência de PCA em mulheres de meia idade (40 anos) e acima dos 50 anos,^{12,13} sendo uma das explicações o facto de nesta faixa etária a mulher passar por várias transições que contribuem para uma maior vulnerabilidade emocional, sendo das mais importantes a peri-menopausa e gravidez.¹²

A perturbação de ingestão compulsiva (PIC) e outras perturbações específicas alimentares (OPEA) são as mais prevalentes em populações de mulheres mais velhas (mais de 40 anos), seguindo-se a bulimia nervosa (BN) e mais raramente anorexia nervosa (AN).¹⁴ A PIC está mais associada a excesso de peso e obesidade, pois, ao contrário da BN, não estão presentes comportamentos compensatórios.¹⁵ Aliás, qualquer flutuação de peso parece ser um fator de risco para PCA.¹⁶

Os médicos, especialmente de cuidados primários, devem saber reconhecer os sintomas e particularidades específicas de uma PCA numa faixa etária mais avançada,¹⁷ não

caindo no erro de considerar as PCA patologias exclusivas da população mais jovem.¹² Para além disso, a maioria das complicações derivadas das perturbações alimentares podem ser evitadas se houver um diagnóstico precoce numa fase inicial, o que é fundamental para evitar uma evolução para a cronicidade, situação mais resistente ao tratamento.¹⁸

Neste contexto, de forma a simplificar a deteção, diagnóstico e investigação das PCA, têm sido traduzidos e validados diversos instrumentos psicométricos, principalmente questionários de auto-preenchimento.¹⁹

O Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) é um dos exemplos,²⁰ sendo o questionário de auto-preenchimento para avaliação dos sintomas das PCA mais usado em todo o mundo, na clínica e na investigação, principalmente em pessoas com excesso de peso e candidatas a cirurgia bariátrica.^{21,22}

Em Portugal, a versão traduzida do EDE-Q tem demonstrado boas propriedades psicométricas, estando apta a ser usada tanto na clínica, como na investigação.²³ No entanto, em vários estudos psicométricos realizados, não tem sido replicada a estrutura de quatro fatores, proposta pelos autores da versão original, Fairburn e Beglin.^{24,25} Com efeito, um estudo psicométrico realizado com uma vasta amostra de mulheres com excesso de peso, resultou numa estrutura fatorial composta por três fatores.²⁴

O estudo correlacional mostrou, depois, que o perfeccionismo e a afetividade negativa eram preditores das três dimensões do EDE-Q: Preocupação com o Peso e Forma Corporais, Preocupação com a Comida e Restrição.² Esse estudo sugeriu que, em estudos futuros, deveria ser analisada a hipótese de o afeto negativo poder ter um efeito potenciador do perfeccionismo maladaptativo.²

Recentemente surgiu uma versão modificada, com sete itens, organizados em três fatores (Restrição alimentar, Sobrevalorização do peso e forma corporais, Insatisfação corporal), que tem sido replicada em diversas amostras,^{26,27} incluindo em mulheres com excesso de peso,²⁸ estudantes e doentes com PCA diagnosticada.²⁹

Recentemente, no âmbito deste mesmo projeto de investigação, esta estrutura alternativa, mais curta, mas também mais válida, emergiu com a amostra de mulheres com excesso de peso.³⁰

Partindo desta nova estrutura dimensional, obtida com a EDE-Q7, o objetivo deste estudo é analisar o papel do perfeccionismo e da afetividade negativa/positiva no comportamento alimentar perturbado, especificamente, perceber se o afeto (negativo e positivo) é mediador da relação entre perfeccionismo e as alterações do comportamento alimentar em mulheres com excesso de peso.

MÉTODOS

Procedimentos

A todos as mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos que se deslocaram à consulta de nutrição do hospital distrital da Figueira da Foz (HDFF) entre Julho de 2011 e Dezembro de 2011, com excesso de peso ou obesidade e não grávidas, foram explicados os objetivos do estudo, garantida a confidencialidade e apresentado o consentimento informado (Anexo 1) para a recolha de dados.

Após assinatura do consentimento, foi entregue às participantes um conjunto de questionários de autopreenchimento. Após a devolução do questionário foi feita a avaliação antropométrica, sempre pela mesma investigadora. Durante o tempo em que decorreu a recolha de dados foram distribuídos 300 questionários, dos quais 276 foram devolvidos corretamente preenchidos. Destes 276 foram excluídos seis questionários, preenchidos por mulheres com índice de massa corporal (IMC) inferior a 25kg/m^2 (normoponderais).

Amostra

Participaram neste estudo 270 mulheres com idade média de 43.85 anos (desvio padrão/DP=11.89). A tabela 1 apresenta a distribuição das participantes por variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas:

Variáveis demográficas	N (%)
<i>Idade</i>	
18-39 anos	93 (34.4)
40-50 anos	88 (32.6)
51-65 anos	89 (33.0)
<i>Estado civil</i>	
Solteira/Nunca casou	42 (15.6)
Casada/Vive com o companheiro	206 (76.3)
Viúva	8 (3.0)
Divorciada/Separada	14 (5.2)
<i>Escolaridade</i>	
Até 1º Ciclo do ensino básico	63 (23.3)
2º Ciclo do ensino básico	36 (13.3)
3º Ciclo do ensino básico	69 (25.6)
Ensino secundário	67 (24.8)
Bacharelato	1 (0.4)
Licenciatura	31 (11.5)
Mestrado	2 (0.7)
Sem informação	1 (0.4)
<i>Situação perante o trabalho</i>	
A trabalhar	168 (62.2)
Desempregada	54 (20.0)
De baixa/atestado	11 (4.1)
Reformada	37 (13.7)
<i>Profissão*</i>	
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2 (0.7)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	21(7.8)
Técnicos e profissões de nível intermédio	30 (11.1)
Pessoal administrativo	15 (5.6)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	24 (8.9)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2 (0.7)
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	7 (2.6)
Operadores de instalações e trabalhadores de montagem	13 (4.8)

Trabalhadores não qualificados	21 (7.8)
Doméstica/ Estudante a tempo inteiro	42 (15.6)
Sem informação	2 (0.7)
Total	179 (66.6)
Total	270 (100)

Notas: Categorização das mulheres com trabalho, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (INE,2011).

Analisando a tabela 1 verifica-se que a grande maioria das mulheres, 76.3% (n=206), era casada ou vivia com o companheiro, 15.2% eram solteiras (n=41) e as restantes eram divorciadas ou viúvas. Relativamente à escolaridade, a maioria das mulheres tinham até ao 9ºano de escolaridade 62.2% (n=168), sendo que 23.3% (n=63) tinham apenas o 4º ano ou menos; 11.5% (n=31) eram licenciadas. A média de anos de escolaridade era de 8.5 (DP= 3.60; variação: 3.0 – 18.0).

Em relação à situação perante o trabalho a maioria encontravam-se a trabalhar (62.2%; n=168), 20.0% (n=54) estavam desempregadas e as restantes estavam reformadas ou de baixa/atestado.

As mulheres que estavam a trabalhar foram divididas em categorias profissionais de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2011. Verificou-se que 15.6% eram domésticas ou estudantes a tempo inteiro pelo que, apenas 51.0% (n=137) estavam ativas no mercado de trabalho.

Instrumentos de avaliação

O protocolo de investigação consistiu num conjunto de questionários de autopreenchimento que incluía questões sociodemográficas, tais como idade, escolaridade, estado civil e situação perante o trabalho.

A última parte do protocolo destinava-se ao preenchimento por parte do investigador e englobava as avaliações antropométricas: Peso, Altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), usando o peso (em quilogramas) e a altura (em metros).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (EMP-H&F)

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP) foi desenvolvida por Hewitt e Flett⁶ e foi validada para a população portuguesa, confirmando-se a sua estrutura de três fatores,⁷ também nesta amostra com boa consistência interna: PAO em que o indivíduo se encontra sujeito a autoavaliações com padrões de perfeição demasiado excessivos, incutidos

por si próprio; PSP, no qual o indivíduo tem a percepção de que os outros colocam padrões e expectativas muito elevados nele, havendo uma angústia constante pois os objetivos parecem inalcançáveis e POO.²⁴

Consiste numa escala de auto-preenchimento com 32 itens, sendo estes avaliados numa escala de *Likert* de 7 pontos (1 - discordo completamente a 5 - concordo completamente). Quanto mais elevada for a pontuação global, mais elevado será o grau de perfeccionismo do inquirido.

Versão Portuguesa do Eating Disorder Examination - Questionnaire

O EDE-Q é constituído por 28 itens. É solicitado aos participantes 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 a maioria dos itens, com as pontuações mais elevadas a refletir maior gravidade ou frequência dos itens. Foi utilizada uma versão simplificada, com uma estrutura de três fatores - Dieta restritiva, Sobreavaliação do peso e forma corporais e Insatisfação corporal.³⁰

Perfil de Estados de Humor – 36 (Profile Of Mood States; POMS-36)

Usamos uma versão reduzida da versão de *Azevedo et al (1991)* do “Perfil de estados de Humor”.^{31,32} Esta versão de 36 itens foi desenvolvida com base numa estrutura fatorial de 2 fatores para avaliação de Afeto Positivo e Afeto Negativo.³³

Neste trabalho usamos uma janela temporal de um mês pois pretendia-se avaliar traços associados ao Afeto, em vez de estados flutuantes e transitórios de humor obtendo-se deste modo duas dimensões, o Afetividade Negativa e o Afetividade Positiva, pois quanto maior o período avaliado, maior a probabilidade de avaliar traços de personalidade.³¹

Análise estatística

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS Statistics versão 26.0.

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 α 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.

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.³⁴

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 e total (c) (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. Pontuações médias e consistência interna

Na Tabela 2 encontram-se a média e o desvio padrão das variáveis em estudo, assim como as consistências internas obtidas para as escalas.

Tabela 2 – Análise descritiva e consistência interna das variáveis.

	M	DP	Mín-Máx	α Cronbach
EDEQ7_TOTAL	22.06	10.45	0-42	.784
EDEQ7_DR	9.48	5.63	0-18	.652
EDEQ7_SAPFC	4.70	4.24	0-12	.966
EDEQ7_IC	7.89	4.09	0-12	.963
IMC	32.82	5.43	25-55	---
EMP_TOTAL	141.93	25.13	54-199	.891
EMP_PAO	92.06	16.61	36-126	.883
EMP_PSP	49.85	13.11	16-77	.877
POMS_Afeto_Negativo	30.56	22.56	0-106	.964
POMS_Afeto_Positivo	18.19	6.46	0-36	.869

Legenda: **M** – média, **DP** – desvio padrão, **EDEQ7** - eating disorder examination questionnaire 7, **DR** – dieta restritiva, **SAPFC** – sobreavaliação do peso e forma corporais, **IC** – insatisfação corporal, **IMC** – índice de massa corporal, **EMP** - escala multidimensional de perfeccionismo, **PAO** – perfeccionismo auto-orientado, **PSP** – perfeccionismo socialmente prescrito, **POMS** - profile of mood states (“perfil de estados de humor”).

2. Análises de correlações

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para estudar a associação entre as variáveis em estudo (Tabela 3).

Foram obtidas correlações significativas entre a grande maioria das variáveis. O IMC apenas se correlacionou significativamente e com baixa magnitude com o total do EDE-Q7 e com a dimensão IC. O perfeccionismo, tanto na sua pontuação total como nas dimensionais correlacionou-se positiva e significativamente com todas as variáveis do comportamento alimentar, sendo, no entanto, de menos magnitude os coeficientes relativos ao PAO.

O afeto negativo também apresenta correlações significativas com as medidas de comportamento alimentar bem como com o perfeccionismo exceto com o PAO. Do mesmo modo se comporta o afeto positivo, ainda que com coeficientes de direção negativa.

Tabela 3 – Coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis em estudo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 EDEQ7_TOTAL	1									
2 EDEQ7_DR	.744**	1								
3 EDEQ7_SAPFC	.734**	.217**	1							
4 EDEQ7_IC	.773**	.301**	.542**	1						
5 IMC	.124*	.105	.016	.156*	1					
6 EMP_TOTAL	.264**	.193**	.202**	.203**	.038	1				
7 EMP_PAO	.192**	.153*	.135*	.142*	-.013	.880**	1			
8 EMP_PSP	.257**	.168**	.214**	.204**	.083	.798**	.416**	1		
9 POMS_Afeto_Negativo	.301**	.123*	.381**	.206**	.081	.235**	NS	.337**	1	
10 POMS_Afeto_Positivo	-.228**	NS	-.252**	-.201**	-.080	-.137*	NS	-.272**	-.335**	1

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

Legenda: **M** – média, **DP** – desvio padrão, **EDEQ7** - eating disorder examination questionnaire 7, **DR** – dieta restritiva, **SAPFC** – sobreavaliação do peso e forma corporais, **IC** – insatisfação corporal, **IMC** – índice de massa corporal, **EMP** - escala multidimensional de perfeccionismo, **PAO** – perfeccionismo auto-orientado, **PSP** – perfeccionismo socialmente prescrito, **POMS** - profile of mood states (“perfil de estados de humor”).

3. Análises de Mediação

Perante o padrão de correlações identificado na secção 2 (análise de correlações) e apresentado na tabela 3, testámos modelos de mediação utilizando como variável independente (VI) o PSP e como potenciais variáveis mediadoras o afeto negativo e o afeto positivo; as variáveis dependentes (VD) foram as dimensões e o total do EDE-Q7.

Em anexo são apresentados diagramas relativos aos modelos de mediação testados (Anexo 7 - Figs. 1 a 7). A tabela 4 apresenta um resumo destes resultados, também sintetizados de seguida:

Modelo 1 (Fig. 1 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto negativo* na relação entre o PSP e o comportamento alimentar perturbado (EDEQ7_Total). O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.066, *SE*=.020, IC 95%= .031 a .108).

Modelo 2 (Fig. 2 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto positivo* na relação entre o PSP e o comportamento alimentar perturbado (EDEQ7_Total). O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.036, *SE*=.016, IC 95%= .006 a .070).

Modelo 3 (Fig. 3 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto negativo* na relação entre o PSP e EDEQ7_DR. O efeito indireto foi significativo (*coeficiente*=.011, *SE*=.009, IC 95%= .006 a .031).

Modelo 4 (Fig. 4 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto negativo* na relação entre o PSP e EDEQ7_SAPFC. O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.038, *SE*=.009, IC 95%= .021 a .058).

Modelo 5 (Fig. 5 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto positivo* na relação entre o PSP e EDEQ7_SAPFC. O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.018, *SE*=.007, IC 95%= .006 a .033).

Modelo 6 (Fig. 6 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto negativo* na relação entre o PSP e EDEQ7_IC. O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.017, *SE*=.007, IC 95%= .003 a .032).

Modelo 7 (Fig. 7 – Anexo 7): efeito mediador do *afeto positivo* na relação entre o PSP e o comportamento alimentar perturbado (EDEQ7_IC). O modelo apresentou um efeito indireto significativo (*coeficiente*=.013, *SE*=.006, IC 95%= .001 a .026).

Tabela 4 - Efeitos total, direto e indireto dos modelos de mediação.

	coeficiente	SE	p	Bootstrapping	
				Inferior	Superior
Modelo de mediação 1 – Papel mediador das dimensões do afeto negativo na relação entre o PSP e o EDEQ-Total. (R²=11.3%)					
Efeito total	.202	.048	<.001	.107	.297
Efeito direto	.135	.050	.007	.037	.233
Efeito indireto	.066	.020	---	.031	.108
Interpretação	Mediação parcial				
Modelo de mediação 2 – Papel mediador das dimensões do afeto positivo na relação entre o PSP e o EDEQ-Total. (R²=7.4%)					
Efeito total	.206	.48	<.001	.111	.301
Efeito direto	.170	.049	.001	.072	.267
Efeito indireto	.036	.016	---	.006	.070
Interpretação	Mediação parcial				
Modelo de mediação 3 – Papel mediador das dimensões do afeto negativo na relação entre o PSP e a Dieta restritiva. (R²=11.3%)					
Efeito total	.073	.027	.007	.020	.125
Efeito direto	.061	.028	.031	.006	.117
Efeito indireto	.011	.009	---	.006	.031
Interpretação	Mediação parcial				
Modelo de mediação 4 – Papel mediador das dimensões do afeto negativo na relação entre o PSP e a Sobreavaliação do peso e forma corporais. (R²=11.3%)					
Efeito total	.067	.020	.001	.028	.106
Efeito direto	.029	.020	1.44	-.010	.067
Efeito indireto	.038	.009	---	.021	.058
Interpretação	Mediação total				
Modelo de mediação 5 – Papel mediador das dimensões do afeto positivo na relação entre o PSP e a Sobreavaliação do peso e forma corporais. (R²=7.4%)					
Efeito total	.069	.020	<.001	.031	.108
Efeito direto	.051	.020	.011	.012	.090
Efeito indireto	.018	.007	---	.006	.033
Interpretação	Mediação parcial				

Modelo de mediação 6 – Papel mediador das dimensões do afeto negativo na relação entre o PSP e a Insatisfação corporal. ($R^2=11.3\%$)

Efeito total	.062	.019	.001	.025	.100
Efeito direto	.046	.020	.024	.006	.085
Efeito indireto	.017	.007	---	.003	.032
Interpretação	Mediação parcial				

Modelo de mediação 7 – Papel mediador das dimensões do afeto positivo na relação entre o PSP e a Insatisfação corporal. ($R^2=7.4\%$)

Efeito total	.064	.019	.001	.027	.101
Efeito direto	.051	.020	.009	.013	.090
Efeito indireto	.013	.006	---	.001	.026
Interpretação	Mediação parcial				

DISCUSSÃO

O presente estudo observacional, transversal e correlacional analisou o potencial papel mediador da afetividade, na relação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar perturbado, especificamente, perceber se o afeto é mediador da relação entre perfeccionismo e as alterações do comportamento alimentar em mulheres com excesso de peso.

O perfeccionismo, em particular o PAO e PSP, está prospectivamente associado a comportamentos alimentares perturbados; os quais, de certo modo, são socialmente valorizados: a sociedade faz pressão para o indivíduo alcançar um corpo ideal (PSP) e o próprio indivíduo acredita que tem de ter um corpo magro segundo um padrão ideal determinado por ele (PAO).³⁵

Constatou-se, como já é bem documentado, que a natureza mal adaptativa do PSP influencia significativamente os níveis de psicopatologia alimentar, aqui avaliados através da EDE-Q7. O PSP tende a ser enquadrado no perfeccionismo maladaptativo por vários autores, sendo responsável pelo desenvolvimento de vários comportamentos alimentares patológicos; em contraste o PAO pode demonstrar um efeito adaptativo,² motivando o indivíduo a manter comportamentos mais saudáveis.

Para além disto, traços como o afeto positivo/negativo podem influenciar este mecanismo,² pois o afeto ao ser mantido no tempo é um traço com potencial de reforçar o efeito pernicioso de outros traços, como o perfeccionismo.

No nosso estudo, o PAO não se correlacionou com a afetividade. Contudo, esta correlacionou-se positivamente com o PSP (afetividade negativa). Daí que tenhamos testado, com os modelos de mediação ensaiados, se estes influenciavam as várias dimensões do comportamento alimentar perturbado em estudo. De um modo geral, foi evidenciado um efeito de mediação parcial da afetividade negativa na relação entre o perfeccionismo negativo e a patologia alimentar. O efeito direto foi significativo, mostrando que o PSP pode influenciar a dimensão IC isoladamente, sem a influência acrescida da afetividade. Contudo, não se verificou um efeito direto para a SAPFC. Porém, o efeito indireto foi significativo quer para a IC quer para a SAPFC, ou seja, em ambas esta é uma das vias pelas quais o perfeccionismo é preditor de patologia alimentar. Apesar de sozinho o PSP não ter influência na SAPFC, através da afetividade já tem capacidade para ser preditor de patologia alimentar. Isto confirma a principal hipótese deste estudo: a afetividade, negativa e positiva, ambas têm um efeito potenciador ou atenuador, respetivamente, da influência do perfeccionismo na sobreavaliação do peso e forma corporais e na insatisfação corporal.

Estudos recentes do instituto de psicologia médica (IPM), levados a cabo com

uma amostra da comunidade (jovens estudantes do sexo feminino) e com amostra clínica (jovens com diagnóstico de PCA) sugerem que as participantes com níveis mais elevados de psicopatologia alimentar apresentam não apenas mais perfeccionismo negativo, mas também maior dificuldade na sua regulação emocional, adotando muitas estratégias maladaptativas para tentarem lidar com o afeto negativo.³⁶ Este resultado vai de encontro ao nosso estudo, pois este permite-nos especular que também em mulheres com excesso de peso e elevado afeto negativo e/ou reduzido afeto positivo o perfeccionismo pode ser uma tentativa de compensação não saudável, que leva a sintomas e síndromes alimentares.

A afetividade positiva mostrou um efeito mediador protetor. Se houver afeto positivo o papel do perfeccionismo ao nível da patologia alimentar é atenuado, o que indiretamente corrobora o estudo de Peixoto e colaboradores.² Estes consideraram que o PAO pode ter um papel benéfico, contudo a relação com a afetividade negativa faz com que qualquer potencial efeito positivo do PAO, por exemplo na motivação para perda de peso, com uma maior autorrestrrição dietética, em mulheres obesas, seja atenuado ou mesmo anulado.²

A relação entre o afeto e a dimensão dieta restritiva do EDE-Q7 não é significativa, logo nem sequer foi testada mediação. Na tentativa de interpretar este resultado propomos que em mulheres com excesso de peso, contrariamente ao que acontece com as mulheres sem esta característica, o afeto negativo, provavelmente por determinar maior desregulação e perda de motivação não influencia a capacidade de manter uma dieta restritiva. Além disso, com a dieta restritiva, a dimensão do perfeccionismo que geralmente se relaciona com maior magnitude não é o PSP, mas sim o PAO, como já mencionado acima;³⁷ este, de resto, até já foi associado à eficácia da dieta restritiva.³⁸ No entanto, parece que com mulheres com excesso de peso esta tendência é invertida, o que já tinha sido encontrado no estudo de *Peixoto et al. 2015* com uma operacionalização diferente desta variável.²

Tanto a dimensão SAPFC como a IC se correlacionam com o afeto. Quando há afeto negativo, a pessoa está muito mais insatisfeita, havendo uma propensão para uma perceção negativa do corpo e insatisfação com o mesmo estarem sobrevalorizadas; também é plausível que essas dimensões mais cognitivo-afetivas da patologia alimentar contribuam para a manutenção da afetividade negativa (e reduzida afetividade positiva) em mulheres com excesso de peso. Esta é uma via que merece ser testada em estudos futuros. Ambas as dimensões de perfeccionismo em estudo, PAO e PSP também se correlacionam com estas dimensões da psicopatologia alimentar e verificou-se que o seu papel preditor nestas pode operar-se através do afeto negativo.

Este trabalho apresenta algumas limitações que importa salientar. Como a nossa

amostra é exclusivamente hospitalar, pode não ser totalmente representativa das mulheres com excesso de peso na comunidade. Para além disso, recrutámos apenas mulheres. Uma vez que a prevalência de PCA está a aumentar em homens,³⁹ também seria interessante e útil analisar se também nestes o perfeccionismo e a tendência para experienciar emoções negativas constituem um terreno propício à psicopatologia alimentar, em particular restrição alimentar.⁵ O género aparenta ser um mediador entre afeto negativo e PCA⁵ pelo que uma amostra não exclusivamente feminina deva ser usada no futuro, para se perceber qual seria uma melhor abordagem também em doentes do sexo masculino.

Retira-se como conclusão e implicação clínica deste estudo que traços disfuncionais de personalidade como o perfeccionismo e afeto negativo devem ser alvos a abordar terapêuticamente nas mulheres com sobrepeso, como potencial estratégia preventiva de comportamento alimentares patológicos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar um especial agradecimento à Doutora Ana Telma Pereira pelo seu apoio e mestria, fundamentais para que conseguisse completar este processo e entender os paradigmas da investigação e da gratificação que é produzir Ciência.

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo pela oportunidade de integrar o Serviço de Psicologia Médica da FMUC.

Um agradecimento para a Mestre Catarina Peixoto, por me ter gentilmente deixado usar a sua base de dados, que foi fulcral neste projeto.

Por último, com um especial agradecimento aos meus pais, às minhas irmãs, aos meus amigos e ao João Grilo, pelo apoio e pela paciência que sempre tiveram neste processo.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

BIBLIOGRAFIA

1. Macedo, António & Marques, Mariana & Pereira, Ana (2014). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors.
2. Peixoto-Plácido C, Soares MJ, Pereira AT, Macedo A. Perfectionism and disordered eating in overweight woman. *Eat Behav.* 2015; 76-80.
3. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 203-12.
4. Macedo, A. F. (Ed.). (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e psicopatologia. Lisboa: Portugal: Lidel.
5. 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; 879-885.
6. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464.
7. Soares M.J., Allen Gomes A., Macedo A., Santos V., Azevedo M.H. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*; 5(1): 46-55.
8. Rotellaa F, Fioravanti G, Ricca V. Temperament and personality in eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(1):77-83.
9. Macedo A, Marques C, Quaresma V, Soares MJ, Amaral AP, Araújo AI, et al. 2017. Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress?
10. Erskine HE, Whiteford HÁ, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2016.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-15). Washington, DC: American Psychiatric Association.
12. Samuels KL, Maine MM, Tantillo M. Disordered Eating, Eating Disorders, and Body Image in Midlife and Older Women. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(8).
13. Carrard I, Rothen S. Factors associated with disordered eating behaviors and attitudes in older women. *Eat Weight Disord.* 2020;25(3):567-575.
14. Mangweth-Matzek B, Hoek HW. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):446–51.

15. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):549-555.
16. Goodman EL, Baker JH, Peat CM, Yilmaz Z, Bulik CM, Watson HJ. Weight suppression and weight elevation are associated with eating disorder symptomatology in women age 50 and older: Results of the gender and body image study. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):835–41.
17. Maine MD, Samuels KL, Tantillo M. Eating disorders in adult women: biopsychosocial, developmental, and clinical considerations. *Adv Eat Disord.* 2015;3(2):133–43.
18. Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):593–615.
19. Pereira A, Araújo A, Macedo A. (2018). Personalidade, saúde e doença. In, A Macedo, AT Pereira & Madeira N. (Coords.) *Psicologia na Medicina.* pp. 241-260, Lidel.
20. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders, 16(4), 363-370.*
21. Hrabosky JI, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Psychometric evaluation of the eating disorder examination-questionnaire for bariatric surgery candidates. *Obesity (Silver Spring).* 2008;16(4):763-769.
22. Jillon S. Vander Wal, Richard I. Stein, Aaron J. Blashill. The EDE-Q, BULIT-R, and BEDT as self-report measures of binge eating disorder, *Eating Behaviors, Volume 12, 2011; 267-271.*
23. Machado PP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* 2007.
24. C. Peixoto, A.T. Pereira, M.J. Soares, S.C. Bos, M. Marques, V. Nogueira et al. 2013. Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire in a portuguese sample of overweight women, *European Psychiatry, Volume 28.*
25. Machado PPP, Martins C, Vaz AR, Conceição E, Bastos AP, Gonçalves S. Eating disorder examination questionnaire: Psychometric properties and norms for the Portuguese population. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(6):448–53.
26. Machado PPP, Grilo CM, Crosby RD. Replication of a Modified Factor Structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to Clinical Eating Disorder and Non-clinical Samples in Portugal. *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(1):75–80.
27. Grilo CM, Reas DL, Hopwood CJ, Crosby RD. Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students:

- Further support for a modified brief version. *Int J Eat Disord.* 2015;48(3):284–9.
28. Grilo CM, Henderson KE, Bell RL, Crosby RD. Eating disorder examination-questionnaire factor structure and construct validity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2013;23(5):657–62.
 29. Santos T. Sistemas familiares, descendência e perturbações do comportamento alimentar: O papel do perfeccionismo como integrador. Universidade de Aveiro Departamento de Ciências Médicas; 2018
 30. Ana Telma Pereira, Helena Martins, Catarina Peixoto, Cristiana Marques, António Macedo (2020). Eating Disorder Examination-Questionnaire – 7: Construct validity in a sample of Portuguese overweight women. Abstract submitted to the 29th European Congress of Psychiatry, 10-13 April, 2021.
 31. McNair, D.M., Lorr, M., Droppleman, L.F., 1971. Edits Manual for the Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing Service, San Diego/California.
 32. Azevedo, M.H., Silva, C.F., Dias, M.R., 1991. O “Perfil de Estados de Humor”: Adaptação à população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica* 12, 187–193.
 33. Bos, S. C., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B. R., Soares, M. J., et al. (2013). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 5-12.
 34. Cohen J. (1992). A power primer. *Psychol Bull.*;112(1):155–9.
 35. Soares MJ, Macedo A, Bos SC, Marques M, Maia B, Pereira AT, et al. Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2009;17(5):390–8.
 36. Marques C, Almeida I, Santos S, Castilho P, Pereira AT, Castelo-Branco M. Psychological risk factors, cognitive-contextual approaches and neural correlates in eating disorders: an integrative review. *Int J Clin Neurosci Ment Heal.* 2017.
 37. Macedo, A. F. (Ed.). (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e psicopatologia. Lisboa: Portugal: Lidel: p.144-166.
 38. Roque C., Briote M., Pereira T., Macedo A. (2016). Perfectionism: a predictor for dietary therapy efficacy in overweight and obese women. *European Eating Disorders Review* 24, E1–E23.
 39. Valente S, Di Girolamo G, Forlani M, et al (2017) Sex-specific issues in eating disorders: A clinical and psychopathological investigation. *Eat Weight Disord* 22:707–715.

ANEXOS

Anexo 1 - Consentimento informado

Comportamentos Alimentares, Distúrbios do Sono e Obesidade

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Coimbra;
psicomed@fmed.uc.pt; Telef.: 239 857700 (Ext. 359)

Convite para participar e resumo do projecto

Convidamo-la a participar num estudo sobre os comportamentos alimentares, o sono e a obesidade, com o qual pretendemos compreender melhor a relação entre estes aspectos da sua saúde e estilo de vida.

Se aceitar participar vamos solicitar a sua colaboração através do preenchimento de um conjunto de questionários, que poderá preencher em casa e devolver na próxima consulta.

Todas as questões envolvem aspectos comuns do dia a dia de qualquer pessoa. Serão utilizados também os dados resultantes da consulta sobre a sua composição corporal.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento do estudo pode desistir sem qualquer justificação. A sua recusa em participar ou o posterior abandono não prejudicarão a sua relação com a investigadora nem com os profissionais de saúde

Garantimos absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos e estamos ao seu inteiro dispor para responder a qualquer pergunta que queira fazer e para lhe comunicar os resultados quando estiverem prontos.

Autorização

Eu, _____ (nome da pessoa ou representante legal) li e decidi participar no estudo sobre os comportamentos alimentares, o sono e a obesidade. Os objectivos gerais foram-me explicados assim como os procedimentos a seguir. A minha assinatura indica também que recebi uma cópia desta autorização.

Assinatura

Assinatura do investigador

Data: / / 20

Anexo 2 – Parecer da Comissão de ética



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o 111-CE-2011

Data 22 / 11 / 2011

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Manuel Santos Rosa

Presidente do Conselho Científico da

Faculdade de Medicina

**Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica.
(ref^o CE-125/2011)**

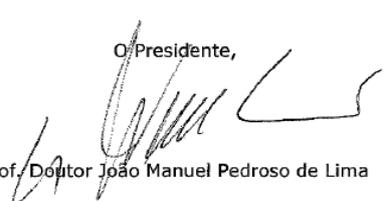
Candidato(a): Catarina Isabel Mateus Peixoto

**Título do Projecto: "Comportamentos alimentares, distúrbios do sono e
obesidade"**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 3 - Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (EMP-H&F)

Assinale com um **círculo**, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
1. Quando estou a trabalhar em alguma coisa, não me consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim	1	2	3	4	5	6	7
3. Um dos meus objectivos é ser perfeita em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
4. Tudo o que as outras pessoas fazem, deve ser de excelente qualidade.....	1	2	3	4	5	6	7
5. No meu trabalho nunca tenho como objectivo a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
6. As pessoas que me rodeiam, aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros....	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim	1	2	3	4	5	6	7
8. Raramente sinto o desejo de ser perfeita	1	2	3	4	5	6	7
9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam	1	2	3	4	5	6	7
10. Faço tudo o que posso para ser tão perfeita quanto possível	1	2	3	4	5	6	7
11. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
12. Esforço-me para ser a melhor em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
13. As pessoas que me rodeiam, esperam que eu seja bem sucedida em tudo ..	1	2	3	4	5	6	7
14. De mim, não exijo menos do que a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
15. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo .	1	2	3	4	5	6	7
16. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
17. Para mim, ser bem sucedida significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros ...	1	2	3	4	5	6	7
18. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição....	1	2	3	4	5	6	7
19. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando estabeleço os meus objectivos, tendo para a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
21. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.....	1	2	3	4	5	6	7
23. Em todos os momentos devo dar o meu rendimento máximo.....	1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
24. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbadas quando falho numa tarefa	1	2	3	4	5	6	7
25. Não preciso de ser a melhor em tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
26. A minha família espera que eu seja perfeita.....	1	2	3	4	5	6	7
27. Os meus objectivos não são muito elevados	1	2	3	4	5	6	7
28. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição	1	2	3	4	5	6	7
29. Estabeleço normas muito elevadas para mim	1	2	3	4	5	6	7
30. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar	1	2	3	4	5	6	7
31. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem sucedida	1	2	3	4	5	6	7
32. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4 - Versão Portuguesa do Eating Disorder Examination – Questionnaire

Questões 1 a 12: Por favor responda a cada questão cautelosamente e faça um círculo à volta do número apropriado à direita.

Quantos dias nos últimos 28 dias...	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. <u>Tentou</u> limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2. Passou longos períodos de tempo (8 horas acordada ou mais) sem comer nada para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3. <u>Tentou</u> evitar comer alimentos que gosta (tendo ou não conseguido) para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
4. <u>Tentou</u> seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação (por exemplo, um limite máximo de calorias) para influenciar o seu peso ou forma corporal (tendo ou não conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Teve um desejo claro de ter o seu estômago vazio para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
6. Teve o desejo claro de ter um estômago <u>completamente liso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensar sobre <u>comida, comer ou calorias</u> tornou muito difícil concentrar-se em coisas que estava interessada (por exemplo, trabalhar, seguir uma conversa ou ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar sobre <u>o peso ou forma corporal</u> tornou muito difícil concentrar-se em coisas que estava interessada (por exemplo, trabalhar, seguir uma conversa ou ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Teve medo intenso de perder o controlo sobre o que comia?	0	1	2	3	4	5	6
10. Teve um medo claro de poder ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Se sentiu gorda?	0	1	2	3	4	5	6
12. Teve um grande desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Questões 13 a 18: Por favor responda indicando o número adequado no espaço à direita de cada questão. Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias).

Nas últimas 4 semanas (28 dias)...

13. Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> comeu o que outras pessoas considerariam uma <u>quantidade involuntariamente grande de comida</u> (dadas as circunstâncias)?	_____
14. ...Em quantas destas vezes sentiu que perdeu o controlo sobre o que estava a comer (enquanto estava a comer)?	_____
15. Nos últimos 28 dias, em quantos DIAS ocorreram estes episódios de comer demasiado (i.e., comeu uma grande quantidade de comida e teve na altura uma sensação de perda de controlo)?	_____
16. Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> provocou o vômito para controlar o seu peso ou a sua forma corporal?	_____
17. Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> tomou laxantes para controlar o seu peso ou a sua forma corporal?	_____
18. Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> fez exercício excessivo ou de um modo compulsivo para controlar o seu peso, forma corporal ou quantidade de gordura, ou para queimar calorias?	_____

Questões 19-21: Por favor responda a cada questão cautelosamente e faça um círculo à volta do número apropriado à direita. Note que para estas questões o termo "episódio de ingestão alimentar compulsiva" significa comer o que outras pessoas considerariam uma quantidade involuntariamente grande de comida, dadas as circunstâncias, e tendo uma sensação de falta de controlo sobre o ato de comer.

19. Nos últimos 28 dias, em quantos dias comeu em segredo (i.e., às escondidas, furtivamente)?	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os Dias
.....não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva	0	1	2	3	4	5	6
20. Quantas vezes a seguir a comer, se sentiu culpada (sentiu que falhou) por causa do efeito que isso teria no seu peso ou forma corporal?	Nenhuma	Algumas vezes	Menos de metade	Metade das vezes	Mais de metade	A maior parte das vezes	Todos os dias
.....não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva	0	1	2	3	4	5	6
21. Nos últimos 28 dias, até que ponto esteve preocupada com o facto das outras pessoas a verem comer?	Nada		Ligeiramente		Moderadamente		Extremamente
.....não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva	0	1	2	3	4	5	6

Questões 22-28: Por favor responda fazendo um círculo à volta do número apropriado à direita.
Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias).

Nos últimos 28 dias...	Nada		Ligeira mente		Moderada mente		Extrema mente
22. O seu <u>peso</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
23. A sua <u>forma corporal</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
24. Até que ponto ficaria aborrecida se lhe pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais nem menos vezes) durante as próximas quatro semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua <u>forma corporal</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver o seu corpo (por exemplo ao espelho, no reflexo de uma montra, enquanto se despia ou enquanto tomava banho)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Até que ponto se sentiu desconfortável com o facto dos outros verem o seu corpo (por exemplo, em balneários, enquanto nadavam ou quando usa roupas justas)?	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 5 - Perfil de Estados de Humor – 36 (Profile Of Mood States; POMS-36)

À frente de cada palavra coloque um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**, incluindo hoje (0 – De maneira nenhuma; 1 – Um pouco; 2 – Moderadamente; 3 – Muito; 4 – Muitíssimo).

1. Irrado(a)	0	1	2	3	4	19. Desgraçado(a).....	0	1	2	3	4
2. Infeliz.....	0	1	2	3	4	20. Alegre.....	0	1	2	3	4
3. Animado(a).....	0	1	2	3	4	21. Amargurado(a)	0	1	2	3	4
4. Desgostoso(a) com coisas que aconteceram.....	0	1	2	3	4	22. Ansioso(a)	0	1	2	3	4
5. Irritado(a).....	0	1	2	3	4	23. Pessimista.....	0	1	2	3	4
6. Triste.....	0	1	2	3	4	24. Desesperado(a)	0	1	2	3	4
7. Activo(a).....	0	1	2	3	4	25. Revoltoso(a)	0	1	2	3	4
8. Enervado(a)	0	1	2	3	4	26. Desamparado(a).....	0	1	2	3	4
9. Rabugento(a)	0	1	2	3	4	27. Saturado(a)	0	1	2	3	4
10. Neura.....	0	1	2	3	4	28. Desiludido(a).....	0	1	2	3	4
11. Cheio(a) de força.....	0	1	2	3	4	29. Furioso(a)	0	1	2	3	4
12. Sem esperança.....	0	1	2	3	4	30. Segura de si.....	0	1	2	3	4
13. Descontraído(a)	0	1	2	3	4	31. Cheio(a) de vida.....	0	1	2	3	4
14. Simpático(a)	0	1	2	3	4	32. Mau humor.....	0	1	2	3	4
15. Resmungão/Resmungona...	0	1	2	3	4	33. Inútil.....	0	1	2	3	4
16. Chateado(a).....	0	1	2	3	4	34. Assustado(a)	0	1	2	3	4
17. Desanimado(a)	0	1	2	3	4	35. Vigoroso(a)	0	1	2	3	4
18. Ressentido(a)	0	1	2	3	4	36. Desorientado(a)	0	1	2	3	4

Anexo 6 - Eating Disorder Examination-Questionnaire – 7: Construct validity in a sample of portuguese overweight women



EPA 2021
29TH EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY
Florence, Italy
10-13 April 2021

Ana Telma Pereira¹, Helena Martins², Catarina Peixoto³, Cristiana Marques⁴, António Macedo⁵

¹ Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal.

² Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal.

³ Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal.

INTRODUCTION: Although the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ; Fairburn et al. 2008) is the most used instrument worldwide for the assessment of eating disorders symptoms, its factorial structure considerably varies, which limits its construct validity.

Using exploratory factor analysis in data from a sample of overweight women, our group found a three-factors structure of the EDEQ Portuguese version (Peixoto et al. 2013). Although it was in accordance with other psychometric studies (eg. Peterson et al 2007), it was different from the original matrix.

Further investigation regarding its factor structure has been conducted, with studies supporting a modified seven-item-three-factors structure (dietary restraint, shape/weight overvaluation, body dissatisfaction) with improved psychometric properties (Grilo et al. 2013, 2015), including with Portuguese samples (Machado et al. 2018; Santos et al. 2019).

AIM: To analyse if the EDEQ version composed of seven items and three factors is replicated in a Portuguese sample of overweight women.

METHOD: The EDEQ was administered to an outpatient sample of 276 women (Mean age= 43.85±11.89 years; Mean BMI=32.82±5.43 Kg/height²) attending a weight loss treatment consultation in a public hospital.

RESULTS: Confirmatory factor analysis (CFA) revealed an adequate fit of the EDEQ-7 second order model with three dimensions ($\chi^2/df=2.365$; RMSEA=.071, CFI=.891, TLI=.911, GFI=.901; $p<.001$). The EDEQ7 Cronbach's alphas for the total and its dimensions were $\alpha<.70$.

CONCLUSION: Given its good psychometric properties, the overlap of the measurement model with those found with different samples and the reduced number of items, the EDEQ7 will be very useful both in research and clinical settings with/for overweight women.

Anexo 7 – Modelos de mediação

3.1. Análise do papel mediador das dimensões do afeto na relação entre o PSP e o EDEQ-Total.

Modelo 1: Papel mediador do Afeto negativo.

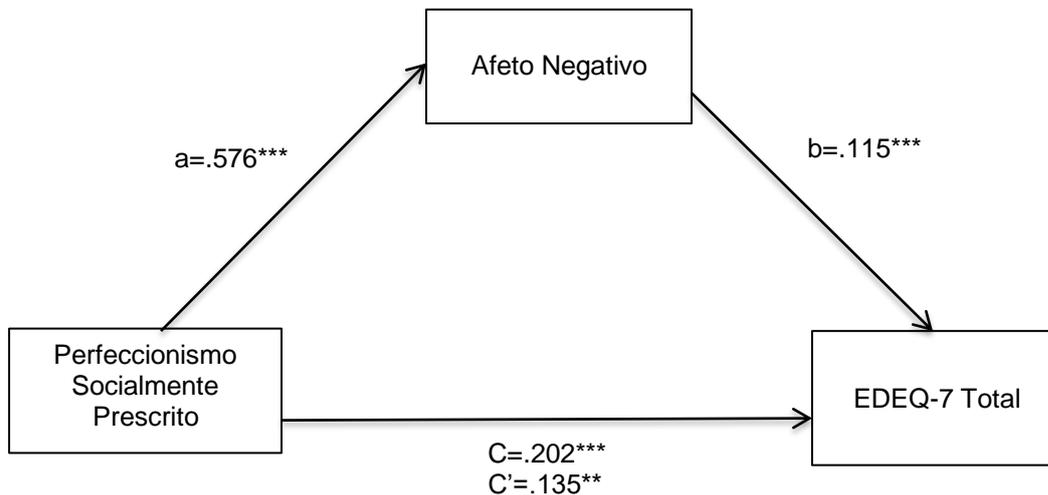


Fig.1 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=11.3\%$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; *c* - efeito total, *c'* - efeito direto; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (*coeficiente*=.066) com IC 95% [.031 - .108].

Modelo 2: Papel mediador do Afeto positivo.

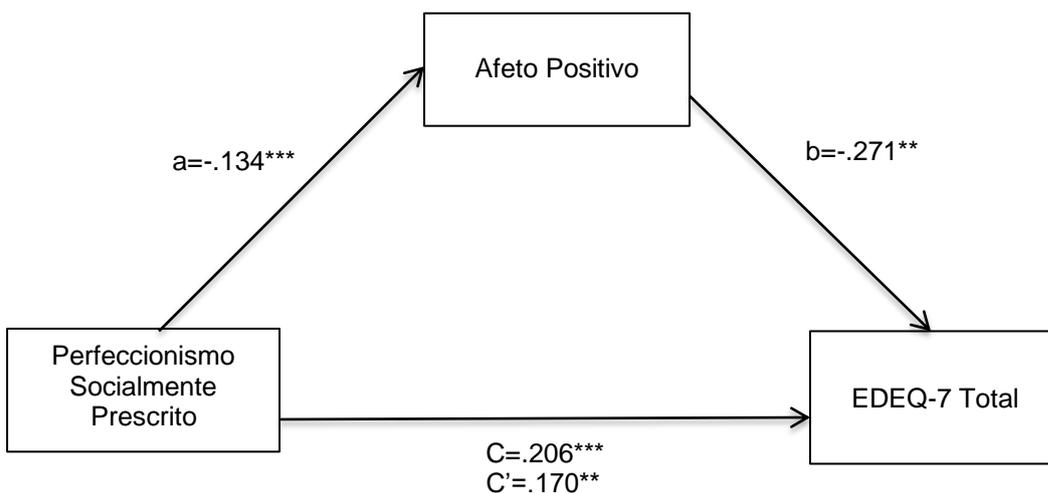


Fig.2 - Modelo de mediação simples 2; $R^2=7.4\%$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; *c* - efeito total, *c'* - efeito direto; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (*coeficiente*=.036) com IC 95% [.006 - .070].

3.2. Análise do papel mediador das dimensões do afeto na relação entre o PSP e a Dieta restritiva.

Modelo 3: Papel mediador do Afeto negativo.

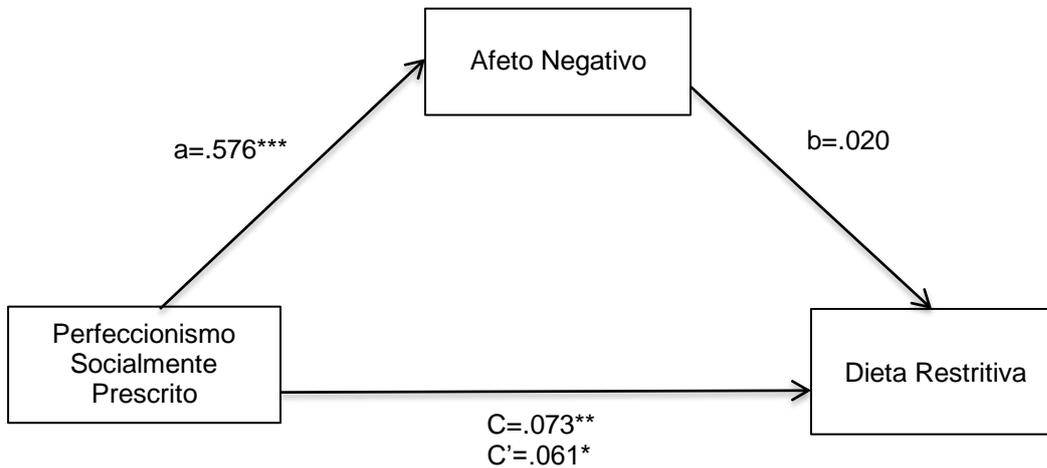


Fig.3 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=11.3\%$; * $p<0.5$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; c - *efeito total*, c' - *efeito direto*; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (*coeficiente*=.011) com IC 95% [.006 - .031].

3.3. Análise do papel mediador das dimensões do afeto na relação entre o PSP e a Sobreavaliação do peso e forma corporais.

Modelo 4: Papel mediador do Afeto negativo.

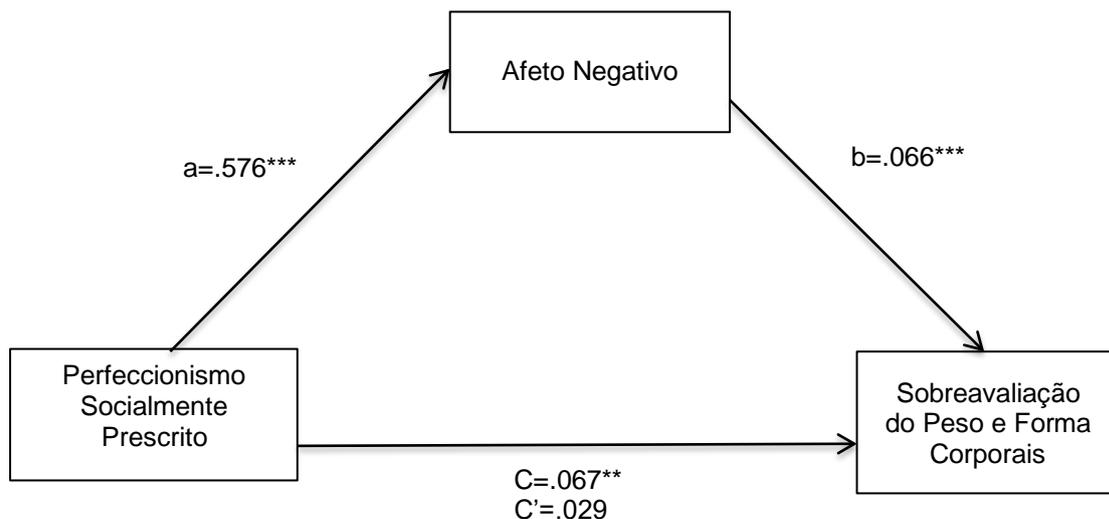


Fig.4 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=11.3\%$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; c - *efeito total*, c' - *efeito direto*; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (*coeficiente*=.038) com IC 95% [.021 - .058].

Modelo 5: Papel mediador do Afeto positivo.

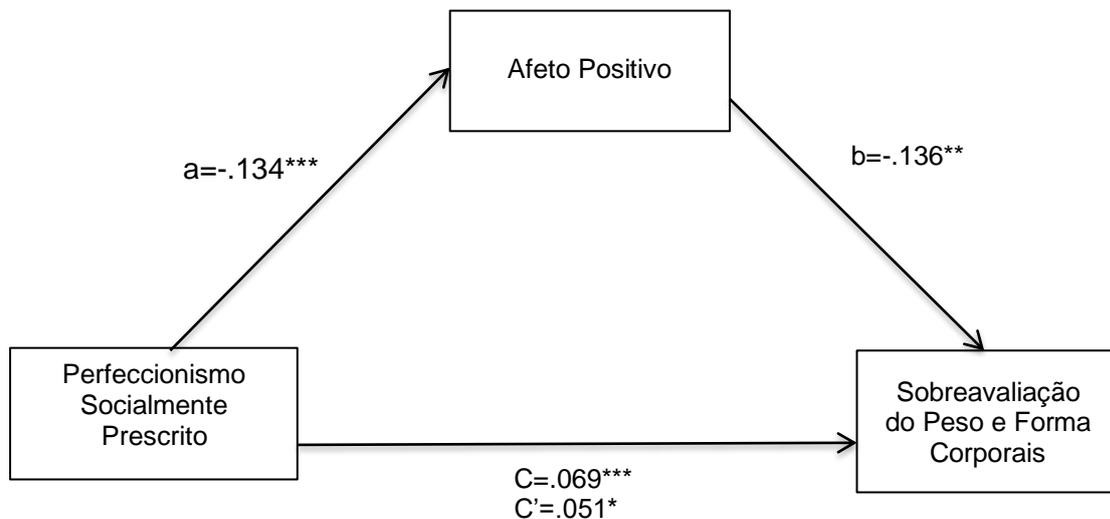


Fig.5 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=7.4\%$; * $p<0.5$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; *c* - efeito total, *c'* - efeito direto; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (coeficiente=.018) com IC 95% [.006 - .033].

3.4. Análise do papel mediador das dimensões do afeto na relação entre o PSP e a Insatisfação Corporal.

Modelo 6: Papel mediador do Afeto negativo.

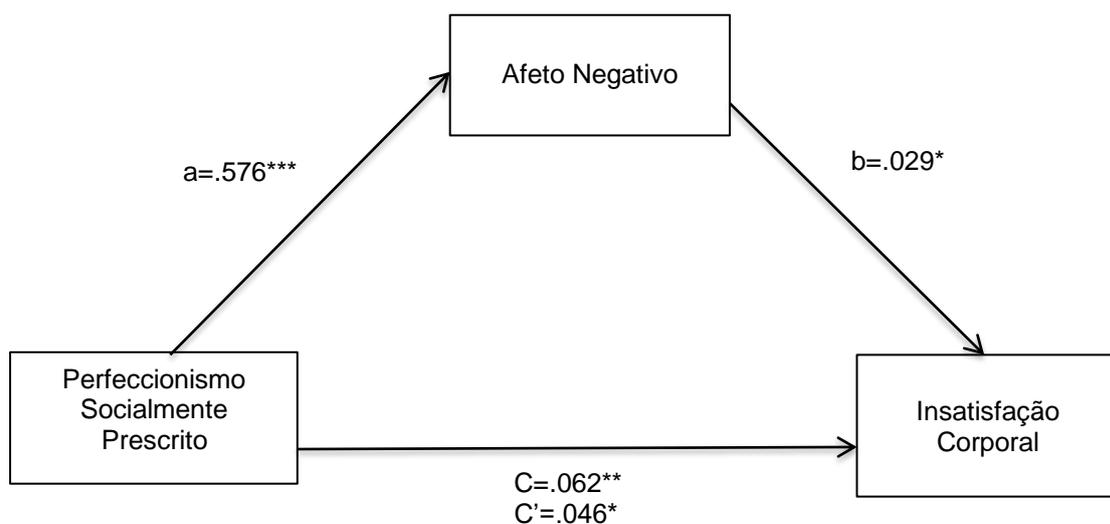


Fig.6 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=11.3\%$; * $p<0.5$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; *c* - efeito total, *c'* - efeito direto; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (coeficiente=.017) com IC 95% [.003 - .032].

Modelo 7: Papel mediador do Afeto positivo.

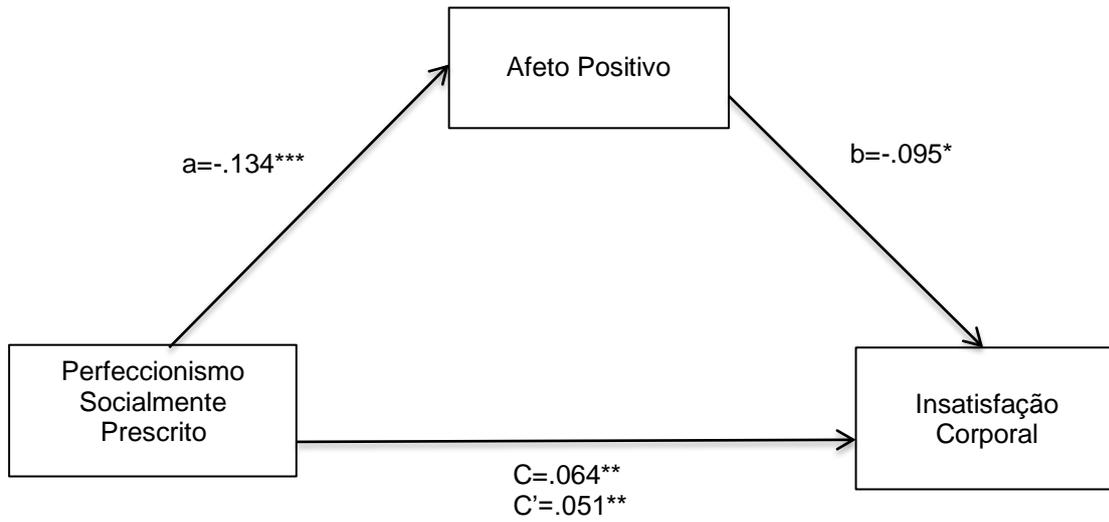


Fig.7 - Modelo de mediação simples 1; $R^2=7.4\%$; * $p<0.5$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; *c* - efeito total, *c'* - efeito direto; os efeitos total e direto revelaram-se significativos. O efeito indireto foi significativo, revelando mediação parcial (*coeficiente* = .013) com IC 95% [.001 - .026].