



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ALIMENTAÇÃO CONSCIENTE E ALIMENTAÇÃO INTUITIVA: A SUA
RELAÇÃO COM A INGESTÃO ALIMENTAR COMPULSIVA, A
ALIMENTAÇÃO EMOCIONAL E VARIÁVEIS DE SAÚDE

MARIA INÊS LOPES RODRIGUES

Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Professor de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Ao longo da minha caminhada, sobretudo nos últimos 5 anos, muitas foram as pessoas com quem tive o privilégio de me cruzar, e que de forma direta ou indireta contribuíram para o finalizar deste trabalho. A todas elas, que sempre me apoiaram e valorizaram, aqui fica o meu mais sincero agradecimento.

A primeira pessoa a quem gostaria de agradecer é a minha orientadora, a professora Filipa Pimenta. Desde muito cedo, que tive a convicção que se tratava da pessoa certa para me orientar e ajudar a desenvolver este “produto final de curso”. A área do comportamento alimentar, é para mim uma área pela qual sinto particular interesse. Poder partilhá-lo com a professora, que tem uma vasta experiência neste campo, e que prima sempre pela excelência de tudo o que faz, foi para mim muito significativo e um enorme privilégio. Por isso, agradeço-lhe professora, o facto de me ter permitido ir mais além, “desafiar” o seu seminário, e acima de tudo, ter confiado e acreditado em mim. Não me esquecerei das suas palavras e do seu apoio, que foram fundamentais ao longo deste último ano.

A todos os meus amigos e colegas, com os quais tive a felicidade de partilhar momentos, conhecimentos e experiências que levarei para a vida. Todos eles, de uma forma ou de outra, me ensinaram algo e me deram alento para continuar e não desistir, até chegar ao término deste projeto. Em especial agradeço à Bia, à Mariana, à Inês, à Majú e às Margaridas, por todo o carinho e partilha nos melhores e piores momentos que juntas vivemos, dentro e fora do ISPA.

À minha mãe e ao meu pai, por acreditarem em mim, e pelo seu apoio e ajuda incondicionais. Sem eles, certamente tudo seria mais difícil. À minha irmã por ter estado sempre disponível para mim. A toda a minha família, em especial ao avô António.

À Joana Gouveia, pela pessoa bonita e generosa que é, tendo sido um pilar essencial quando mais precisei, nunca me tendo deixado desistir. É sem dúvida das pessoas mais bonitas e generosas que já conheci.

À Sofia, pela forma como me tem ajudado a amadurecer e a olhar para a vida. Com um olhar maduro, uma mente que sonha sem limites e uma eterna alma de criança, que explora o mundo como se visse tudo pela primeira vez.

À Ema, por toda a amizade, pelo carinho, pela paciência, pelos momentos de partilha que tanto me têm enriquecido neste meu processo. Em tão pouco tempo, consigo dizer que sou profundamente feliz por ter uma amiga como tu. Que sortuda me sinto por te ter como amiga Obrigada do fundo do coração! E obrigada por me dares a conhecer outra pessoa fantástica – o Nuno. Com poucas mas tão sinceras conversas, senti desde logo a pessoa incrível que és.

À Catarina, que tem sido um apoio fundamental e uma amiga que tenho adorado conhecer. Obrigada pela troca de partilhas e todas as conversas que temos vindo a ter. Tens te revelado uma pessoa incrível. Obrigada por toda a paciência.

À Vera e à Mariana, por serem umas amigas fantásticas, por estarem sempre presentes, e me fazerem sentir “protegida” e feliz por vos ter na minha vida.

À Mónica, que se revelou uma ótima surpresa este ano, que me ajudou muito mais do que em simples questões práticas. A sua disponibilidade, entrega e generosidade revelaram-se, e do nada sugiu uma bonita amizade que quero levar comigo.

À Carla, pela força, motivação e carinho que sempre teve comigo. A sua boa energia sentida por mim, é uma das características que fazem dela uma pessoa especial,

E a todos os que não nomeei em particular, mas que estão aqui incluídos, e que me crescem e ajudam todos os dias a ser a pessoa que sou. Obrigada a todos vocês!

*“Passa uma borboleta por diante de mim
E pela primeira vez no Universo eu reparo
Que as borboletas não têm cor nem movimento,
Assim como as flores não têm perfume nem cor.
A cor é que tem cor nas asas da borboleta,
No movimento da borboleta o movimento é que se move.
O perfume é que tem perfume no perfume da flor.
A borboleta é apenas borboleta
E a flor é apenas flor.”*

Alberto Caeiro
(Heterónimo de Fernando Pessoa)

Resumo

A Alimentação Consciente (AC) e a Alimentação Intuitiva (AI) são abordagens de comportamento alimentar baseadas na premissa de confiar nos sinais fisiológicos de fome e saciedade. Com o objetivo de explorar preditores da AC e AI, e o seu impacto em variáveis de saúde, desenvolveram-se dois modelos de equações estruturais. A amostra englobou 960 participantes que completaram a Escala de Alimentação Intuitiva (IES-2), o Questionário de Alimentação Consciente (MEQ), a Escala de Compulsão alimentar (BES) e o Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TFEQ-R21). O primeiro e o segundo modelo que testam, respetivamente, a relação entre a AC ou a AI, e comportamento alimentar disfuncional, variáveis sociodemográficas e de saúde, demonstraram uma qualidade de ajustamento sofrível (1: $\chi^2/df = 4.803$; CFI = .843; GFI = .874, TLI = .818; RMSEA = .063; 2: $\chi^2/df = 4.914$; CFI = .888; GFI = .861, TLI = .873; RMSEA = .064). Indivíduos com comportamentos de ingestão compulsiva mais graves e maior frequência de comportamentos de alimentação emocional manifestavam comportamentos menos frequentes de resposta emocional ($\beta = -.249, p < .001$; $\beta = -.689, p < .001$) e de desinibição (AC) ($\beta = -.492, p < .001$; $\beta = -.149, p < .001$), e pareciam comer menos por razões físicas e não emocionais ($\beta = -.147, p < .001$; $\beta = -.754, p < .001$). A AC esteve significativamente associada à AI ($r = 0.457$; $p < .01$). Contudo, falta ainda perceber quais as implicações práticas da utilização destas abordagens em conjunto ou separadamente.

Palavras-chave: Alimentação Consciente; Alimentação Intuitiva; Ingestão Alimentar Compulsiva; Alimentação Emocional

Abstract

Mindful Eating (ME) and Intuitive Eating (IE) are approaches to eating behavior based on the premise of trusting in hunger and satiation's physiological signs. With the aim of exploring ME and IE predictions, as well as their impact on health variables, two structural equations models were developed. The sample included 960 participants which completed the IES-2 - Intuitive Eating Scale; MEQ - Mindful Eating Scale; BES - Binge Eating Scale and TFEQ-R21 - Three Factor Eating Questionnaire. The first and the second model that test, respectively, the relation between ME or IE, and disfunctional eating behavior, sociodemographic and health variables have shown a reasonable adjustment quality (1: $\chi^2/df = 4.803$; CFI = .843; GFI = .874, TLI = .818; RMSEA = .063; 2: $\chi^2/df = 4.914$; CFI = .888; GFI = .861, TLI = .873; RMSEA = .064). Individuals with more serious compulsive ingestion attitudes displayed less frequent emotional responses behaviors ($\beta = -.249, p < .001$; $\beta = -.689, p < .001$) (ME) and disinhibition ($\beta = -.492, p < .001$; $\beta = -.149, p < .001$) (ME), and seemed to eat less not so much for emotional reasons as for physical ones ($\beta = -.147, p < .001$; $\beta = -.754, p < .001$). ME was significantly connected to IE ($r = 0.457$; $p = < .01$). However, we still need to understand which practical implications of use both collectively and separately.

KeyWords: Mindful Eating; Intuitive Eating; Binge Eating; Emotional Eating

Índice

Introdução.....	1
Determinantes do Comportamento Alimentar	1
Abordagens de comportamento alimentar baseadas em fatores internos	3
<i>Alimentação Intuitiva</i>	4
<i>Alimentação Consciente</i>	5
Relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente	6
Método	8
Desenho de investigação.....	8
Participantes.....	8
Instrumentos.....	11
<i>Questionário Sociodemográfico, de Saúde e de Comportamento Alimentar</i>	11
<i>Escala de Alimentação Intuitiva (Intuitive Eating Scale-2 – IES-2)</i>	12
<i>Questionário de Alimentação Consciente (Mindful Eating Questionnaire - MEQ)</i>	13
<i>Escala de Compulsão Alimentar (Binge Eating Scale – BES)</i>	14
<i>Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (Three Factor Eating Questionnaire – TFEQ-R21)</i>	14
Procedimento	15
Análise estatística.....	16
Resultados	17
TFEQ – R21: Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar	17
BES: Escala de Compulsão Alimentar	18

IES-2: Escala de Alimentação Intuitiva.....	19
MEQ – Questionário de Alimentação Consciente	20
Objetivo 1	22
Objetivo 2	24
Objetivo 3	27
Discussão.....	28
Referências	43
Anexos.....	52
Anexo A - Revisão alargada de literatura.....	52
Determinantes do Comportamento Alimentar: O impacto de fatores externos.....	52
Anexo B - Consentimento Informado	68
Anexo C - Exemplar do(s) instrumento(s).....	69
Anexo D – Análise da Sensibilidade	89
Referências	90

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Presente Estudo ($n = 960$).....	9
Tabela 2. Caracterização da Amostra referente às Variáveis de Saúde ($n = 960$).....	9
Tabela 3. Caracterização da Dieta da Amostra ($n = 960$)	10
Tabela 4. Análise Descritiva das Variáveis Antropométricas	11
Tabela 5. Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações	18
Tabela 6. Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações	20
Tabela 7. Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações	21
Tabela 8. Variância Explicada.....	23
Tabela 9. Estimativas Estandarizadas dos Coeficientes.....	24
Tabela 10. Variância Explicada.....	26
Tabela 11. Estimativas Estandarizadas dos Coeficientes.....	27
Tabela 12. Correlações entre a Alimentação Consciente e a Alimentação Intuitiva.....	28
Tabela 13. Análise da Sensibilidade	89

Lista de Figuras

Figura 1. AFC do TFEQ-R21	17
Figura 2. AFC da BES	18
Figura 3. AFC da IES-2	19
Figura 4. AFC da MEQ.....	21
Figura 5. Preditores de Alimentação Consciente e Relação Entre Esta e Variáveis de Saúde	22
Figura 6. Preditores de Alimentação Intuitiva e Relação entre Esta e Variáveis de Saúde	25

Lista de Siglas

Alim. Emocional – Alimentação Emocional

Aware – Consciência

BES – Escala de Compulsão Alimentar

BFCC - Congruência Corpo-Alimentação

Dis – Desinibição

Distra – Distração

Desc. Alimentar – Descontrole Alimentar

EC – Comer com Base em Pistas Externas

ER – Resposta Emocional

EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais

Exe.Físico – Exercício Físico

IES – Escala de Alimentação Intuitiva

IMC – Índice de Massa Corporal

MEQ – Questionário de Alimentação Consciente

Omnívora- Dieta omnívora

Relação - Estar ou não numa relação afetiva

Rest. Cognitiva – Restrição Cognitiva

RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade

TFEQ-R21 – Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar

UPE – Permissão Incondicional para Comer

Introdução

Determinantes do Comportamento Alimentar

A literatura evidencia o papel importante que os mecanismos de fome e saciedade têm enquanto processo biológico nas atitudes e comportamento alimentar dos indivíduos (Hopkins et al., 2000). Porém, é cada vez mais notória a pesquisa que tem vindo a ser feita, e que vai além dos sinais fisiológicos, explorando o papel dos diversos fatores que influenciam a complexidade do comportamento alimentar, sobretudo dos fatores externos aos sinais de fome e saciedade (Beaulieu & Blundell, 2020; Halford & Blundell, 2000).

No que concerne às motivações do comportamento alimentar dos indivíduos, é de mencionar o papel que a ingestão externa desempenha nas suas vidas (Elliot, 2014; Herman & Polivy, 2008; Van Kleef et al., 2012). Segundo Ogden (2010), a ingestão externa caracteriza-se por uma ingestão em função de estímulos externos, que se sobrepõem aos sinais de fome e saciedade. Herman e Polivy (2008), categorizam os fatores externos em fatores normativos e fatores sensoriais, mas sempre partindo do mesmo pressuposto, de que o ato de comer é uma resposta a estímulos relacionados ao alimento, independentemente do estado interno de fome ou saciedade do indivíduo (Herman & Polivy, 2008).

Anderson, Reily & Schaumberg (2015), também relevam a influência dos fatores externos no comportamento alimentar, além de os considerarem uma barreira para os indivíduos comerem de forma mais conectada com os sinais internos. Os indivíduos tendem a comer de forma pouco consciente, mostrando-se mais reativos aos estímulos externos (do meio ambiente), do que aos fatores intrínsecos. Por sua vez, Conger (1980), enfatiza o contexto social e o peso que este pode ter no comportamento alimentar dos indivíduos ao longo da sua vida. Especificamente, as práticas parentais e o ambiente familiar exercem grande influência na alimentação das crianças, e na maneira como estas olham para a comida. O contexto social é assim um fator dominante nos comportamentos e estilos de vida, desde muito cedo. Estes acabam por ser aprendidos e interiorizados mediante as relações, atitudes e práticas alimentares do ambiente social (Davison & Birch, 2001; Scaglioni et al., 2011).

Esta influência, sobretudo por parte dos progenitores, também poderá mascarar os sinais de fome e saciedade dos filhos, (Birch et al., 2001; Elliott, 2014; Peters et al., 2012), acabando por limitar as suas escolhas, ao não adquirirem autonomia e capacidade de decidir

com base em pistas internas (Elliott, 2014). Assim, o foco das crianças tende a incidir mais em pistas externas (como ter a obrigação de comer tudo o que têm no prato) do que na fome e saciedade, impactando de forma negativa na capacidade de autorregulação da ingestão alimentar, podendo inclusive contribuir para futuros desajustes no que concerne a questões relacionadas com o peso e a alimentação. Esta “obrigação” frequente impede de nos questionarmos acerca de como nos vamos sentindo ao longo da refeição e acerca dos nossos sinais de fome e saciedade (Berge et al., 2010; Wansink & Payne, 2008).

Ademais, a facilitação social, que consiste na tendência para os indivíduos comerem em maior quantidade quando estão com outras pessoas (Cledenen, Herman & Polivy, 1994) e quanto maior for o número de pessoas à sua volta (De Castro, 1990), é outra das formas de influência social no comportamento alimentar. Destacam-se igualmente a formação de impressões e a modelagem social, como outras duas influências ao nível social. A primeira, como o nome indica, salienta uma importante dimensão do comportamento alimentar, que é a de representar uma forma de comunicação e de transmissão sobre nós próprios aos outros (Vartanian, Herman & Polivy, 2007). A modelagem social, trata-se de uma tendência para usar o comportamento alimentar de outros indivíduos como referência, sendo que, o indivíduo ajusta o seu padrão alimentar para ser convergente com o dos seus parceiros alimentares (Herman et al., 2003).

É também de considerar o peso que têm as tendências da sociedade, os média, e as redes sociais, na forma como olhamos e nos relacionamos com a comida. A partilha de conteúdos sobre alimentação em *sites*, *blogs* e programas de televisão, tem vindo a ganhar cada vez mais popularidade, assim como a criação de aplicações relacionadas com a alimentação e o bem-estar, com diversos conteúdos sobre comida a serem igualmente partilhados nas redes sociais (Lupton & Fieldman, 2020). Todavia, a informação que se encontra nos médiaé, com frequência, confusa e contraditória (Hyman, 2018; Nagler, 2014), fornecendo por vezes informação desajustada.

Considerando os últimos 10 anos, temos assistido a um crescimento do fenómeno de comer de forma saudável, apelidado de *clean*. *Clean eating* (Smith, 2020), tem vindo a acentuar-se enquanto forte tendência alimentar na nossa sociedade. Tal, consiste numa maior consciência e preocupação com um estilo de vida mais saudável, porém, seguindo uma alimentação estrita, muito focada nos aspetos nutricionais, evitando alimentos conotados como “sujos” e prejudiciais à saúde (Nevin & Vartanian, 2017; Smith, 2020). Prevalece assim

uma dualidade: por um lado, produtos bons e saudáveis, e por outro, processados e “não saudáveis” (Ledin & Machin, 2020; O’Neill & Silver, 2017). A literatura tem concluído que definir alimentação saudável é algo complexo, pelo que nos deparamos com imensa informação disponível, muita dela sem fundamentação científica, mas que rapidamente se difunde. O mesmo acontece com o conceito de “*Healthism*”, que tem sido extremado. A crença de priorizar a nossa saúde e bem-estar - devendo esta estar acima de tudo o resto - reduz o conceito fundamental de saúde à componente nutricional dos alimentos, e também aos valores e normas estritos do que é considerado o suprassumo do saudável, em detrimento de outras dimensões, como o prazer e a dimensão social (Crawford, 2006; Katz, 1997, citado por Arguedas, 2020).

Abordagens de comportamento alimentar baseadas em fatores internos

A literatura ao nível do comportamento alimentar revela alguma inconsistência, sendo que algumas abordagens mais convencionais, defendem ser essencial regular a ingestão alimentar através de mecanismos externos aos sinais de fome e saciedade, para que os indivíduos consigam controlar o seu apetite e elaborar escolhas alimentares de forma aconselhada e ajustada (Alpramos & Gingras, 2009, citado por Bacon & Aphramor, 2011).

Contudo, comer tendo em conta os sinais externos à fome e à saciedade, encontra-se também associado a problemas com o peso (e.g., ganho de peso e obesidade), perturbações alimentares, preocupações e fobias relativamente à comida, verificando-se um impacto negativo na saúde a nível físico, psicológico e social (Neumark-Sztainer et al., 2012; Ouwens, Van Strien & Van Leeuwe, 2009). Nomeadamente, indivíduos que menos privilegiam os sinais internos de fome e de saciedade, parecem ser mais propensos a envolverem-se em comportamentos desajustados como episódios de compulsão alimentar (Alberts & Raes, 2012; Birch & Fisher, 2000; Birch, Fisher & Davison, 2003). Além disso, também a frequência de ingestão emocional diminui quando associada à prática de uma Alimentação Intuitiva (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015; Cole & Horacek, 2010; Kerin, Webb & Zimmer-Gembeck, 2019), bem como a Alimentação Consciente, que promove melhores níveis de bem-estar emocional, com uma diminuição dos afetos negativos (Dalen et al., 2010; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Neste sentido, a investigação tem-se debruçado sobre novas abordagens de comportamento alimentar, especificamente a Alimentação Intuitiva e a Alimentação

Consciente, ambas baseadas na premissa de confiar nos sinais fisiológicos de fome e saciedade, mecanismos estes de regulação interna (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015).

Alimentação Intuitiva

A Alimentação Intuitiva diz respeito a uma abordagem de comportamento alimentar anti-dietas, desenvolvida em 1995 pelas nutricionistas Evelyn Tribole e Elyse Resch. Estas profissionais verificavam que as pessoas que tentavam perder peso, maioritariamente através de dietas restritivas, frequentemente acabavam por chegar até elas com o peso inicial ou superior, e, para além disso, estavam a gerar-se consequências sérias para a sua saúde mental. A relação que estas pessoas começavam a desenvolver com a comida era geradora de muitos receios, fobias e crenças distorcidas, sendo que a alimentação passou a ser um problema nas suas vidas, com o qual não sabiam lidar (Tribole & Resch, 2012). Assim, as autoras conceptualizaram a Alimentação Intuitiva como uma abordagem de comportamento alimentar, em que a ingestão alimentar se baseia nos sinais de fome fisiológica e nos sinais de saciedade, contrariamente a uma alimentação que é influenciada por fatores externos.

Uma das finalidades é a de estimular a capacidade dos indivíduos a se conectarem com os seus sinais fisiológicos, promovendo em simultâneo a consciencialização e a aceitação das reações internas do corpo, como as sensações físicas, as emoções e os pensamentos. Esta consciência corporal auxilia no reconhecimento dos sinais de fome e de saciedade, tendendo a diminuir o risco de padrões alimentares desajustados, que impedem a existência de uma relação “pacífica” com a comida e/ou com o corpo (Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016; Tribole & Resch, 2012). Aliás, a premissa fundamental de uma Alimentação Intuitiva, é favorecer uma relação positiva e saudável com a alimentação, sendo a saúde um valor importante (Tribole & Resch, 2012).

Uma Alimentação Intuitiva considera que se os sujeitos seguirem o pressuposto de ouvir os sinais do corpo (e.g., capacidade de tornar conscientes fenómenos internos do organismo, tais como a sensação de fome e saciedade), mais facilmente saberão o que comer e quando comer em prol de uma alimentação nutritiva, um peso saudável e um padrão de comportamento alimentar normativo, o que é benéfico para o bem-estar físico e psicológico (Hawaks, 2005; Van Dyke & Drinkwater, 2014). Esta abordagem é descrita a partir de um conjunto de 10 princípios propostos pelas autoras: (a) Rejeitar a “mentalidade de dieta” enraizada na sociedade, sem foco no peso, mas sim no comportamento alimentar e em como a

pessoa se sente; (b) Honrar os sinais de fome, distinguindo a fome fisiológica de outras necessidades, que surgem sob a forma de pensamentos ou estados emocionais disfarçados de fome; (c) Permissão incondicional para comer de forma plena, sem julgamentos, culpa ou vergonha; (d) Desafiar regras/rótulos, crenças e valores (auto-) impostos relativamente à comida; (e) Reconhecimento e respeito pelos sinais de saciedade; (f) Descobrir a satisfação na experiência alimentar, encarando a comida além da sua componente fisiológica; (g) Lidar com as emoções sem recorrer à comida; (h) Prática de exercício físico e descoberta dos seus benefícios, tendo como propósito o bem-estar; (i) Respeito pelo corpo e a importância do autocuidado, para além da aparência física; e (j) Compreensão da importância da nutrição e do seu papel na saúde, sem fundamentalismos.

Estes princípios não são encarados como regras, mas destinam-se a orientar o caminho de quem deseje incluir este tipo de abordagem na sua vida. Têm como objetivo ajudar o indivíduo a estar em maior sintonia com o corpo, apto a ouvi-lo e a responder às sensações físicas, e na remoção de obstáculos que impedem este processo e que surgem, muitas das vezes, sob a forma de regras, crenças ou pensamentos (Tribole & Resch, 2012).

Têm sido evidenciadas diferenças entre sexos, sendo que as mulheres tendem a apresentar níveis mais baixos de Alimentação Intuitiva do que os homens (Camilleri et al., 2015; Smith et al., 2020), parecendo importante explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e de saúde, e os níveis de Alimentação Intuitiva, de forma a melhor informar preditores de uma Alimentação Intuitiva, o que poderá auxiliar no planeamento e melhoramento de intervenções nesta área.

Alimentação Consciente

Moor, Scott e McIntosh (2013), consideram que a Alimentação Consciente, assim como a Alimentação Intuitiva, também privilegia o reconhecimento dos sinais de fome e saciedade, tendo sido igualmente investigada enquanto uma resposta na promoção de comportamentos alimentares adaptativos, estando associada a bons indicadores de bem-estar físico e psicológico (Kerin, Webb & Zimmer-Gembeck, 2019; Warren, Smith & Ashwell, 2017). A Alimentação Consciente teve origem no conceito de *mindfulness*, definido por Kabat-Zinn (1990), como o prestar atenção com um propósito, focado no momento presente e sem julgamento. De acordo com esta conceptualização, é possível aplicar o *mindfulness* à comida e à relação que desenvolvemos com a mesma.

A Alimentação Consciente surge definida como um estado de consciência e atenção às sensações físicas e emocionais, antes, durante e após o ato de comer, fazendo uso dos sentidos. Nisto está implícito o reconhecimento dos sinais de fome e saciedade, não devendo existir julgamentos ou comentários a interferir neste processo, o que é congruente com os princípios de uma Alimentação Intuitiva (Moor, Scott & McIntosh, 2013; Kristeller & Quillian-Wolever, 2010). Um dos objetivos, é o de aumentar a consciência do momento presente, identificando variáveis externas e emocionais aos sinais de fome e saciedade, o que acresce a capacidade de regular e controlar fenómenos.

Vários estudos indicam que estas duas abordagens de comportamento alimentar estão associadas a diversos benefícios para a saúde física e psicológica (Bruce & Ricciardelli, 2016; Hazzard et al., 2021; Kristeller, Baer & Wolever, 2006; Schaefer & Magnuson, 2014; Tylka, 2006; Warren, Smith & Ashwell, 2017), entre os quais: (a) a diminuição de alguns sintomas de comportamento alimentar perturbado (e.g., a percepção de perda do controlo sobre a dieta; comportamentos de ingestão compulsiva; preocupação excessiva com a comida); (b) o aumento de comportamentos alimentares adaptativos e saudáveis (e.g., escolhas alimentares com base nas preferências dos indivíduos, a fim de obter ganhos em saúde; diminuição de comportamentos de ingestão externa); (c) a diminuição das práticas de dieta e restrição; (e.g., remoção de regras/restrições dietéticas; diminuição das práticas de controlo, quer controlo rígido, quer controlo flexível); (d) a diminuição de comportamentos não saudáveis e extremos para controlo do peso (e.g., saltar refeições; negar a sensação de fome; evitar convívios sociais que impliquem a presença de comida); e (e) melhorias ao nível da ansiedade, da depressão, da autoestima, de sentimentos de ineficácia, do bem-estar emocional (diminuição da ingestão emocional) e da imagem corporal.

Relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente

Dada a literatura anteriormente mencionada, ambas as abordagens de Alimentação Intuitiva e Alimentação Consciente, aparecem descritas com benefícios muito semelhantes para a saúde, sendo muitas vezes confundidas e englobadas uma na outra. Desta forma, parece importante estudar as relações entre os constructos e as dimensões de cada uma destas abordagens de comportamento alimentar, a fim de perceber quais as implicações práticas da sua utilização em conjunto ou separadamente. Aliás, a literatura ao nível da relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente também se tem revelado pouco clara.

Por um lado, Anderson e colaboradores (2016), concluíram que não existia qualquer correlação entre as pontuações totais das escalas de Alimentação Intuitiva e do questionário de Alimentação Consciente, pelo que parece não existir nenhum tipo de relação entre os dois construtos. No entanto, alguns autores salientam a relação entre a Alimentação Consciente e algumas das dimensões da escala de Alimentação Intuitiva. Assim, na perspectiva destes estudos, pode considerar-se que estes construtos são semelhantes, na medida em que se relacionam em algumas das suas dimensões (Gast & Hawks, 1998; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Além disso, outros estudos da literatura concluíram ainda que, para além de existirem relações entre as diferentes dimensões dos construtos, o conceito de Alimentação Consciente é mais abrangente e compreende a Alimentação Intuitiva. Especificamente, a Alimentação Consciente parece integrar nomeadamente a componente de não julgamento das sensações físicas e das emoções que surgem ao longo do ato de comer (Framson et al., 2009; Mathieu, 2009; Kerin et al., 2019). Contrariamente, Tribble e Resch (2012), indicam que o conceito de Alimentação Intuitiva é que é mais abrangente, incluindo os princípios de uma Alimentação Consciente, sendo uma filosofia de vida que aborda também outras questões tais como, as distorções cognitivas e/ou comer de forma emocional. As autoras consideram a Alimentação Consciente como um processo de atenção e não julgamento face aquilo que se está a comer.

Até à data, não foi realizado nenhum estudo com amostras portuguesas, a fim de investigar se, realmente existe relação entre o construto de Alimentação Intuitiva e o de Alimentação Consciente, e caso exista, torna-se pertinente compreender qual o tipo de relação. De acordo com os benefícios que estas abordagens apresentam, é importante fomentar a sua prática, pelo que é útil compreender todas as possíveis relações, contribuindo assim para um melhor planeamento e intervenção, identificando outros potenciais fatores que possam ser protetores ou serem de evitar.

Por isso torna-se pertinente compreender mais sobre o papel destas abordagens nas vidas dos indivíduos e a que determinantes surgem associadas. Este trabalho tem como objetivo geral a análise do impacto de uma Alimentação Intuitiva e de uma Alimentação Consciente numa amostra portuguesa. E, tendo em conta a literatura apresentada e as variáveis referidas, os objetivos específicos do presente estudo são os seguintes:

1) Explorar preditores de uma Alimentação Consciente (i.e., ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e estar numa relação de compromisso), e perceber se a prática desta alimentação tem impacto no índice de massa corporal (IMC), na prática de exercício físico e de uma dieta omnívora;

2) Explorar preditores de uma Alimentação Intuitiva (i.e., ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e estar numa relação de compromisso) e perceber se a prática desta alimentação tem impacto no IMC, na prática de exercício físico e de uma dieta omnívora;

3) Compreender a relação entre Alimentação Intuitiva e Alimentação Consciente.

Método

Desenho de investigação

O presente estudo apresenta uma metodologia quantitativa, com delineamento transversal, uma vez que a recolha de dados da amostra ocorreu num único momento do tempo. Corresponde igualmente a um estudo de carácter observacional descritivo, visto não ter envolvido qualquer intervenção e/ou manipulação de variáveis (Shaughnessy et al., 2012). Além disso, enquadra-se nos estudos de carácter correlacional, procurando compreender a relação entre as variáveis presentes, especificamente o seu sentido e intensidade.

Participantes

A amostra da presente investigação diz respeito a uma amostra por conveniência, não probabilística, constituída por um total de 960 participantes de nacionalidade portuguesa. Consideramos os seguintes critérios de inclusão: (a) participantes do sexo feminino e masculino; (b) idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e (c) recursos para preenchimento online. Neste sentido, obtivemos uma amostra maioritariamente do sexo feminino ($n = 802$; 83,5%) com idades que variaram entre um mínimo de 18 e um máximo de 65 anos ($M = 29,86$; $DP = 10,80$). Mais de metade residia no distrito de Lisboa ($n = 625$; 65,1%), seguindo-se dos residentes em Setúbal ($n = 106$; 11,0%). De notar que a caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Presente Estudo (n = 960)*

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	802	83,5
Masculino	158	16,5
Habilitações literárias		
3º Ciclo	17	1,8
Secundário	307	32,2
Licenciatura	392	41,1
Pós-graduação	238	24,9
Situação profissional		
Desempregado	73	7,6
Empregado	505	52,6
Estudante	375	39,1
Reformado	7	0,7
Relação afetiva e/ou sexual		
Sem relação	285	29,7
Tem, e não vive com o companheiro(a)	316	32,9
Tem, e vive com o companheiro(a)	359	37,4

De seguida, por intermédio da Tabela 2, é possível observar a caracterização da amostra referente às variáveis de saúde dos participantes do presente estudo. Uma proporção de 8,6% ($n = 83$) indica ter tido uma doença física recentemente, sendo as mais prevalentes a infeção por Covid-19 (2%), anemias (0,6%) e depressão (0,5%). As doenças especificamente relacionadas com as perturbações do comportamento alimentar, designadamente a anorexia e bulimia foram referidas 2 vezes (0,2%) e uma vez (0,1%), respetivamente. No que se refere a alergias, as mais referidas foram a lactose (9,9%), ácaros (1,9%) e glúten (1,1%). Além disso, são referidos problemas psicológicos recentes por 18,1% do total da amostra ($n = 174$). Mais de metade dos inquiridos indicam que praticam exercício físico ($n = 603$; 62,8%), sendo que destes, 27,3% fazem-no até 3 vezes por semana.

Tabela 2*Caracterização da Amostra referente às Variáveis de Saúde (n = 960)*

	Não	Sim
--	-----	-----

	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doença físicarecente	877	91,4	83	8,6
Problema psicológico recente	786	81,9	174	18,1
Alergias	760	79,2	200	20,8
Exercício físico	357	37,2	603	62,8

Tal como é possível observar na

Tabela 3, a dieta prevalente foi a omnívora ($n = 744$; 77,6%), sendo que as razões mais apontadas para mudar para uma dieta específica estavam relacionadas com o peso ($n = 190$; 37,6%) ou com a saúde ($n = 189$; 37,4%). Os alimentos não consumidos mais referidos foram os laticínios (20%), o açúcar (19,4%) e as carnes (10,5%). A média de idades da mudança de dieta era de 23,5 anos ($DP = 9,9$).

Tabela 3

Caracterização da Dieta da Amostra ($n = 960$)

	<i>n</i>	%
Tipo de dieta		
Omnívoro	744	77,6
Semi-vegetariano	82	8,6
Pesco-vegetariano	51	5,3
Ovo-lacto-vegetariano	29	3,0
Macrobiótico	19	2,0
Vegano	19	2,0
Outras	15	1,6
Razão principal p/ ter mudado de dieta		
Razões associadas ao peso	190	37,6
Razões de saúde	189	37,4
Razões ambientais/ecológicas	46	9,1
Proteção e bem-estar dos animais	38	7,5
Razões de influência (e.g., família, amigos e comunicação social)	23	4,6
Razões ideológicas/políticas	12	2,4
Razões sensoriais (e.g., paladar e textura)	10	2,0

Para além disto, as estatísticas descritivas do peso, altura e IMC estão expostas na Tabela 4, em que estão indicados os valores mínimos e máximos, bem como a média e o respetivo desvio padrão de cada uma destas variáveis antropométricas. De notar que a proporção de sujeitos com peso abaixo do normal (i.e., resultantes da soma das categorias de IMC “muito abaixo do peso” e “abaixo do peso”) corresponde a 7,2% ($n = 69$), enquanto que com valores de obesidade correspondem a 8,7% ($n = 83$).

Tabela 4

Análise Descritiva das Variáveis Antropométricas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
IMC	15,6	63,4	23,65	5,05
	<i>N</i>	%		
Muito abaixo do peso	16	1,7		
Abaixo do peso	53	5,5		
Normal	630	65,6		
Excesso de peso	178	18,5		
Obesidade tipo I	48	5,0		
Obesidade tipo II	23	2,4		
Obesidade tipo III	12	1,3		

Nota. IMC – Índice de Massa Corporal

Instrumentos

No presente estudo, aplicou-se a Escala de Alimentação Intuitiva, o Questionário de Alimentação Consciente, a Escala de Compulsão Alimentar e o Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar. Adicionalmente foi elaborado um protocolo para recolha de dados que contemplava um Questionário Sociodemográfico, de Saúde e de Comportamento Alimentar.

Questionário Sociodemográfico, de Saúde e de Comportamento Alimentar

Este questionário foi desenvolvido especificamente para esta investigação com o objetivo de recolher, de uma forma breve, informações quanto às características sociodemográficas e de saúde, bem como ao comportamento alimentar, de cada participante.

Neste sentido, no que diz respeito aos dados sociodemográficos, os participantes forneciam dados referentes ao seu sexo, idade, distrito de residência, habilitações literárias, situação profissional atual e existência de relação afetiva.

Além disso, o questionário incluiu ainda questões relativas ao estilo de vida e saúde geral dos participantes (i.e., peso, prática de exercício físico e alimentação). Dada a temática da investigação, considerou-se pertinente inquirir com maior profundidade os indivíduos relativamente à sua alimentação, questionando-se relativamente ao tipo de dieta e pedindo-lhes que escolhessem entre as nove dietas apresentadas qual a sua, ou que especificassem o tipo de dieta através da opção (“outra”). Adicionalmente, os participantes são questionados sobre os alimentos que evitam consumir (e.g., “glúten”, “lactose”, “açúcar”), se já alteraram a sua dieta, com que idade o fizeram e quais os motivos que levaram a tal.

Escala de Alimentação Intuitiva (Intuitive Eating Scale-2 – IES-2)

A IES-2 [*Intuitive Eating Scale-2*; versão original de Tybka & Diest (2013); adaptada e validada para a população portuguesa por Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes (2016)] pretende medir a confiança do indivíduo face aos seus sinais internos de fome e saciedade, que deverão ser a base para a orientação do comportamento alimentar.

Este é um instrumento composto por 23 itens, que avaliam quatro dimensões da Alimentação Intuitiva, entre elas: (a) a subescala Comer por Razões Físicas e Não Emocionais (EPRER), composta por 8 itens (e.g., “Como quando estou sensível, por exemplo: ansioso/a, deprimido/a, triste, mesmo não estando com fome”), que permitem compreender o modo como o indivíduo recorre ao ato de comer com a principal função de satisfazer necessidades fisiológicas, e não de atenuar estados emocionais negativos; (b) a subescala Permissão Incondicional para Comer (UPE) na presença de fome ou quando existem alimentos desejados, sem julgar, dicotomizar ou rotular a comida, constituída por 6 itens (e.g., “Se tiver vontade de comer determinado alimento permito-me a comer”); (c) a subescala Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade (RHSC), composta por 6 itens (e.g., “Confio no meu corpo para me dizer quando comer”), que avaliam a conexão entre os indivíduos e os seus sinais fisiológicos de fome e saciedade; e (d) a subescala Congruência Corpo-Alimentação (BFCC), que se refere a uma escolha congruente entre as necessidades do corpo e os alimentos escolhidos e engloba 3 itens (e.g., “Maioritariamente, tenho vontade de comer refeições/alimentos nutritivos”).

Os participantes classificam cada item por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos, que varia entre 1 = “discordo fortemente” e 5 = “concordo fortemente”, de acordo com a opção que melhor descreve as suas atitudes e/ou comportamentos. A pontuação total pode variar de 1 a 115, sendo que pontuações superiores indicam um nível mais elevado de Alimentação Intuitiva, tal como nas subescalas. Foi necessário inverter os itens 1, 2, 4, 5, 9, 10 e 11. A escala obteve um excelente nível de consistência interna no estudo de adaptação à população portuguesa, verificando-se os seguintes valores (Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016): (a) $\alpha = .96$ para a escala total; (b) $\alpha = .93$ para a subescala “Comer por Razões Físicas e Não Emocionais”; (c) $\alpha = .86$ para a subescala “Permissão Incondicional para Comer”; e (d) $\alpha = .91$ para as subescalas “Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade” e “Congruência Corpo-Alimentação”.

Questionário de Alimentação Consciente (Mindful Eating Questionnaire - MEQ)

O MEQ [*Mindful Eating Questionnaire*; versão original de Framson et al. (2009); em processo de tradução e validação para a amostra brasileira por Lucena-Santos et al. (*in press*)], destina-se a medir a consciência plena (*mindfulness*), associada ao ato de comer, útil no reconhecimento dos sinais de fome, dos sinais de saciedade e dos estímulos inapropriados associados ao ato de comer.

Este questionário é composto por 28 itens distribuídos por 5 subescalas: (a) Desinibição Alimentar (Dis), que se refere à incapacidade para parar de comer, mesmo saciado, e é constituída por 8 itens (e.g., “Quando como num restaurante *buffet*, normalmente exagero”); (b) Comer com Base em Pistas Externas (EC), que avalia o modo como a ingestão é influenciada por características do ambiente externo, e compreende 6 itens (e.g., “Noto quando fico com vontade de comer pipocas ou doces apenas por ter entrado no cinema”); (c) Resposta Emocional (ER), que diz respeito à tendência para comer em excesso como resposta a emoções negativas e não à fome fisiológica, compreendendo 4 itens (e.g., “Quando me sinto stressado/a no trabalho, faculdade ou escola, procuro algo para comer”); (d) Distração (Distra), que mede a capacidade do indivíduo focar a sua atenção no momento da refeição, evitando distrações, englobando 3 itens (e.g., “Penso em outras coisas enquanto estou a comer”); e (e) Consciência (Aware), que se refere à tomada de consciência, sem julgamento, das sensações físicas e psicológicas despoletadas ao comer, sendo a subescala composta por 7 itens (e.g., “Noto a presença de sabores quase impercetíveis nos alimentos que como”).

A escala de resposta varia de 1 (“nunca/quase nunca”) a 4 (“quase sempre/sempre”), sendo que a pontuação total é calculada através da média das pontuações obtidas a cada umas 5 subescalas, sendo necessário inverter os itens 1, 2, 6, 7, 9, 11, 17, 18, 19, 27 e 28. De notar que pontuações mais elevadas demonstram a existência de um maior contacto com o momento em que se está a comer, isto é, maiores níveis de Alimentação Consciente. Este é um instrumento cuja versão original revela um nível adequado de consistência interna, verificando-se os seguintes valores de Alfa de Cronbach (Framson et al., 2010): (a) .64 para a escala total; (b) .83 para a subescala “Desinibição Alimentar”; (c) .70 para a subescala “Comer com Base em Pistas Externas”; (d) .71 para a subescala “Resposta Emocional”; (e) .64 para a subescala de “Distração”; e (f) .74 para a subescala “Consciência”.

Escala de Compulsão Alimentar (Binge Eating Scale – BES)

A BES [Binge Eating Scale; versão original de Gormally et al. (1982); validada e adaptada para uma amostra portuguesa por Tapadinhas & Pais-Ribeiro (2012)], pretende medir manifestações comportamentais, sentimentos e cognições que digam respeito à ingestão compulsiva, a fim de compreender se os indivíduos apresentam um padrão de ingestão alimentar compulsiva, e, consecutivamente, classificá-lo tendo em conta o grau da compulsão alimentar. Consiste em 16 itens (e.g., “Sinto-me totalmente incapaz de controlar os meus impulsos para comer”) e 62 afirmações que variam entre ausência do comportamento (“0”) e a gravidade máxima (“3”) do comportamento, ou seja, a pontuação atribuída às opções existentes para cada item varia numa escala tipo *Likert* de 3 pontos. Cada item apresenta três ou quatro níveis de alternativa de resposta cujo resultado final corresponde à soma dos pontos obtidos nos 16 itens, e pode variar entre 0 e 46 pontos.

A BES permite igualmente avaliar a gravidade da perturbação de ingestão compulsiva (PIC) e estabelecer parâmetros face ao prognóstico no tratamento dos doentes (Gormally et al., 1982; Freitas et al., 2001). Para tal, consideramos a pontuação final obtida à escala, que resulta do somatório dos pontos para cada item. Esta escala revelou boas qualidades psicométricas no estudo de adaptação e validação para a amostra portuguesa, dado que a consistência interna é de 0,87 (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2012).

Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (Three Factor Eating Questionnaire – TFEQ-R21)

O TFEQ-R21 [*Three Factor Eating Questionnaire*; versão original de Stunkard & Messick (1985); traduzida e validada para uma amostra portuguesa por Duarte, Palmeira & Gouveia (2018)] destina-se a medir o padrão de comportamento alimentar. Este questionário é composto por 21 itens divididos por 3 dimensões do comportamento alimentar: (a) Restrição Cognitiva (Rest. Cognitiva), que se refere ao esforço consciente e constante para restringir a ingestão, a fim de controlar o peso corporal, compreendendo 6 itens (e.g., “Contenho-me no que como às refeições para evitar ganhar peso”); (b) Alimentação Emocional (Alim. Emocional), que diz respeito à propensão para comer de forma exagerada, como resposta a estados emocionais negativos, englobando 6 itens (e.g., “Quando me sinto triste é frequente comer demais”); e (c) Descontrolo Alimentar (Desc. Alimentar), que se refere à perda de autocontrolo e à tendência para uma ingestão excessiva, com ou sem a presença de fome fisiológica, englobando 9 itens (e.g., “Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar”). Dados os objetivos do presente estudo, apenas será considerada a dimensão de “Alimentação Emocional” desta escala.

Os primeiros 20 itens do questionário são avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde a “completamente verdadeiro” e 4 a “completamente falso”. Apenas o último item é avaliado numa escala *Likert* de 8 pontos, em que valores mais baixos indicam que os sujeitos não fazem restrições ao nível da ingestão alimentar. A pontuação total é obtida através da média de cada uma das subescalas, sendo que quanto maiores são os valores, maior é a restrição cognitiva, a alimentação emocional e o descontrolo alimentar.

Este instrumento revelou boas qualidades psicométricas em estudos anteriores (Duarte, Palmeira & Pinto-Gouveia, 2018; Cardoso & Pimenta, 2020).

Procedimento

Foi construído um questionário *online* a partir do *Google Forms*, em que constou um Questionário Sociodemográfico, um Questionário Clínico e diferentes escalas específicas, especificamente a IES-2, o MEQ, a BES e o TFEQ-R21. A partilha e recolha dos dados ocorreram entre 4 de novembro de 2020 e 24 de janeiro de 2021. Os questionários *online* foram divulgados através das redes sociais (e.g., *Facebook*; *WhatsApp*; *LinkedIn*; e *Instagram*, nomeadamente em páginas públicas de psicólogos, nutricionistas, *coaches*, *personal trainers* e instrutores de *fitness*) através do método de recolha por *Snowball*. Foi

também disponibilizado aos participantes um endereço de e-mail, criado propositadamente para a investigação.

No que respeita às considerações éticas, este estudo cumpriu as normas da APA e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (APA, 2013), sendo apresentado um consentimento informado aos participantes acerca dos objetivos do estudo, tal como os procedimentos éticos que se encontram assegurados (i.e., integração no estudo de cariz voluntário e confidencialidade). O estudo foi ainda submetido a apreciação e aprovação da comissão de ética do Centro de Investigação do ISPA – Instituto Universitário (referência I/054/05/2021).

Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial.

Primeiramente para explorar a validade factorial, procedeu-se à análise factorial confirmatória dos instrumentos BES, MEQ, IES-2 e TFEQ-R21 com recurso ao Software AMOS v.26, a fim de testar a validade dos modelos de medida. Para explorar a validade convergente foram avaliados os valores de CR e a variância média extraída (AVE), sendo que apenas valores de AVE superiores a 0.50 foram considerados indicadores de validade relacionada com a convergência dos constructos. A validade discriminante foi explorada através da máxima variância partilhada ao quadrado (MSV) e da variância média partilhada ao quadrado (ASV), sendo considerados valores menores que a AVE. Foi também avaliada a fiabilidade dos instrumentos, através dos valores do alfa de Cronbach, assim como a sua sensibilidade, considerando os valores de referência da assimetria e curtose ($|sk| < 3$; $|ku| < 7$) (Marôco, 2014).

A fim de explorar a relação entre variáveis sociodemográficas, de saúde e de comportamento alimentar disfuncional com a Alimentação Consciente e com a Alimentação Intuitiva, desenvolveram-se dois modelos de equações estruturais. Adicionalmente, com o objetivo de explorar a relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente recorreu-se a uma correlação de Pearson.

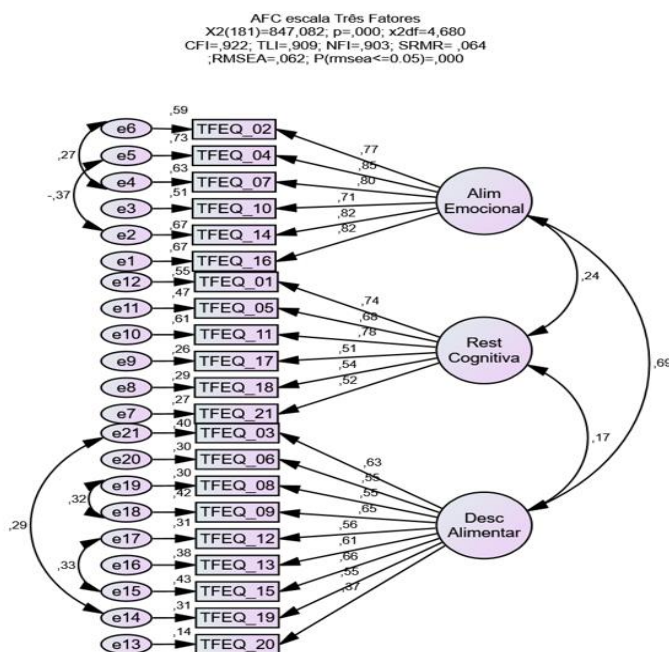
Resultados

TFEQ – R21: Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar

A análise da estrutura tri-factorial do Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TFEQ-R21) foi feita através de uma análise factorial confirmatória (CFA), apresentada na Figura 1. Os valores obtidos indicam uma qualidade de ajustamento adequada. O ajustamento do modelo implicou a correlação de 5 erros, pois os respetivos índices de modificação apresentavam valores muito elevados ($> .10$). Adicionalmente, conforme apresentado na Tabela 5, a escala TFEQ - R21 apresenta alguns problemas de validade convergente (com alguns valores de AVE inferiores a $.50$) e discriminante (o AVE da subescala de Descontrolo alimentar é menor do que o MSV). Os valores de consistência interna variam entre $.78$ (bom) a $.91$ (excelente). Relativamente à sensibilidade, os valores de assimetria e curtose são todos inferiores a $.10$. Apesar dos valores de significância do teste de Kolmogorov-Smirnov serem inferiores a $.50$, de acordo com Marôco (2014), os valores deste teste são muito sensíveis à dimensão da amostra e tende-se a rejeitar a hipótese nula quando as amostras têm dimensão elevada.

Figura 1

AFC do TFEQ-R21



Nota. AFC - Análise Fatorial Confirmatória; TFEQ – Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar; Alim Emocional – Alimentação Emocional; Rest Cognitiva – Restrição Cognitiva; Desc Alimentar – Descontrolo Alimentar

Tabela 5

Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações

	Alfa Cronbach	CR	AVE	MSV	<i>r</i>		
					Alim.Emocional	Rest.Cognitiva	Des.Alimentar
Alim. Emocional	,911	0,912	0,635	0,476			
Rest.Cognitiva	,775	0,801	0,408	0,056	0,236***		
Des.Alimentar	,824	0,814	0,331	0,476	0,690***	0,172***	

Nota. Alim Emocional – Alimentação Emocional; Rest Cognitiva – Restrição Cognitiva; Desc Alimentar – Descontrolo Alimentar; CR – Consistency Reliability; AVE – Average Variance Extracted; MSV – Maximum Shared Variance

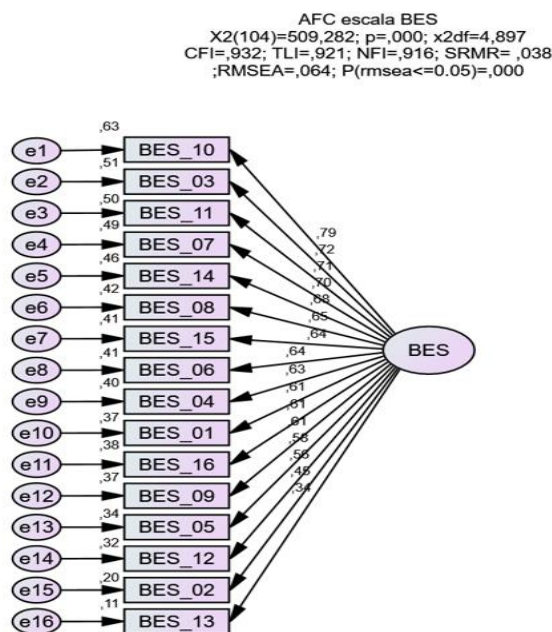
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

BES: Escala de Compulsão Alimentar

A análise da estrutura unidimensional da escala de Compulsão Alimentar (BES) foi feita através de uma análise factorial confirmatória (CFA), conforme se apresenta na Figura 2. Os valores obtidos indicam uma qualidade de ajustamento adequada. A consistência interna, medida com o Alfa de Cronbach, foi de .904 (excelente). Relativamente à sensibilidade da BES, o valor de assimetria é muito superior ao indicado por Kline ($> .10$). O valor de curtose, embora elevado, é inferior ao limite indicado pelo autor citado.

Figura 2

AFC da BES

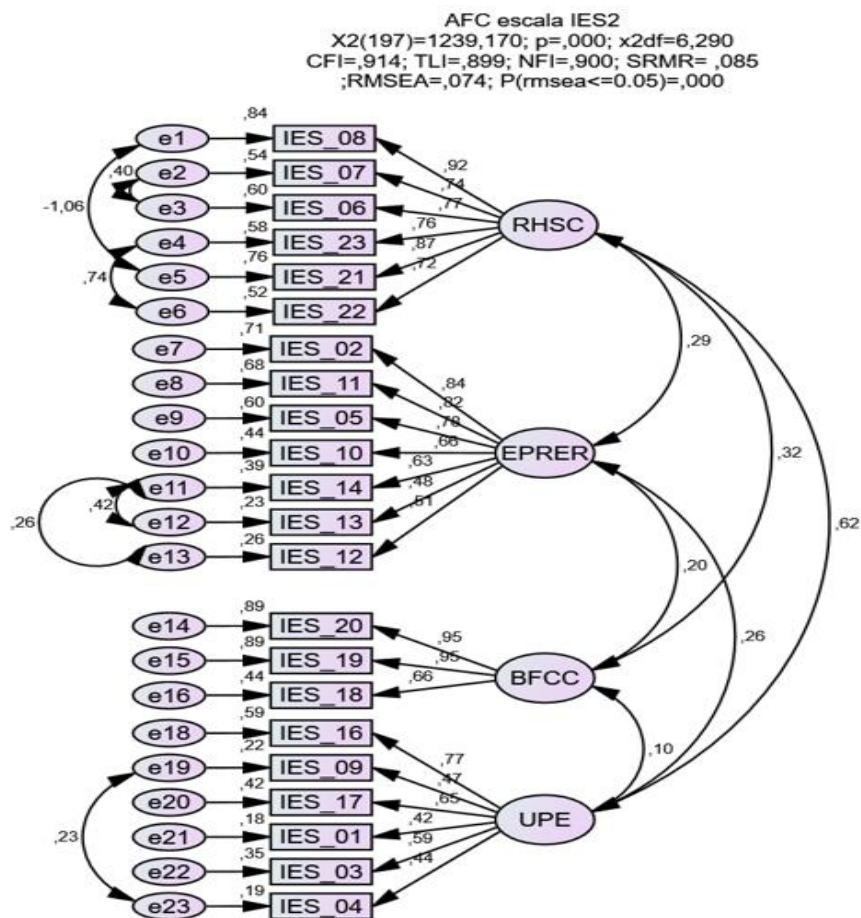


IES-2: Escala de Alimentação Intuitiva

A análise da estrutura polifatorial da escala de Alimentação Intuitiva (IES-2) foi elaborada através de uma análise fatorial confirmatória (CFA) apresentada na Figura 3. Os valores obtidos, indicam uma qualidade de ajustamento adequada. Ao ajustamento do modelo implicou a correlação dos erros 1 e 5, 2 e 3, 4 e 6, 11 e 11, 11 e 13, 19 e 23, e a eliminação de dois itens (2 e 15), pois o valor do RMSEA era superior a .10. Adicionalmente, a escala IES-2 apresenta alguns problemas de validade convergente (com alguns valores de AVE inferiores a .50) e discriminante (o AVE da subescala UPE é menor do que o MSV). Os valores de consistência interna são superiores a .70, conforme apresentado na Tabela 6. Relativamente à sensibilidade, os valores de assimetria e curtose são todos inferiores a .10.

Figura 3

AFC da IES-2



Nota. AFC - Análise Fatorial Confirmatória; BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; IES-2 – Escala de Alimentação Intuitiva; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; UPE – Permissão Incondicional para Comer

Tabela 6*Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações*

	Alfa	CR	AVE	MSV	<i>r</i>			
					RHSC	EPRER	BFCC	UPE
RHSC	.883	0,914	0,640	0,382				
EPRER	.864	0,858	0,473	0,083	0,288***			
BFCC	,881	0,894	0,743	0,103	0,320***	0,199***		
UPE	,738	0,733	0,325	0,382	0,618***	0,263***	0,102**	

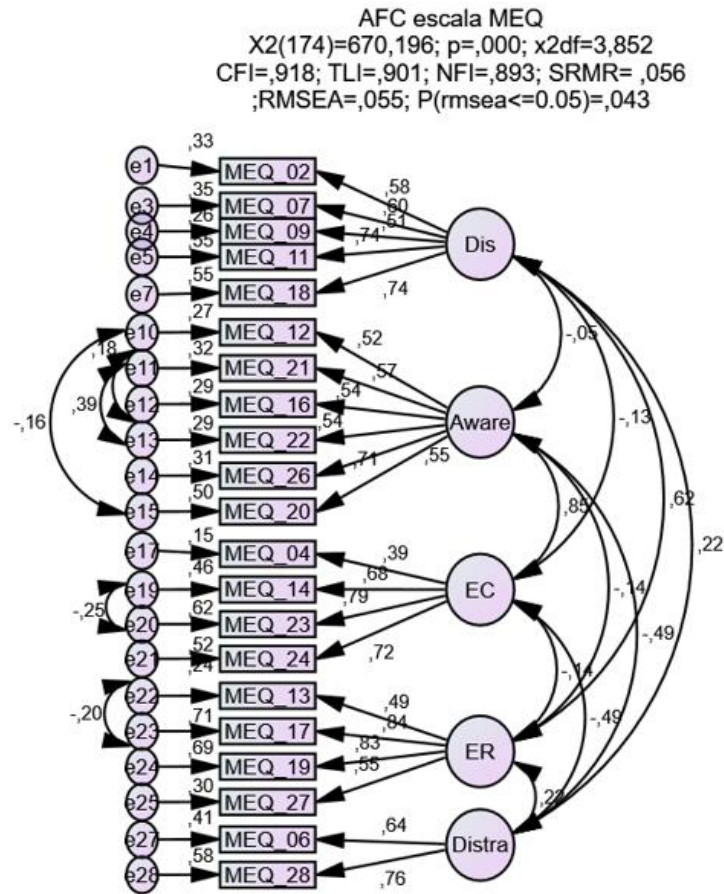
Nota. BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; IES-2 – Escala de Alimentação Intuitiva; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; UPE – Permissão Incondicional para Comer; CR – Consistency Reliability; AVE – Average Variance Extracted; MSV – Maximum Shared Variance
 * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

MEQ – Questionário de Alimentação Consciente

A análise da estrutura Penta-factorial do questionário de Alimentação Consciente (MEQ) foi feita através de uma análise factorial confirmatória (CFA), que se encontra representada na Figura 4. Os valores obtidos indicam uma qualidade de ajustamento adequada. O ajustamento do modelo implicou a eliminação de 7 itens, para elevar os valores de CFI e GFI e diminuir o valor do RMSEA. Adicionalmente, o questionário MEQ apresenta alguns problemas de validade convergente (com alguns valores de AVE inferiores a .50) e discriminante (AVE inferior ao MSV). Os valores de consistência interna são todos superiores a .60, conforme se apresenta na Tabela 7. Relativamente à sensibilidade, os valores de assimetria e curtose são todos inferiores a .10.

Figura 4

AFC da MEQ



Nota. AFC - Análise Fatorial Confirmatória; Aware – Consciência; Dis – Desinibição; Distra – Distração; Desc. Alimentar – Descontrolo Alimentar; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; MEQ – Questionário de Alimentação Consciente

Tabela 7

Validade Convergente e Discriminante, Fiabilidade e Correlações

	Alfa	CR	AVE	MSV	<i>r</i>				
					Dis	Aware	EC	ER	Distra
Dis	,770	0,773	0,410	0,390					
Aware	,759	0,745	0,331	0,731	-0,053				
EC	,712	0,748	0,439	0,731	-0,129**	0,855***			
ER	,749	0,780	0,483	0,390	0,625***	-0,140***	-0,143***		
Distra	,654	0,660	0,494	0,243	0,217***	-0,485***	-0,493***	0,218***	

Nota. Aware – Consciência; Dis – Desinibição; Distra – Distração; Desc. Alimentar – Descontrolo Alimentar; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; MEQ – Questionário de Alimentação Consciente; CR – Consistency Reliability; AVE – Average Variance Extracted; MSV – Maximum Shared Variance

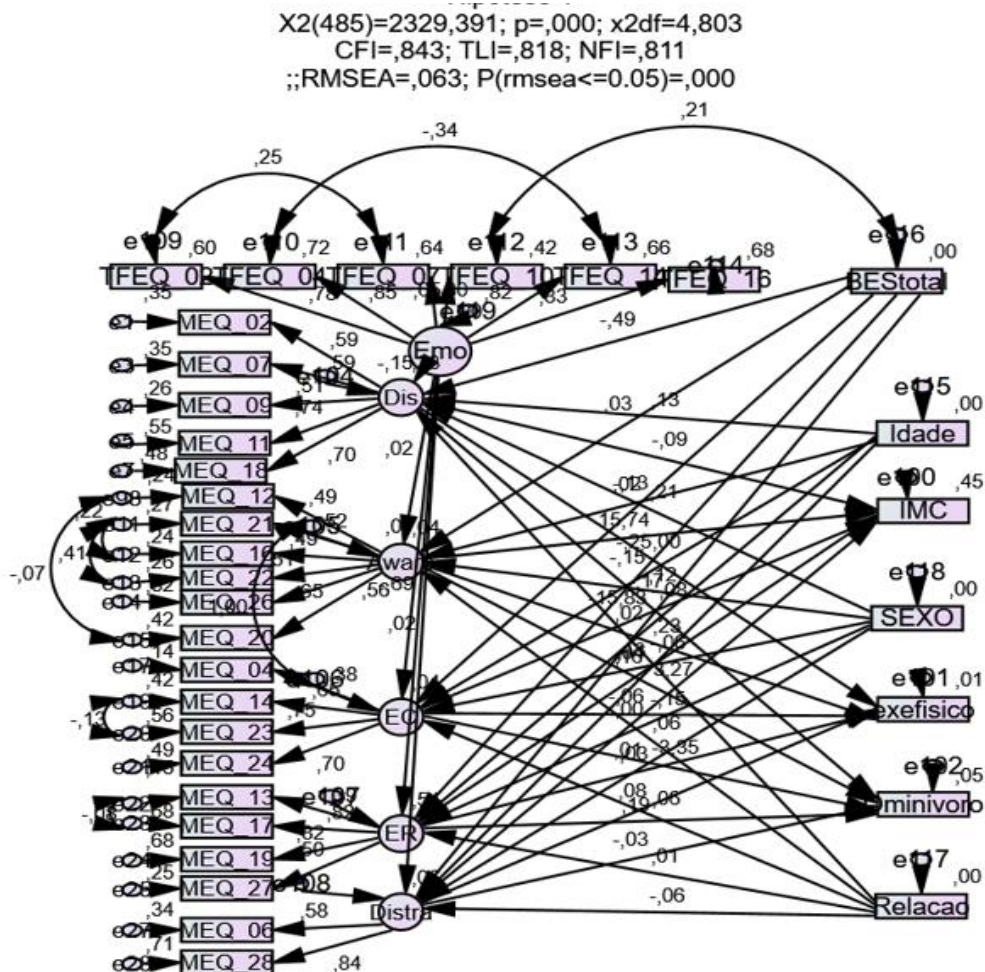
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Objetivo 1

Na Figura 5, podemos observar o modelo que testa a relação entre Alimentação Consciente, comportamento alimentar disfuncional, variáveis sociodemográficas e variáveis de saúde. Nomeadamente são testados preditores de Alimentação Consciente (ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e estar numa relação de compromisso), e é explorado se a prática desta alimentação tem impacto no IMC, na prática de exercício físico e de uma dieta omnívora.

Figura 5

Preditores de Alimentação Consciente e Relação Entre Esta e Variáveis de Saúde



Nota. Alim. Emocional – Alimentação Emocional; Aware – Consciência; BES – Escala de Compulsão Alimentar; Dis – Desinibição; Distra – Distração; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; Exe. Físico – Exercício Físico; IMC – Índice de Massa Corporal; MEQ - Questionário de Alimentação Consciente; Omnívoro- Dieta Omnívora; Relaçad- Relação Afetiva; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; TFEQ-R21 – Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar

Os valores obtidos, $\chi^2/df = 4.803$; CFI = .843; GFI =.874, TLI = .818; RMSEA = .063, indicam uma qualidade de ajustamento sofrível, sendo que 53.7% da variância da dimensão resposta emocional (ER), 32.8% da variância da dimensão desinibição (Dis) e 44.7% da variância do IMC podem ser explicadas pelas variáveis que constam no modelo. As variâncias explicadas das variáveis dependentes são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8

Variância Explicada

Comportamento Alimentar	R
Distra	,058
ER	,537
EC	,045
Aware	,038
Dis	,328
Omnivoro	,055
Exefisico	,013
IMC	,447

Nota. Aware – Consciência; Dis – Desinibição; Distra – Distração; Desc. Alimentar – Descontrolo Alimentar; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; Exefisico – Exercício Físico; IMC – Índice de Massa Corporal; Omnivoro- Dieta omnívora

No que se refere à dimensão resposta emocional, os coeficientes de ingestão compulsiva ($\beta = - .249$, $p < .001$) e da alimentação emocional ($\beta = - .689$, $p < .001$), apresentam valores estatisticamente significativos e negativos (Tabela 9). Assim, pessoas que apresentem comportamentos de ingestão compulsiva mais graves e maior frequência dos comportamentos de alimentação emocional, manifestam comportamentos de resposta emocional menos frequentes.

Relativamente à dimensão desinibição, os coeficientes da idade ($\beta = .132$, $p < .001$), da alimentação emocional ($\beta = - .149$, $p < .001$), sexo ($\beta = .208$, $p < .001$) e da ingestão compulsiva ($\beta = - .492$, $p < .001$), apresentam valores estatisticamente significativos (Tabela 9). Assim, participantes que apresentam comportamentos de ingestão compulsiva mais graves e maiores níveis de alimentação emocional, manifestam com menos frequência comportamentos de desinibição. As mulheres apresentam valores de desinibição significativamente mais elevados. O coeficiente da variável relação é marginalmente

significativo ($\beta = -.057, p = .070$) (Tabela 9). Deste modo, participantes que têm uma relação manifestam menor prevalência dos comportamentos de desinibição.

Sobre o IMC, os coeficientes das variáveis desinibição ($\beta = -.092, p = .030$) e da distração ($\beta = -.058, p = .096$, marginalmente significativo), apresentam valores negativos (Tabela 9). Desta forma, à medida que os participantes manifestam com mais frequência comportamentos de desinibição e de distração, verifica-se uma diminuição dos valores de IMC.

Tabela 9

Estimativas Estandarizadas dos Coeficientes

			β .	Sig.
Dis	<---	Idade	,132	***
Aware	<---	Idade	-,131	***
EC	<---	Idade	-,151	***
Distra	<---	Idade	,162	***
Dis	<---	SEXO	,208	***
Aware	<---	SEXO	,125	***
EC	<---	SEXO	,132	***
Dis	<---	BES	-,492	***
ER	<---	BES	-,249	***
Distra	<---	BES	-,165	***
Dis	<---	Alim.Emocional	-,149	***
ER	<---	Alim.Emocional	-,689	***
Omnívoro	<---	ER	,194	***

Nota. Alim. Emocional – Alimentação Emocional; Aware – Consciência; BES –Escala de Compulsão Alimentar; Dis – Desinibição; Distra – Distração; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; Omnívoro - Dieta Omnívora

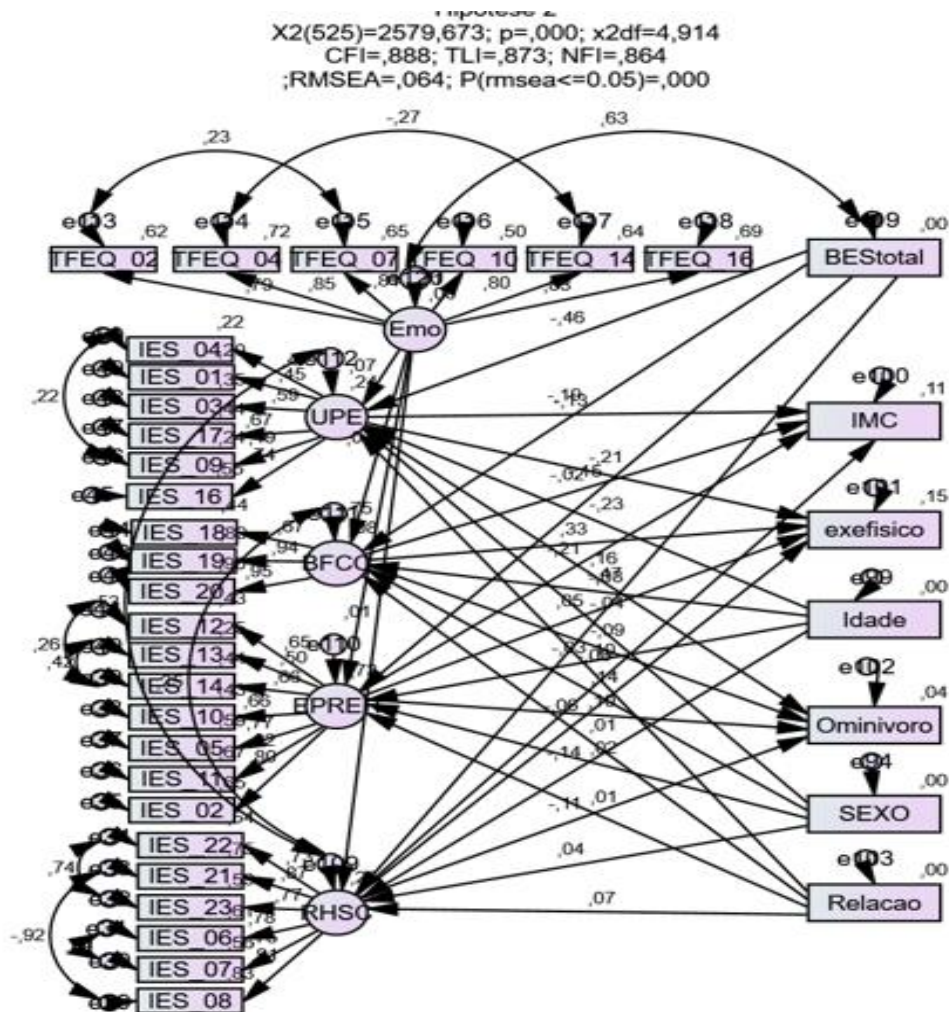
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Objetivo 2

Na Figura 6 podemos observar o modelo que testa a relação entre Alimentação Intuitiva, comportamento alimentar disfuncional, variáveis sociodemográficas e variáveis de saúde. Nomeadamente são testados preditores de Alimentação Intuitiva (ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e ter ou não uma relação de compromisso), e é explorado se existe influência de uma Alimentação Intuitiva no IMC dos participantes, na prática de exercício físico e na prática de uma dieta omnívora.

Figura 6

Preditores de Alimentação Intuitiva e Relação entre Esta e Variáveis de Saúde



Nota. Alim. Emocional – Alimentação Emocional, BES – Escala de Compulsão Alimentar; BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRE – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; Exefísico – Exercício Físico; IES – Escala de Alimentação Intuitiva; IMC – Índice de Massa Corporal; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; Relação-Relação Afetiva; Omnivora- Dieta Omnivora; TFEQ-R21 – Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar; UPE – Permissão Incondicional para Comer

Os valores obtidos, $\chi^2/df = 4.914$; CFI = . 888; GFI = . 861, TLI = . 873; RMSEA = . 064, indicam uma qualidade de ajustamento sofrível, sendo que 73.2% da variância da dimensão comer por razões físicas e não emocionais (EPRE), 23.9% da variância da dimensão permissão incondicional para comer (UPE) e 24.5% da variância da dimensão de confiança nos sinais de fome e saciedade (RHSC) podem ser explicadas pelas variáveis que constam no modelo (Tabela 10).

Tabela 10*Variância Explicada*

Comportamento Alimentar	R
UPE	,239
BFCC	,079
EPRER	,732
RHSC	,245
IMC	,105
Ominivoro	,037
Exefísico	,147

Nota. BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; Exefísico – Exercício Físico; IES – Escala de Alimentação Intuitiva; IMC – Índice de Massa Corporal; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; Omnivora - Dieta Omnivora; UPE – Permissão Incondicional para Comer

No que se refere à dimensão comer por razões físicas e não emocionais, os coeficientes de ingestão alimentar compulsiva ($\beta = - .147, p < .001$) e da alimentação emocional ($\beta = - .754, p < .001$), apresentam valores estatisticamente significativos e negativos (Tabela 11). Assim, indivíduos com comportamentos de ingestão compulsiva mais graves e maiores níveis de alimentação emocional, parecem assim comer menos por razões físicas e não emocionais. Relativamente à dimensão permissão incondicional para comer, os coeficientes da idade ($\beta = - .232, p < .001$), de ingestão alimentar compulsiva ($\beta = - .459, p < .001$) e da presença de uma relação ($\beta = .097, p = .003$), apresentam valores estatisticamente significativos (Tabela 11). Assim, participantes mais velhos, que apresentam comportamentos de ingestão compulsiva mais graves apresentam uma menor permissão incondicional para comer. Os indivíduos que têm uma relação apresentam maior permissão incondicional para comer.

Sobre a dimensão confiança nos sinais de fome e saciedade, os coeficientes da idade ($\beta = - .143, p < .001$), da ingestão alimentar compulsiva ($\beta = - .473, p < .001$) e da Relação ($\beta = .074, p = .009$) apresentam novamente valores estatisticamente significativos (Tabela 11). Assim, indivíduos mais velhos e que manifestam comportamentos de ingestão compulsiva mais graves, revelam confiar menos nos sinais de fome e saciedade. Os indivíduos que têm uma relação parecem confiar mais nos sinais de fome e saciedade.

Tabela 11*Estimativas Estandarizadas dos Coeficientes*

			β .	Sig.
UPE	<---	Idade	-,232	***
RHSC	<---	Idade	-,143	***
BFCC	<---	SEXO	,139	***
UPE	<---	BES	-,459	***
BFCC	<---	BES	-,194	***
EPRER	<---	BES	-,147	***
RHSC	<---	BES	-,473	***
EPRER	<---	Alim.Emocional	-,754	***
Ominivoro	<---	RHSC	-,106	,032
Ominivoro	<---	EPRER	,104	,003
Ominivoro	<---	BFCC	-,092	,010
Ominivoro	<---	UPE	,163	,002
exefisico	<---	BFCC	,331	***
exefisico	<---	UPE	-,207	***
IMC	<---	EPRER	-,206	***

Nota. Alim. Emocional – Alimentação Emocional; BES – Escala de Compulsão Alimentar; BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; Exefísico – Exercício Físico; IMC – Índice de Massa Corporal; Omnivora - Dieta Omnívora; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; UPE – Permissão Incondicional para Comer

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Objetivo 3

A Alimentação Consciente está significativamente associada à Alimentação Intuitiva, sendo esta relação moderada e positiva. Assim, os participantes que reportam maiores níveis de Alimentação Consciente, reportam igualmente maiores níveis de Alimentação Intuitiva. Entre as dimensões destas duas escalas, o valor mais elevado ocorre entre a resposta emocional e a dimensão comer por razões físicas e não emocionais, conforme apresentado na Tabela 12 ($r = .636$; $p = .001$).

Tabela 12*Correlações entre a Alimentação Consciente e a Alimentação Intuitiva*

	IES-2				
	UPE	EPRER	RHSC	BFCC	Total
MEQ					
Dis	,124**	,398**	,259**	,145**	,342**
Aware	,025	,094**	,198**	,318**	,239**
EC	,136**	,034	,142**	,117**	,155**
ER	,134**	,636**	,245**	,221**	,457**
Distra	-,046	-,081*	-,029	-,023	-,065*
MEQ total	,151**	,440**	,330**	,312**	,457**

Nota. Aware – Consciência; Dis – Desinibição; Distra – Distração; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; MEQ – Questionário de Alimentação Consciente; BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; IES-2 – Escala de Alimentação Intuitiva; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; UPE – Permissão Incondicional para Comer

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo compreender o que influencia a prática de uma Alimentação Intuitiva e Consciente em adultos portugueses. Foi explorada a relação entre variáveis sociodemográficas, de saúde e de comportamento alimentar disfuncional (padrão de ingestão alimentar compulsiva e padrão de alimentação emocional) e os níveis de Alimentação Consciente e de Alimentação Intuitiva.

É de notar que ainda existe um relativo desconhecimento destas abordagens, e que alguns dos seus princípios tendem a ser generalizados e menosprezados. Contudo, a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente correspondem a abordagens de fundamento científico, que começaram recentemente a receber mais atenção por parte da investigação direcionada para o comportamento alimentar.

Visto isto, este estudo começa por explorar o nosso primeiro objetivo de investigação: explorar preditores de uma Alimentação Consciente (nomeadamente ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e estar numa relação afetiva), e perceber se a prática desta alimentação tem impacto no IMC, na prática de exercício físico e de uma dieta omnívora;

Em primeiro lugar, no que diz respeito à relação entre o comportamento alimentar disfuncional e a prática de uma Alimentação Consciente, verificou-se contrariamente ao expectável, uma associação negativa entre comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e a resposta emocional associada à comida (referente ao questionário de Alimentação Consciente). De referir que, a definição atribuída à resposta emocional vai ao encontro da

definição de alimentação emocional já existente na literatura, em que a ingestão de alimentos é apontada como uma estratégia para lidar com as emoções (Framson et al., 2009; Natacci & Júnior, 2011).

A maior parte dos estudos aponta de forma consistente para uma associação positiva entre o padrão de ingestão alimentar compulsiva e o padrão de alimentação emocional, explicando esses comportamentos com base numa resposta às emoções negativas. O ato de comer parece estar associado a uma procura do alívio das situações que envolvam emoções negativas (Guertin & Conger, 1999; Zeeck et al., 2011), sendo esta a definição mais consensual na literatura para alimentação emocional. Porém, os resultados da presente investigação são contrários aos supramencionados, indo ao encontro dos resultados de Spoor e colaboradores (2007), e de Marques (2013), que atestam igualmente a existência de correlações negativas entre a ingestão compulsiva e a alimentação emocional. Apesar de Spoor e colaboradores (2007) não terem recorrido ao mesmo instrumento para medição da alimentação emocional, estudaram o comportamento clínico - alimentação emocional - que esta escala também contempla, sabendo que há uma proximidade entre os dois subconstrutos. Os autores concluíram que a relação entre a alimentação e as emoções depende em grande parte da forma como os indivíduos percebem as emoções e do tipo de resposta que cada um consegue dar. Neste sentido, parecem ser mais importantes as características pessoais de cada sujeito, e não a emoção negativa por si só (Corbalán-Tutau, 2012; Marques, 2013).

Para além disso, a associação negativa entre comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e a comportamentos de resposta emocional medidos pelo questionário de Alimentação Consciente, pode dever-se à existência de uma fragilidade conceptual e teórica da subescala resposta emocional. Portanto, elaborámos uma análise detalhada item a item, observando-se que parece existir uma discrepância entre o que alguns itens se propõem medir e aquilo que medem efetivamente, assim como existem itens ambíguos e/ou vagos, o que é considerado problemático.

Especificamente, o item 13 [“Como *junk food* (e.g., salgados, biscoitos, etc.) sem estar consciente de que estou a comer”], pode ser considerado um item ambíguo que reenvia o participante para outras dimensões que poderão não estar relacionadas com o domínio da resposta emocional, como a dimensão da consciência. Assim, levanta-se como hipótese que este item possa estar a medir o nível de consciência e atenção presente nos indivíduos no momento da refeição (i.e., sensações e pensamentos que vão aparecendo relativamente à

comida) (Framson et al., 2009). Este item pode ainda remeter para comportamentos de descontrolo alimentar, que ocorrem, frequentemente, em episódios de ingestão alimentar compulsiva. Os indivíduos experienciam uma perda de autocontrolo associado a um consumo alimentar excessivo, com ou sem a presença de fome (Natacci & Júnior, 2011). Apesar do descontrolo alimentar e da resposta emocional serem comportamentos que por norma ocorrem de forma concomitante, importa referir que estes não são mutuamente exclusivos.

Outro dos itens da subescala resposta emocional que requer especial atenção, é o item 27 (“É muito difícil ficar sem comer doces, salgados, biscoitos quando os tenho em casa”). A construção frásica e a forma como o item foi operacionalizado parecem indicar que o comportamento que está a ser medido não é o de resposta emocional, mas sim o de ingestão externa. A ingestão externa refere-se a um consumo alimentar excessivo decorrente das características do alimento ou do ambiente, que se sobrepõem à sensação de fome e saciedade (Leitão et al., 2013). Este item parece traduzir a influência que as características do ambiente têm na ingestão alimentar dos sujeitos, ao invés de medir a influência que o humor e as emoções podem ter.

Posto isto, sugere-se a necessidade de novos estudos que revejam a fragilidade conceptual sinalizada nesta subescala de resposta emocional, dado que, o facto de o subconstructo de resposta emocional constar no constructo de Alimentação Consciente poderá refletir um problema teórico. A definição que os autores atribuem ao conceito de resposta emocional coincide com a definição de alimentação emocional que encontramos na literatura, porém, nem todos os itens da subescala refletem isso mesmo. Seria pertinente rever estes itens e reformulá-los numa tentativa de facilitar a mensuração do conceito subjacente.

No mesmo sentido, verificou-se uma associação negativa entre comportamentos de alimentação emocional medidos pelo questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TFEQ-R21) e a dimensão resposta emocional do questionário de Alimentação Consciente. Estes resultados comprovam novamente a fragilidade da subescala resposta emocional, pois a definição para ambos os conceitos (alimentação emocional e resposta emocional) é idêntica, pelo que não é suposto variarem em sentidos opostos. Contudo, parecem existir itens (e.g., o item 27 e o item 13) na subescala resposta emocional que não refletem corretamente o construto referido pela literatura. Logo, estes resultados podem ser explicados de acordo com os aspetos referidos anteriormente acerca da heterogeneidade dos itens da subescala.

Considerando ainda o nosso primeiro objetivo de investigação, apesar de o modelo explicar mais de metade da variação da dimensão de resposta emocional da Alimentação Consciente (53,7%), os resultados demonstram que as variáveis sociodemográficas sexo e idade não são preditores significativos desta dimensão. Este resultado não vai ao encontro de estudos anteriores, que referem a existência de uma associação significativa entre o sexo, a idade e o nível de resposta emocional (Abdella et al., 2019; Larsen et al., 2006; Péneau et al., 2013; Provencher et al., 2003; Thompson & Romeo, 2015).

Ademais, também verificámos que a presença de uma relação afetiva não corresponde a um preditor significativo de comportamentos de resposta emocional, o que vai de encontro a resultados de outros estudos existentes na literatura (Alalwan et al., 2019; Bilici et al 2020; Samuel & Cohen, 2018)

No que diz respeito às variáveis de saúde, verificou-se que as quatro dimensões da Alimentação Consciente explicam 44.7% da variação do IMC. Resultados de um estudo anterior de Framson e colaboradores (2009) já haviam observado uma associação significativa e negativa entre o IMC e todos os construtos que compõem o questionário da Alimentação Consciente, evidenciando o papel importante que uma Alimentação Consciente pode ter na manutenção do peso dos indivíduos a longo prazo. De acordo com estes autores, quanto mais frequente for a prática de uma Alimentação Consciente, mais estável e saudável tende a ser o índice de massa corporal.

No que respeita à subescala de desinibição do questionário de Alimentação Consciente, observamos igualmente uma associação significativa e negativa com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Este resultado não vai ao encontro da literatura, uma vez que um dos comportamentos característicos do padrão de ingestão compulsiva é precisamente o comportamento desinibitório (Hsu et al., 2002; Kalarchian et al., 2002). De notar que Framson e colaboradores (2009), definem desinibição como uma incapacidade dos sujeitos em parar de comer, mesmo estando cheios. Já Stunkard e Messick (1985), incluem uma definição mais abrangente, referindo-se a uma tendência para dificuldades de controlo de impulso, incluindo falta de planeamento e de previsão, assim como dificuldades ao nível da regulação do afeto, necessidade de gratificação imediata e dificuldades de contenção comportamental. Por sua vez, Girz (2014) faz questão de diferenciar o conceito de desinibição da noção de comer demais. Comer demais é visto como algo natural e aceitável, em que os indivíduos podem estar mais vulneráveis e propícios a

cometer excessos na alimentação. Tal pode estar relacionado com a ocorrência de eventos festivos, convívio social, maior disponibilidade de comida, gosto por determinado(s) alimento(s), maiores porções de comida, entre outros fatores que contribuem para que os indivíduos comam mais do que o habitual.

Assim, ao analisar o conteúdo dos itens da subescala de desinibição do questionário de Alimentação Consciente, concluímos que alguns itens não parecem estar a medir exatamente o construto. Observamos, nomeadamente, que o item 2 (“Quando como num restaurante *buffet* normalmente exagero”) pode ilustrar diversos conceitos para além do comportamento de desinibição. Pode ilustrar simplesmente uma questão de indulgência, em que acresce o facto de se tratar de um restaurante *buffet*. Isto é, existir maior quantidade de comida aprazível e disponível, pode levar tendencialmente a que os indivíduos aproveitem para poderem desfrutar em maior escala de comida que apreciam. Ademais, pode igualmente ilustrar episódios em que a ingestão dos indivíduos é influenciada por características do ambiente externo, remetendo novamente para a possibilidade deste item estar a medir comportamentos de ingestão externa. Logo, a condição *buffet* pode não ser adequada para refletir comportamentos desinibitórios, sendo que corresponde a um contexto e/ou situação em que é esperado o consumo excessivo, diferente do conceito de desinibição (Girz, 2014).

Adicionalmente, o item 7 (“Quando estou a comer algum dos meus alimentos favoritos, não percebo quando já comi o suficiente”) pode suscitar igualmente dúvidas, reenviando novamente o sujeito para outras questões que não a desinibição. Este item pode inclinar-se para a existência de uma incapacidade de deteção da sensação de saciedade, que pode ou não estar relacionada com fatores de ordem biológica. A saciedade diz respeito a um estado fisiológico, que envolve um conjunto de processos associados ao terminar da refeição, refletindo uma inibição voluntária dos comportamentos associados ao consumo alimentar (Blundell, 1991).

De salientar ainda o item 9 (“Independentemente do meu nível de fome, se não for muito caro, peço a opção com maior quantidade de comida”) que parece estar a avaliar outro tipo de comportamentos, nomeadamente o de ingestão externa, dado que avalia a influência que características do próprio alimento, como o tamanho e o preço, têm na ingestão que os indivíduos fazem. Ainda sobre este item, é de apontar que estamos diante uma ação que implica planeamento, o que não é coincidente com um comportamento de desinibição, tendo

em conta a definição acima mencionada. Os sujeitos parecem ter de antemão a intenção de pedir mais quantidade de comida consoante o preço, e assim comer em maior quantidade.

No mesmo sentido, o item 11 [“Se sobra comida que gosto repito mesmo estando cheio(a)”] e o item 18 [“Se ainda houver comida que considero deliciosa numa festa, continuo a comer mesmo depois de estar cheio(a)”] acabam por não traduzir algo que é característico dos comportamentos de desinibição, isto é, dificuldades de controlo de impulsos e a ausência de condicionantes. Como já foi referido, a desinibição é um comportamento marcado pela inexistência de ações planeadas ou pensadas. Os sujeitos agem ao mesmo tempo que perdem o controlo sobre a ingestão de comida, pelo que não existem barreiras ou quaisquer condicionantes.

Tendo em conta o referido acerca da subescala desinibição, podemos apontar para a existência de uma subescala heterogénea do ponto de vista teórico. Verificou-se que o conteúdo dos itens não vai inteiramente ao encontro das definições existentes na literatura para a desinibição. Tal como foi sugerido para a subescala resposta emocional, sugere-se igualmente uma revisão da subescala de desinibição. Considera-se pertinente discutir aspetos conceptuais e analíticos da subescala de modo a obter uma medida válida e robusta, que seja um bom indicador dos comportamentos de desinibição alimentar.

Adicionalmente, a associação da idade com os valores da desinibição mostrou-se positiva e significativa. Porém são necessários mais estudos nesse sentido, pois a literatura existente nesta área é escassa e inconclusiva. Davison (2013), observou que a idade estava associada negativamente à desinibição, contrariamente ao estudo de Framson e colaboradores (2009), em que a idade se associa positivamente com todas os construtos que compõem o questionário da Alimentação Consciente, exceto com a distração. A inconsistência destes resultados alerta para a necessidade de realização de estudos longitudinais que explorem a tendência dos comportamentos de desinibição à medida que a idade avança. Acresce a isto as fragilidades já referidas na subescala de desinibição, dificultando uma análise mais fidedigna destes resultados.

Comportamentos mais frequentes de desinibição tendem também a surgir associados a um elevado IMC (French et al., 2012; Wilkinson et al., 2010). Contudo, verificámos no presente estudo uma relação negativa e significativa entre comportamentos de desinibição e o IMC, contrariamente ao reportado em estudos anteriores. Wilkinson e colaboradores (2010),

explicam que, por norma sujeitos com comportamentos desinibitórios tendem a ser mais reativos face ao *stress* e às emoções negativas, e conseqüentemente, a ingestão que fazem é excessiva, traduzindo-se num aumento do IMC.

Além disso, de acordo com a maior parte dos estudos, as mulheres reportam uma maior frequência de comportamentos de desinibição do que os homens, à semelhança do que se verificou no presente estudo (Bellisle, 2009; Lesdéma et al 2012; Provencher et al., 2003; Stunkard & Messick, 1985). Estes autores referem que comportamentos mais frequentes de desinibição encontram-se fortemente associados a uma elevada restrição, sendo que é nas mulheres que se verifica um padrão mais rígido de restrição, com os homens a mostrarem-se mais flexíveis. O sexo feminino revela assim uma maior preocupação para com a dieta, o peso e a imagem corporal, evidenciando-se um medo associado ao ganho de peso. Logo, os comportamentos de restrição são uma das estratégias adotadas pelas mulheres, de maneira a controlarem ou perderem o peso que desejam (Provencher et al., 2003).

De salientar igualmente que, contrariamente à maior parte da literatura, verificou-se neste estudo uma correlação marginalmente significativa e negativa entre o construto do questionário de Alimentação Consciente, distração e o IMC. Framson e colaboradores (2009), definem distração como a tendência para estar focado noutras atividades durante a refeição, deslocando a atenção da comida para outras tarefas. São vários os estudos que referem que maiores níveis de distração se fazem acompanhar por uma maior ingestão de calorias (Brunstorm & Mitchell, 2006; Mitchell & Brunstorm, 2005; Ogden et al., 2013). Contudo, os nossos resultados indicam que os indivíduos que apresentam comportamentos de distração aquando o momento da refeição, mais frequentemente tendem a ter um IMC menor. Liguori e Richardson (2020), verificaram a mesma tendência no seu estudo, dado que a condição distração conduziu a uma diminuição da ingestão calórica por parte dos indivíduos. Os resultados obtidos poderão dever-se, em parte, ao facto de os sujeitos estarem de tal forma envolvidos nos seus pensamentos e obrigações, o que não lhes permite desfrutar plenamente da refeição, nem fazer uma correta ingestão que vá ao encontro das suas necessidades energéticas.

É também de salientar algumas particularidades na dimensão distração, que poderão ter tido alguma influência nos resultados. É frequente a literatura apontar como estímulos distratores a televisão, o telemóvel e a *playstation*, que por norma estão associados a sensações de bem-estar e prazer. Porém, a dimensão distração do presente estudo reflete uma

ideia diferente. O item 5 (“Penso noutras coisas enquanto estou a comer”) e o item 28 (“Penso nas coisas que tenho para fazer enquanto estou a comer”) têm apenas como estímulos distratores pensamentos. Especificamente, parecem estar a referir-se a pensamentos que estão associados a alguma ansiedade, cansaço ou perda de energia, o que pode causar alguma desmotivação e falta de vontade para comer e retirar algum proveito na hora da refeição. Deste modo, parece também pertinente rever o conceito de distração, distingui-lo de possíveis conceitos, e acima de tudo especificá-lo. É necessário particularizar quais os estímulos que os autores consideram distratores e que interferem significativamente com o comportamento alimentar dos indivíduos.

Os resultados obtidos no questionário de Alimentação Consciente com as diferentes variáveis em estudo sugerem a falta de robustez da medida, que parece não ser considerada um bom indicador para avaliar os níveis de Alimentação Consciente. De acordo com os pressupostos da Alimentação Consciente, os constructos que os autores se propõem a medir (i.e., consciência, distração, desinibição, pistas externas e resposta emocional) e que constituem como dimensões da Alimentação Consciente revelam-se pouco pertinentes. Atendendo à definição de Alimentação Consciente [i.e., um estado de consciência e atenção às sensações físicas e emocionais, antes, durante e após o ato de comer, fazendo uso dos sentidos (Moor, Scott & McIntosh, 2013)], a consciência é a dimensão que parece melhor refletir o construto de Alimentação Consciente, parecendo as outras dimensões secundárias para o construto da Alimentação Consciente. Além do mais, a forma como estes constructos foram operacionalizados é discutível. É importante um maior investimento nesta escala, ou mesmo na criação de outra escala, quer a nível conceptual e teórico, quer a nível das propriedades psicométricas.

Posto isto, iremos analisar de seguida os resultados obtidos ao nível do nosso segundo objetivo de investigação: explorar preditores de uma Alimentação Intuitiva (i.e., ingestão compulsiva, alimentação emocional, idade, sexo e estar numa relação de compromisso) e perceber se a prática desta alimentação tem impacto no IMC, na prática de exercício físico e de uma dieta omnívora. Os resultados indicam que 73.2% da variância da dimensão comer por razões físicas e não emocionais é explicada pelas variáveis que constam neste modelo. De acordo com a literatura, esta dimensão é representativa do construto central da Alimentação Intuitiva (Tylka, 2006; Tylka & Kroon Van Diest, 2013). De recordar que a Alimentação Intuitiva assenta num conceito designado de consciência interoceptiva. Trata-se da capacidade

dos sujeitos se tornarem conscientes dos fenômenos internos do organismo, como as sensações de fome e saciedade, através de um conjunto de princípios orientadores que visam atingir este estado de maior conexão com o corpo (Tribole & Resch, 2012). Hawaks (2005), tal como Van Dyke & Drinkwater (2014), referem que este processo é fundamental na criação de uma relação mais saudável e natural com a comida. Ao trabalharem esta competência, os sujeitos conseguem identificar e responder mais facilmente às suas necessidades fisiológicas, orientando assim o seu comportamento alimentar de forma ajustada.

Concomitantemente, a dimensão comer por razões físicas e não emocionais, consiste em comer somente para dar resposta às necessidades fisiológicas, sem o propósito de encontrar na comida uma forma de conforto ou de evitar lidar diretamente com os problemas e sentimentos negativos (Tribole & Resch, 2012). Os estudos evidenciam de forma clara uma associação negativa entre esta dimensão e comportamentos de ingestão emocional (Smith et al., 2020; Webb & Zimmer-Gembeck, 2019), o que está também em conformidade com os resultados do nosso estudo. No mesmo sentido, observou-se igualmente uma associação negativa entre a dimensão comer por razões físicas e não emocionais e o padrão de ingestão alimentar compulsiva, o que vai novamente ao encontro da literatura (Tylka, 2006; Schaefer & Magnuson, 2014). Segundo Cole e Horacek (2010), indivíduos que comem por razões emocionais, revelam uma maior tendência para se envolverem em comportamentos de ingestão compulsiva. Tal deve-se a situações que implicam uma grande carga emocional negativa, conduzindo a uma perda de controlo da ingestão, como forma de enfrentar e lidar com a situação (Guenter, 2000; Rebelo & Leal, 2007).

Para além disto, os resultados da presente investigação indicam ainda uma associação negativa entre a dimensão permissão incondicional para comer da escala de Alimentação Intuitiva e o padrão de ingestão compulsiva. A permissão incondicional para comer, pressupõe que não exista uma espécie de “pedido de permissão”, mas sim comer de forma plena e incondicional aquilo que é desejado, sem colocar rótulos nos alimentos como “permitidos” e “proibidos” (Tribole & Resch, 2012). Não se trata de ir contra todos os outros princípios da abordagem, mas sim compreender e aceitar os sinais internos sem julgamento (Tribole & Resch, 2012). Tal visão relativamente à comida, diminui a probabilidade dos sujeitos se envolverem em comportamentos desajustados como é o caso dos comportamentos de ingestão compulsiva (Barrada et al., 2020; Polivy & Herman, 1999; Tylka, 2006).

Verificou-se igualmente uma associação negativa entre a alimentação emocional e a permissão incondicional para comer, o que também está em concordância com a literatura. Estes resultados podem ser explicados segundo a mesma lógica que os comportamentos de ingestão compulsiva, já que vem sendo referido que a alimentação emocional está na base dos comportamentos de ingestão compulsiva.

Quanto à relação entre variáveis sociodemográficas e a Alimentação Intuitiva, a literatura é controversa e inconclusiva relativamente à relação entre a idade e a dimensão permissão incondicional para comer. De notar que o presente estudo demonstrou uma correlação negativa entre ambas. Vários autores referem existir uma crescente preocupação com o corpo e a dieta com o avançar da idade, o que tendencialmente conduz os indivíduos a um desejo de controlo e a comportamentos de restrição (Gagne et al., 2012; Bibiloni et al., 2017), podendo auxiliar na compreensão dos nossos resultados. Tal como referido por Smink e colaboradores (2012), a insatisfação corporal não está exclusivamente associada às populações mais jovens. Com o passar dos anos, o corpo vai sofrendo diversas transformações involuntárias, que têm impactos negativos na imagem corporal.

Ademais, constata-se ainda uma correlação negativa entre a dimensão da Alimentação Intuitiva referente ao confiar nos sinais internos e a idade, o que é suportado pela literatura e condizente com os pressupostos desta abordagem do comportamento alimentar. Alguns autores referem que comer de forma intuitiva é o recuperar de uma tendência natural, que está desde logo presente, mas que tende a perder-se com o crescimento (Mathieu 2009; Tribble & Resch, 2012). Com o avançar da idade, ocorre uma maior exposição e uma influência por parte de vários determinantes do comportamento alimentar, nomeadamente externos aos sinais de fome e saciedade, que interferem com a componente fisiológica e diminuem a sincronização com os sinais fisiológicos (Birch & Fisher, 1998; Rolls, Engell & Birch, 2000).

Relativamente ao padrão de ingestão compulsiva, este apresentou uma correlação negativa com a dimensão confiança nos sinais internos. Este resultado vai ao encontro da literatura, dado que, um dos propósitos da Alimentação Intuitiva é o de comer de acordo com os sinais de fome e saciedade, contrariamente ao que acontece nos comportamentos de ingestão compulsiva, que assentam numa ingestão baseada em questões emocionais. Tylka (2006), e Madden e colaboradores (2012), afirmam que quanto menos os indivíduos ignorarem estes sinais, mais conscientes estão do que são efetivamente necessidades

fisiológicas, sendo menor a probabilidade de perderem o controle e se envolverem em comportamentos desviantes do padrão regular de ingestão.

Os sujeitos que estão numa relação afetiva reportaram níveis mais elevados nas dimensões permissão incondicional para comer e confiança nos sinais internos de fome e saciedade, podendo constituir-se um fator sinalizadora alimentação intuitiva. Porém, a pesquisa conduzida nesta área revela-se escassa, dada a inexistência de estudos que reportem uma associação significativa ou que explorem esta variável com a Alimentação Intuitiva. Neste sentido, seria pertinente que investigações futuras se debruçassem na clarificação desta relação entre padrões funcionais de alimentação e a relação de casal.

Por fim, analisou-se a relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente (terceiro objetivo de investigação). A literatura revela-se por vezes confusa quando se refere a estas duas abordagens, focando-se pouco nas diferenças e mais nas semelhanças. Como temos vindo a expor ao longo da presente investigação, tanto a Alimentação Intuitiva, como a Alimentação Consciente são abordagens de comportamento alimentar anti-dietas, isto é, descentralizadas da existência de regras/rótulos em torno da comida, incitando os indivíduos a libertarem-se dessas mesmas restrições.

Contudo, a Alimentação Intuitiva foca a relação entre corpo – alimento - mente, salientando o impacto psicológico que a alimentação e a relação com a comida têm na vida dos indivíduos. É considerada a importância da nutrição e o papel que esta tem, não só a nível fisiológico, mas também na saúde e bem-estar mental. O enfoque nas questões fisiológicas a fim da obtenção em ganhos para a saúde física e psicológica, requer uma intervenção e um trabalho ao nível da consciência interoceptiva e da reconexão com os sinais fisiológicos. Por sua vez, a Alimentação Consciente, destaca principalmente o impacto da componente sensorial dos alimentos nos indivíduos (relação corpo-alimento). A prática de uma Alimentação Consciente requer foco e concentração nas sensações despoletadas durante o momento da refeição e na tomada de consciência dos alimentos. Esta abordagem não prioriza, como a Alimentação Intuitiva, a nutrição e o seu papel no nosso corpo e na nossa saúde e bem-estar.

Os nossos resultados destacaram uma associação significativa, positiva e de intensidade moderada ($r = .457$; $p < .001$) entre as duas escalas. Ambas as escalas medem comportamento alimentar, mas construtos diferentes, dado que, a Alimentação Intuitiva

prepetiva a nutrição de uma “forma holística”, enquanto a Alimentação Consciente engloba uma componente prática de meditação, a fim de o indivíduo prestar atenção à sua experiência alimentar no momento, sem julgamentos. Estes resultados infirmam o estudo de Anderson e colaboradores (2016), que referem a inexistência de relação entre os dois construtos. Todavia, vários estudos suportam os resultados da presente investigação, ao referirem a existência de correlações entre as dimensões das duas escalas (Gast & Hawks, 1998; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Surpreendentemente, a correlação mais elevada neste estudo foi entre a dimensão resposta emocional e a dimensão comer por razões físicas e não emocionais ($r = .636$; $p < .001$). Contrariamente ao resultado obtido, seria esperado que a associação entre estas duas dimensões fosse negativa. Tal poderá dever-se ao facto de a escala de Alimentação Consciente ser, possivelmente, um “emaranhado” de comportamentos disfuncionais (e.g., os comportamentos de resposta emocional) e de comportamentos que remetem para a confiança nos sinais de fome e saciedade, conduzindo o subconstructo a variar em sentido teoricamente oposto. Esta correlação revela-se, portanto, incoerente, o que uma vez mais poderá ser explicada pela fragilidade já sinalizada na subescala resposta emocional.

Após a apresentação e discussão dos resultados obtidos, importa refletir acerca das limitações da presente investigação. Primeiramente, é de referir o facto de se tratar de uma amostragem por conveniência, o que impossibilita a generalização dos resultados para a população. Também o *design* transversal do estudo impede a inferência de causalidade, sugerindo-se o desenvolvimento de futuros estudos longitudinais, que visem explorar as mudanças subjacentes à Alimentação Intuitiva e à Alimentação Consciente, e a compreensão de fatores determinantes nos níveis de eficácia destas abordagens. Destaca-se ainda como limitação a análise quantitativa, o que impede uma recolha e análise de dados mais minuciosa e aprofundada.

A estratégia de divulgação dos questionários *online*, maioritariamente através de redes sociais (e.g., páginas públicas de psicólogos, nutricionistas, *coaches*, *personal trainers* e instrutores de *fitness*), poderá constituir-se igualmente como um fator que tenha enviesado os resultados do presente estudo. É expectável que o público-alvo que procura e visualiza com frequência estas páginas, revele de antemão uma preocupação significativa com o estilo de vida alimentar e o bem-estar geral. É também de apontar como limitação, a ausência de um

investigador aquando a recolha dos dados, não tendo este a possibilidade de clarificar questões ou retirar dúvidas que possam ter surgido aos participantes.

Outro aspeto que importa considerar, prende-se com o número reduzido de homens que compõem a amostra deste estudo (16.5%), comparativamente às mulheres (83.5%), o que pode enviesar os resultados. Portanto, salienta-se a necessidade de realização de estudos futuros com amostras equilibradas relativamente ao sexo, o que poderá permitir comparar os níveis dos participantes no que toca ao sexo, explorando se existem diferenças na amostra entre homens e mulheres para estas duas abordagens do comportamento alimentar. O mesmo pode ser referido em relação à faixa etária. O estudo é maioritariamente constituído por jovens e jovens adultos ($M = 29,86$; $DP = 10,80$), o que é considerado uma limitação para explorar a variável da idade com ambas as abordagens. Também por este motivo, já foi sugerido a realização de estudos longitudinais.

Relativamente às variáveis de saúde, particularmente o IMC, importa ter em conta que este foi calculado por base em medidas antropométricas fornecidas pelos sujeitos. Segundo Lesdéma e colaboradores (2012), o facto de serem os sujeitos a fornecer os seus dados, faz com que, tendencialmente os valores do IMC sejam mais baixos do que os valores reais. Ademais, este estudo utilizou apenas medidas de autorresposta, sendo importante que estudos posteriores considerem instrumentos adicionais na recolha de dados, como a entrevista, de modo a obter informação relevante que é muitas vezes perdida.

A Alimentação Consciente e a Alimentação Intuitiva são abordagens de comportamento alimentar que já começam a ser utilizadas em contexto clínico, nomeadamente em equipas multidisciplinares, onde alguns nutricionistas e psicólogos as aplicam na sua prática clínica. No entanto, este tipo de abordagens revelam-se ainda desconhecidas e pouco estudadas, pelo que, os primeiros estudos científicos e o primeiro questionário validado da Alimentação Intuitiva só foram publicados em 2005. Logo, sugere-se a necessidade de mais estudos nesta área, sobretudo em Portugal, onde a pesquisa parece escassear.

Relativamente à Alimentação Intuitiva, pareceu-nos pertinente sugerir como estudo futuro explorar a relação dos níveis de Alimentação Intuitiva de crianças e jovens, com os padrões de comportamento alimentar dos pais, visto que, a Alimentação Intuitiva pressupõe uma confiança de base nos sinais internos de fome e saciedade e dado que os pais são os

primeiros modelos de comportamento alimentar. Quando os filhos sofrem uma influência em grande escala do comportamento alimentar dos pais, comer de forma intuitiva pode ser um desafio ainda maior para estes sujeitos.

No seguimento do último objetivo de investigação deste estudo, que diz respeito a explorar a relação entre a Alimentação Intuitiva e Alimentação Consciente, seria interessante compreender qual o tipo de relação que está aqui subjacente. Isto é, explorar se poderá existir uma relação de causalidade entre a Alimentação Intuitiva e Consciente. Será importante ter uma Alimentação Consciente para conseguir comer de forma Intuitiva? Ou é graças à Alimentação Intuitiva, isto é, ao respeitarmos os sinais de fome e saciedade, que começamos a atingir um estado de maior consciência e atenção às sensações emocionais e físicas (sinais de fome e saciedade)?

Para tal, dadas as fragilidades teóricas e conceptuais do questionário de Alimentação Consciente, é primeiramente importante uma revisão deste instrumento. Em termos de estudos futuros, sugere-se a realização de um estudo que utilize o método *Delphi*, no processo de atualização e validação de conteúdo. Seria também importante considerar a opinião de profissionais de saúde (e.g., nutricionistas e psicólogos) por intermédio de entrevistas, a fim de explorarmos o que constitui uma alimentação consciente.

Por último, e não menos importante, sugere-se implementar estudos em Portugal que explorem a eficácia destas abordagens relativamente às variáveis de saúde. Verificar a eficácia da Alimentação Intuitiva e da Alimentação Consciente para a população portuguesa, na prevenção e/ou no tratamento de doenças como a obesidade ou perturbações do comportamento alimentar, pode contribuir para melhorias no bem-estar físico e psicológico destes indivíduos, que sofrem diariamente quando lidam com a comida.

Concluindo, verificou-se nesta amostra portuguesa que o questionário de Alimentação Consciente é pautado por enormes fragilidades, quer a nível conceptual e teórico, quer a nível das suas propriedades psicométricas, revelando inclusive alguns problemas de validade convergente e discriminante. Comprovou-se a falta de robustez desta medida na nossa amostra e, sugere-se uma revisão e reformulação do respetivo instrumento.

Por sua vez, a escala de Alimentação Intuitiva, revelou-se um instrumento robusto e válido para a nossa amostra. Os resultados obtidos suportam a evidência científica, tendo em conta que, considerando a presente amostra, pessoas que manifestam frequentemente

comportamentos de Alimentação Intuitiva apresentam comportamentos menos frequentes de alimentação emocional. Assim, podemos hipotetizar que a prática de uma Alimentação Intuitiva poderá estar associada a uma possível forma de gestão de ingestão emocional. Neste sentido, intervenções baseadas numa Alimentação Intuitiva podem considerar-se uma possível resposta, útil, que pode ajudar na promoção de um comportamento alimentar menos disfuncional e mais adaptativo.

Assim sendo, o presente estudo pode vir a ser tido como uma mais-valia, dado que, apesar de estas abordagens começarem a ser cada vez mais discutidas, revelam-se ainda pouco exploradas e aplicadas em termos práticos.

Referências

- Abdella, H., El Farssi, H., Broom, D., Hadden, D., & Dalton, C. (2019). Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. *Nutrients*, *11*(2), 377. <https://doi.org/10.3390/nu11020377>
- Alalwan, T. A., Hilal, S. J., Mahdi, A. M., Ahmed, M. A., & Mandeel, Q. A. (2019). Emotional eating behavior among University of Bahrain students: A cross-sectional study. *Arab Journal of Basic and Applied Sciences*, *26*(1), 424–432. <https://doi.org/10.1080/25765299.2019.1655836>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*
- Anderson, D. A., Schaumberg, K., Anderson, L. M., & Reilly, E. E. (2015). Is level of intuitive eating associated with plate size effects? *Eating Behaviors*, *18*, 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.005>
- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S., & Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 83–90. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0210-3>
- Barrada, J. R., Cativiela, B., van Strien, T., & Cebolla, A. (2020). Intuitive Eating: A Novel Eating Style? Evidence From a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, *36*(1), 19–31. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000482>
- Beaulieu, K., & Blundell, J. (2020). The Psychobiology of Hunger – A Scientific Perspective. *Topoi*. <https://doi.org/10.1007/s11245-020-09724-z>
- Bellisle, F. (2009). Deux questionnaires valides pour mesurer des aspects de la motivation à manger qui peuvent affecter le contrôle pondéral. *L'Encéphale*, *35*(2), 182–185. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.03.009>
- Bibiloni, M. del M., Coll, J. L., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. A. (2017). Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health*, *17*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3919-7>
- Bilici, S., Ayhan, B., Karabudak, E., & Koksall, E. (2020). Factors affecting emotional eating

- and eating palatable food in adults. *Nutrition Research and Practice*, 14(1), 70–75. <https://doi.org/10.4162/nrp.2020.14.1.70>
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 539–549
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201–210. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0398>
- Blundell, J. (1991). Pharmacological approaches to appetite suppression. *Trends in Pharmacological Sciences*, 12, 147–157. [https://doi.org/10.1016/0165-6147\(91\)90532-W](https://doi.org/10.1016/0165-6147(91)90532-W)
- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454–472. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012>
- Brunstrom, J. M., & Mitchell, G. L. (2006). *Effects of distraction on the development of satiety*. 9.
- Clendenen, V. I., Herman, C. P., & Polivy, J. (1994). Social Facilitation of Eating Among Friends and Strangers. *Appetite*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1006/appe.1994.1030>
- Cole, R. E., & Horacek, T. (2010). Effectiveness of the My Body Knows When Intuitive-eating Pilot Program. *American Journal of Health Behavior*, 34(3)
- Conger, J. C., Conger, A. J., Costanzo, P. R., Wright, K. L., & Matter, J. A. (1980). The effect of social cues on the eating behavior of obese and normal subjects¹. *Journal of Personality*, 48(2), 258–271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1980.tb00832.x>
- Corbalán-Tutau, M. D., Madrid, J. A., & Garaulet, M. (2012). Timing and duration of sleep and meals in obese and normal weight women. Association with increase blood pressure. *Appetite*, 59(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.03.015>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity.

Complementary Therapies in Medicine, 18(6), 260–264.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 159–171

Davison, K. M. (2013). The relationships among psychiatric medications, eating behaviors, and weight. *Eating Behaviors*, 14(2), 187–191.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.001>

De Castro, J. M. (1990). Social facilitation of duration and size but not rate of the spontaneous meal intake of humans. *Physiology & Behavior*, 47(6), 1129–1135.
[https://doi.org/10.1016/0031-9384\(90\)90363-9](https://doi.org/10.1016/0031-9384(90)90363-9)

Disorders (Fifth Edition). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Duarte, C., Pinto Gouveia, J., & Mendes, A. (2016). Psychometric properties of the Intuitive Eating Scale -2 and association with binge eating symptoms in a Portuguese community sample. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 329–341

Duarte, P.A.S., Palmeira, L. & Gouveia, J.P. (2018). The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: a confirmatory factor analysis in a Portuguese sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1- 10

Elliott, C. (2014). “When my plate is empty”: Internal vs. external cues to meal cessation reported by children. *Food Quality and Preference*, 37, 45–51.
<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2014.04.015>

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215–220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>

- French, S. A., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. E., & Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*, *59*(2), 541–549. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.07.001>
- Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(7), 832–844. <https://doi.org/10.1002/eat.22030>
- Gast, J., & Hawks, S. R. (1998). Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. *Health Education & Behavior*, *25*(4), 464–473. <https://doi.org/10.1177/109019819802500405>
- Girz, L. (2014). *Two Kinds of Overeating: Can We Distinguish Between Disinhibited Eating in Restrained Eaters and Simple Overeating That Occurs in Everyone?* [Thesis]. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/43568>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982) The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, *7*, 47-55
- Güenter, R. (2012). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, *18*(1), 59–70. <https://doi.org/10.14417/ap.422>
- Guertin, T. L., & Conger, A. J. (1999). Mood and forbidden foods' influence on perceptions of binge eating. *Addictive Behaviors*, *24*(2), 175–193. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00049-5)
- Halford, J. C. G., & Blundell, J. E. (2000). Separate systems for serotonin and leptin in appetite control. *Annals of Medicine*, *32*(3), 222–232. <https://doi.org/10.3109/07853890008998829>
- Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., & Harris, A. (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American Journal of Health Education*, *36*(6), 331–336. <https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608206>
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-

- Sztainer, D. (2021). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: Findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 287–294. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00852-4>
- Herman, C. P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior*, 94(5), 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.04.014>
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the Presence of Others on Food Intake: A Normative Interpretation. *Psychological Bulletin*, 129(6), 873–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873>
- Hsu, L., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa Das, S., Rand, W., Fairburn, C., Rolls, B., McCrory, M., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J., & Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26(10), 1398–1403. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802081>
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). Binge Eating Among Gastric Bypass Patients at Long-term Follow-up. *Obesity Surgery*, 12(2), 270–275. <https://doi.org/10.1381/096089202762552494>
- Kerin, J. L., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*, 132, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.011>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.006>

- Leitão, M., Pimenta, F., Bernardino, A., Ferreira, P., & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar: Ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar. *Sintomas Alimentares, Cultura, Corpo e Obesidade*, 57
- Lesdéma, A., Fromentin, G., Daudin, J.-J., Arlotti, A., Vinoy, S., Tome, D., & Marsset-Baglieri, A. (2012). Characterization of the Three-Factor Eating Questionnaire scores of a young French cohort. *Appetite*, 59(2), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.05.027>
- Liguori, C. A., Nikolaus, C. J., & Nickols-Richardson, S. M. (2020). Cognitive Distraction at Mealtime Decreases Amount Consumed in Healthy Young Adults: A Randomized Crossover Exploratory Study. *The Journal of Nutrition*, 150(5), 1324–1329. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa022>
- Madden, C. E., Leong, S. L., Gray, A., & Horwath, C. C. (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2272–2279. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000882>
- Marôco J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number
- Marques, S. I. P. (2013). *Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno*. 121
- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982–1987. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.023>
- Mitchell, G. L., & Brunstrom, J. M. (2005). Everyday dietary behaviour and the relationship between attention and meal size. *Appetite*, 45(3), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.06.001>
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3>

- Natacci, L. C., & Ferreira Júnior, M. (2011). The threefactor eating questionnaire – R21: Tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383–394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
- Rolls, B. J., Engell, D., & Birch, L. L. (2000). Serving Portion Size Influences 5-Year-Old but Not 3-Year-Old Children’s Food Intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(2), 232–234. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00070-5)
- Samuel, L., & Cohen, M. (2018). Expressive suppression and emotional eating in older and younger adults: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.012>
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children’s eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(6), 2006S-2011S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001685>
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734–760. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research methods in psychology* (9th ed). McGraw-Hill.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.10.005>
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Tapadinhas, A., & Ribeiro J. (2012). Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES): Um estudo com uma amostra de obesos portugueses. *9º Congresso Nacional de Psicologia da*

Saúde, 1331-6.

- Thompson, S. (2015). Gender and Racial Differences in Emotional Eating, Food Addiction Symptoms, and Body Weight Satisfaction among Undergraduates. *Journal of Diabetes and Obesity*, 2, 1–6. <https://doi.org/10.15436/2376-0494.15.035>
- Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive eating* (3rd ed). St. Martin's Griffin.
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226–240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137–153. <https://doi.org/10.1037/a0030893>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review Article Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- Van Kleef, E., Van Trijp, J. C. M., Van Den Borne, J. J. G. C., & Zondervan, C. (2012). Successful Development of Satiety Enhancing Food Products: Towards a Multidisciplinary Agenda of Research Challenges. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 52(7), 611–628. <https://doi.org/10.1080/10408398.2010.504901>
- Vartanian, L. R., Herman, C. P., & Polivy, J. (2007). Consumption stereotypes and impression management: How you are what you eat. *Appetite*, 48(3), 265–277. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.10.008>
- Wansink, B., Payne, C., & Werle, C. (2008). Consequences of Belonging to the “Clean Plate Club”. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(10), 994. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.10.994>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>

Wilkinson, L. L., Rowe, A. C., Bishop, R. J., & Brunstrom, J. M. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*, 34(9), 1442–1445. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.72>

Worsley, A. (1988). Cohabitation-gender effects on food consumption. *International Journal of Biosocial Research*, 10(2), 109–122.

Anexos

Anexo A - Revisão alargada de literatura

Determinantes do Comportamento Alimentar: O impacto de fatores externos

A fome é descrita como uma sensação biológica, despoletada pela necessidade do organismo repor os seus níveis nutricionais e energéticos. A noção de fome pode ser perspectivada em termos biológicos, correspondendo à “força que conduz à procura, à escolha e à ingestão de alimentos, uma necessidade básica e essencial ao ser humano” (Beaulieu & Blundell, 2020). Contrariamente à noção de saciedade, que diz respeito ao processo a partir do qual tomamos a decisão de parar de procurar alimento e terminar a refeição (Blundell, 1991). Durante muito tempo, o ato de comer foi explicado por um conjunto de mecanismos fisiológicos que regulam os valores energéticos e nutricionais (Hopkins et al., 2000).

Contudo, a literatura indica que, para além dos processos de fome e saciedade constituírem-se importantes mecanismos biológicos, englobam uma perspetiva mais alargada, salientando-se não apenas os processos fisiológicos, mas também uma perspetiva psicológica, social e ambiental. Assim, destaca-se o impacto de outros fatores externos nas atitudes e comportamento alimentar dos indivíduos, que vão para além da componente fisiológica (Beaulieu & Blundell, 2020; Halford & Blundell, 2009). Ou seja, o processo fisiológico responsável pela regulação da fome e da saciedade no nosso organismo não é o único preditor, nem o suficiente, para justificar as atitudes e comportamentos alimentares, salientando-se a existência de outros fatores de ordem externa, que regulam os níveis de fome e saciedade (Beaulieu & Blundell, 2020; Herman & Polivy, 2005).

A literatura tem vindo a explorar cada vez mais o papel dos diversos fatores que influenciam a complexidade do comportamento alimentar, sobretudo de fatores externos aos sinais fisiológicos de fome e saciedade. Especificamente, no que concerne às motivações relativamente ao comportamento alimentar, a literatura salienta o papel que a alimentação externa desempenha na vida dos indivíduos (Elliot, 2014; Herman & Polivy, 2008; Van Kleef et al., 2012). A alimentação externa caracteriza-se por uma ingestão alimentar em função de estímulos externos, em vez de estímulos internos (Ogden, 2010). Portanto, a procura de alimento não tem apenas a finalidade de suprimir as necessidades energéticas e, consequentemente, garantir a sobrevivência. Verificam-se diversos fatores de ordem externa

associados ao comportamento alimentar, isto é, fatores que vão para além da componente fisiológica da fome (Herman & Polivy, 2008; Vartanian et al., 2015).

De acordo com Herman e Polivy (2008), estes fatores externos podem agrupar-se em duas subcategorias: fatores normativos e fatores sensoriais. Os primeiros, influenciam indiscriminadamente o comportamento alimentar, e apresentam-se na literatura como fatores que estão associados ao meio ambiente que nos rodeia (e.g., aspetos sociais e aspetos do ambiente físico), e que acabam por se tornar uma norma ou uma referência ao nível da ingestão alimentar. Os indivíduos acabam por incorporá-los de forma natural nas suas vidas, acreditando que estão a realizar uma ingestão apropriada e que possuem um controlo daquilo que consomem. Isto acontece porque, para muitas pessoas, cumprir uma ingestão alimentar adequada às suas necessidades e preferências é algo dúbio, no sentido em que os sinais de fome e saciedade são tidos como pistas insuficientes para os indivíduos conseguirem gerir o seu consumo energético (Vartanian et al., 2015).

No que diz respeito aos sinais sensoriais, como o próprio nome sugere, estes correspondem às sensações que o alimento desperta no indivíduo, através das suas características sensoriais, como a palatibilidade, o cheiro, a textura e a estética visual. Este é um tipo de alimentação externa, em que o comer é uma resposta a estímulos relacionados ao alimento, independentemente do estado interno de fome ou saciedade do indivíduo (Herman & Polivy, 2008). Por sua vez, Shepherd (1989), citado por Ogden (2010), atribuiu uma outra conceptualização aos fatores que influenciam as nossas escolhas alimentares, agrupando-os nos seguintes grupos: (a) fatores externos ao indivíduo, em que estão incluídos o contexto social, o contexto cultural e o tipo de alimento; e (b) fatores internos ao indivíduo, respeitantes às características de personalidade, às cognições e aos estímulos sensoriais que são despertados no indivíduo.

No mesmo sentido, Anderson e colaboradores (2016), referem igualmente que o comportamento alimentar é cada vez mais influenciado por fatores externos, que se constituem uma barreira para que os indivíduos consigam comer de forma mais conectada com os sinais internos. Os autores observam que os indivíduos tendem a comer de forma desconectada e pouco consciente, estando mais sensíveis a estímulos externos (do meio ambiente) do que a fatores intrínsecos. Os sinais externos acabam por substituir os sinais de fome e saciedade, servindo como “referência ou pista” para o comportamento alimentar de

cada um (i.e., para aquilo que o indivíduo irá comer, o quanto irá comer e quando irá parar de comer) (Bilman, VanKleef & Trijp, 2017).

O contexto social

O contexto social de cada indivíduo influencia claramente o comportamento alimentar (Conger, 1980). Aliás, um dos modelos utilizados para explicar o comportamento alimentar das crianças é precisamente o modelo socioecológico, que reconhece a importância do contexto social nos comportamentos e estilo de vida das crianças (Brown & Ogden, 2004). Segundo este modelo, um dos fatores sociais que exerce maior influência no comportamento alimentar, está intimamente relacionado com as práticas parentais e o ambiente familiar em torno da alimentação das crianças. Os pais/cuidadores desempenham um papel fundamental e determinante na experiência alimentar dos filhos, através das relações, atitudes e práticas alimentares impostas às crianças, que acabam por ser apreendidas pelas mesmas com o passar do tempo (Davison & Birch, 2001; Scaglioni et al., 2011).

De notar que, esta influência por parte dos progenitores, também poderá mascarar ossinais de fome e saciedade dos filhos (Birch et al., 2001; Elliott, 2014; Peters, Sinn, Campbell & Lynch, 2012). Os pais assumem que conhecem melhor quais os alimentos que os filhos devem ingerir, mas as crenças e o controlo parental exercido na ingestão alimentar apresenta efeitos adversos. Eles acabam por limitar as escolhas das crianças, que não adquirem autonomia e capacidade de decidir com base em pistas internas de fome e saciedade (Elliott, 2014). A criança irá focar a sua atenção em pistas externas, como ter a obrigação de comer tudo o que tem no prato, pelo que não desenvolverá uma capacidade de auto-regulação da ingestão alimentar, contribuindo para futuros problemas no que concerne a questões relacionadas com o peso e a alimentação. Ademais, esta “obrigação” frequente para comer tudo o que está no prato ou o que nos é servido, impede de nos questionarmos acerca de como nos vamos sentindo ao longo da refeição e dos nossos sinais de fome e saciedade (Berge et al., 2010; Wansink & Payne, 2008).

Herman e colaboradores (2003) mencionam igualmente outras formas distintas de influência do contexto social no nosso comportamento alimentar. Nomeadamente, a facilitação social, que consiste na tendência para os indivíduos comerem em maior quantidade quando estão com outras pessoas (Cleden, Herman & Polivy, 1994; De Castro, 1990) e quanto maior for o número de pessoas à sua volta (Redd & De Castro, 1992). Além disso, o

impacto do contexto social na alimentação dos sujeitos, é também visível no processo de formação de impressões, sendo que o comportamento alimentar também poderá representar uma forma de comunicação e de transmissão sobre nós próprios aos outros (Vartanian, Herman & Polivy, 2007). Este fenómeno decorre da associação de certas características ou estereótipos a determinados alimentos, sendo principalmente visível nas mulheres, que são apontadas como as mais motivadas para comer menos, a fim de parecerem socialmente mais atraentes. Aliás, é uma preocupação significativa em muitas pessoas evitar ser percecionado como alguém que come de forma excessiva, pelo que, comer o mínimo possível aparece associado a apreciações positivas (Herman, Polivy & Roth, 2003; Vartanian, 2015).

No mesmo sentido, a modelagem social também corresponde a outro modo de influência social ao nível do comportamento alimentar (Herman et al., 2003). O conceito de modelagem social, corresponde à tendência de utilização do comportamento alimentar de outros indivíduos como referência, sendo que, o indivíduo ajusta o seu padrão alimentar para ser convergente com o dos seus parceiros alimentares. Este fenómeno está fortemente associado à necessidade de nos sentirmos aceites, e de pertencermos a um grupo, em que compararmo-nos normalmente com os outros é algo para nós adaptativo e gratificante (Robison & Higgs, 2013). Segundo Herman e colaboradores (2019), uma ingestão alimentar adequada passa inevitavelmente por ter como referência o comportamento das outras pessoas.

A sociedade e a influência dos *mídia* e das redes sociais

Ao longo dos últimos 10 anos, a tendência para comer de forma saudável e apelidada de *clean* tem ganho cada vez mais importância na nossa sociedade. Existe uma maior consciência e preocupação com um estilo de vida mais saudável, que apela ao não consumo de alimentos processados, considerados prejudiciais à saúde e ao meio-ambiente (Smith, 2020). Nos últimos anos, o conceito de *clean eating* (Smith, 2020), tem vindo a acentuar-se enquanto forte tendência alimentar. Trata-se de seguir uma alimentação estrita, focada em aspetos nutricionais, evitando os alimentos conotados como “sujos” e nutricionalmente pouco saudáveis (Nevin & Vartanian, 2017; Smith, 2020).

O *marketing* existente ao nível do fenómeno de *clean eating*, tem contribuído para a noção de que existem produtos bons e saudáveis, e em contrapartida, diaboliza outros produtos, designando-os como “sujos” e “não saudáveis” (Ledin & Machin, 2020; O’Neill & Silver, 2017). Contudo, o próprio conceito de “ser saudável” é também difícil de definir,

variando de pessoa para pessoa, embora, nos últimos anos, tenha sido equiparado, de forma incorreta, a uma variedade de ideias e prioridades, muitas delas contraditórias ou díspares (e.g., evitar consumir hidratos; consumir mais proteína; evitar consumir produtos com glúten; retirar todo o tipo de gorduras; ou até mesmo aderir ao veganismo acreditando ser a alternativa correta para poder ter um estilo de vida saudável) (Rousseau, 2012, citado por Smith, 2020). Assim, o conceito de alimentação saudável é também complexo, pelo que nos deparamos com uma grande quantidade de informação disponível, muitas vezes sem fundamentação científica, mas que rapidamente se generaliza e se perpetua, principalmente através dos média e das redes sociais, assumindo-se como verdades inquestionáveis, podendo ter consequências na nossa saúde e bem-estar (De Ridder et al., 2013; Paquette, 2005).

Para além disto, importa também realçar a influência do conceito de *Healthism*, proposto por Robert Crawford em 1980, que nos remete para a necessidade de priorizarmos a nossa saúde e bem-estar, sendo estes, valores importantes na vida de qualquer indivíduo. Este conceito também tem sido extremamente disseminado ao nível da indústria e dos média, promovendo uma tendência extremista para a preocupação com o corpo que, conseqüentemente, conduz ao crescente interesse por áreas como o *fitness*, a alimentação ou o “mundo das dietas”, incorrendo a pessoa no risco de começar a encarar a noção de saúde, como um sinónimo de grande autodisciplina e autocontrole (Brown, 2015 ; Smith & Maguire, 2008, citado por Arguedas, 2020). *Healthism* é um conceito que acaba por ser simplista, na medida em que reduz noções como a saúde e bem-estar à componente nutricional dos alimentos, e também a valores e normas muito estritas e pouco flexíveis do que é considerado o suprasumo do saudável, em detrimento de outras dimensões, como o prazer ou a dimensão social (Crawford, 2006; Katz, 1997, citado por Arguedas, 2020).

Por fim, importa ainda notar que, o crescimento exponencial dos meios de comunicação social, em particular o desenvolvimento do digital, corresponde a outro fator significativo que influencia o modo como atualmente os sujeitos se posicionam, face às questões relacionadas com as áreas da saúde e do bem-estar, nomeadamente com a área da alimentação e do comportamento alimentar (Lewis & Phillipov, 2018). Especificamente, a partilha de conteúdos sobre a alimentação em *sites*, *blogs* e programas de televisão, tem vindo a ganhar cada vez mais popularidade, assim como a criação de aplicações relacionadas com a alimentação e o bem-estar, sendo que diversos conteúdos sobre comida são igualmente partilhados nas redes sociais. Estas plataformas têm-se revelado úteis, no que concerne à

partilha de experiências alimentares, à descoberta de novas crenças e de novos estilos de vida alimentares, e à promoção da motivação para a mudança de estilos de vida (Lupton & Fieldman, 2020).

Contudo, esta informação que se encontra nos média é, muitas vezes, confusa e contraditória (Hyman, 2018; Nagler, 2014), verificando-se estudos e artigos mal interpretados, blogues sobre alimentação com informação pouco fundamentada, ou programas de culinária que se assumem como verdadeiros guias de alimentação, fornecendo informação e/ou conselhos desajustados (Lewis & Phillipov, 2018). É necessário filtrar e interpretar corretamente a informação que nos é disponibilizada, para bem da nossa saúde física e mental.

Consequências de uma alimentação baseada em fatores externos

A literatura ao nível do comportamento alimentar tem revelado alguma inconsistência, sendo que algumas abordagens mais convencionais defendem que é benéfico existir uma regulação do comportamento alimentar por via de mecanismos externos aos sinais de fome e saciedade (Alprhamos & Gingras, 2009). Contudo, diversos autores indicam igualmente que estes fatores externos interferem negativamente com o processo de regulação da ingestão alimentar dos indivíduos (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015). Especificamente, comer sob a influência de fatores externos pode estar associado a problemas com o peso (e.g., ganho de peso e obesidade), ao risco de desenvolver relações pouco saudáveis com a comida, a preocupações excessivas, a obsessões para com a comida e/ ou o peso, a desejos por comida e a um maior risco de vir a desenvolver uma perturbação de comportamento alimentar, verificando-se assim um impacto negativo ao nível da saúde física, psicológica e social (Arguedas, 2020; Ledin & Machin, 2020; O'Neill & Silver, 2017)

Aliás, o impacto dos fatores externos no comportamento alimentar, nomeadamente de fatores provenientes do meio sociocultural (e.g., dos média e das redes sociais), reflete-se nomeadamente na elevada incidência das práticas de dietas restritivas. O ato de fazer dieta, como é vulgarmente conhecido, reporta-se a uma restrição cognitiva alimentar, em que os indivíduos inibem voluntariamente a sua ingestão alimentar, a fim de conseguirem controlar o seu peso e apetite, e de elaborarem escolhas alimentares mais ajustadas, baseando-se, maioritariamente, nos padrões externos que são impostos pela sociedade (Brownell, 1991; Stice & Shaw, 2002). Importa sublinhar que, apesar da restrição cognitiva alimentar ser um

mecanismo do foro interno, os estímulos de fome e saciedade são contrariados e substituídos por uma regra externa a estes (Alprhamos & Gingras, 2009; Dovey, 2010; Herman & Polivy, 1983).

O aumento desta prática de dietas restritivas, está associado ao facto de vivermos num ambiente em que é atribuída uma excessiva importância à aparência física e aos padrões de beleza, verificando-se uma elevada pressão para a magreza, especialmente entre as mulheres, o que conseqüentemente contribui para o aumento da possibilidade de ocorrerem comportamentos radicais de controlo de peso e da forma física (Brownell, 1991; Stice & Shaw, 2002). Ademais, a prática de restrições alimentares revela-se pouco eficaz a longo prazo, para além de estar muitas vezes associada a uma alimentação desajustada, em que há restrição calórica, carências nutricionais e sintomas de mal-estar psicológico, como por exemplo, ansiedade, depressão ou possibilidade de começar a desenvolver padrões de comportamento alimentar perturbado (Schaefer & Magnuson, 2014; Stice & Shaw, 2001).

De acordo com a literatura, a prática de dietas restritivas parece estar ainda associada a padrões de ingestão alimentar compulsiva e de desinibição alimentar (Birch & Fisher, 2000; Birch, Fisher & Davison, 2003; Schaefer & Magnuson, 2014). No mesmo sentido, os indivíduos que menos privilegiam os sinais de fome e de saciedade, são apontados como mais propensos para se envolverem em comportamentos desajustados, nomeadamente episódios de compulsão alimentar (Alberts & Raes, 2012; Birch & Fisher, 2000; Birch et al., 2003).

A compulsão alimentar caracteriza-se por ingerir num pequeno espaço de tempo (i.e., até cerca de 2 horas) grandes quantidades de comida, significativamente maiores do que seria esperado para consumo nesse mesmo período de tempo, sob circunstâncias parecidas. Um dos critérios para diagnóstico de compulsão alimentar, corresponde à sensação de perda de controlo relativamente ao que se está a comer (APA, 2013; Freitas et al., 2001), realçando-se que os episódios de compulsão alimentar tendem a ser precedidos por carga emocional negativa e/ou situações de *stress*, períodos de dieta restritiva e sentimentos de descontentamento para com o corpo, o peso e a alimentação (APA, 2013). É comum os sujeitos recorrerem à compulsão como estratégia de *coping* para lidar com afetos negativos como a vergonha, a culpa, o nojo ou a tristeza (APA, 2013).

Por um lado, este comportamento pode ser de curta duração, isto é, com frequência limitada no tempo, sendo definido por ingestão compulsiva periódica. E, por outro lado, caso

o comportamento de ingestão ocorra com maior frequência, ou seja, caso se verifique uma frequência de ingestão superior ou igual a uma vez por semana, durante um período superior a 3 meses, passa a designar-se por perturbação de ingestão alimentar compulsiva (APA, 2013). Salienta-se que, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, está ainda associada a três ou mais das seguintes características comportamentais (APA, 2013): (a) comer mais rápido do que o habitual; (b) comer perante a ausência de fome fisiológica; (c) procurar sentir-se desconfortavelmente cheio; (d) comer sozinho devido à vergonha de comer tais quantidades de comida; e (e) sentimento de culpa, mal-estar consigo próprio e temperamento depressivo.

Visto isto, na presente investigação iremos abordar duas abordagens de comportamento alimentar, que se constituem como possíveis respostas aos impactos negativos, para a saúde física e mental, da prática de uma alimentação baseada em fatores externos aos sinais de fome e saciedade.

Abordagens de comportamento alimentar baseadas em fatores internos

Face às consequências negativas supramencionadas, alguns estudos questionam se seguir uma alimentação com base em sinais externos, é realmente útil e eficaz para o controlo de uma ingestão alimentar e peso corporal adequado, assim como, para a promoção de uma vida mais saudável (Bacon & Aphramor, 2011; Schaefer & Magnuson, 2014). Deste modo, a literatura tem investigado a eficácia de novas abordagens de comportamento alimentar, como a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente, que se baseiam na premissa de confiar nos sinais fisiológicos, e rejeitar todos os fatores externos que se sobrepõem aos sinais de fome e saciedade (Albert & Raes, 2012; Anderson, Reily & Schaumberg, 2015).

A Alimentação Intuitiva diz respeito a uma abordagem de comportamento alimentar anti-dietas, desenvolvida em 1995, pelas nutricionistas Evelyn Tribole e Elyse Resch. Estas profissionais verificavam que as pessoas que tentavam perder peso, maioritariamente através de dietas restritivas, acabavam frequentemente por chegar até elas com o peso inicial ou superior, e para além disso, estavam a gerar-se consequências sérias para a sua saúde mental. A relação que estas pessoas começavam a desenvolver com a comida era geradora de muitos receios, fobias e crenças distorcidas, sendo que, a alimentação passou a ser um problema nas suas vidas com o qual era complicado lidar (Tribole & Resch, 2012).

Assim, as autoras conceptualizaram a Alimentação Intuitiva como uma abordagem de comportamento alimentar, em que a ingestão alimentar se baseia nos sinais de fome

fisiológica e nos sinais de saciedade, contrariamente a uma alimentação que é influenciada por fatores externos (i.e. fatores sociais, ambientais e emocionais) (Hawks et al., 2004; Tribole & Resch, 2012). Esta abordagem destina-se essencialmente a estimular a capacidade dos indivíduos se conectarem com os seus sinais fisiológicos (i.e., de fome e de saciedade), e a promover a consciencialização e a aceitação das reações internas do corpo, como as sensações físicas, as emoções e os pensamentos. Esta consciência das sensações corporais vai auxiliar no reconhecimento dos sinais de fome e de saciedade, diminuindo o risco de padrões alimentares desajustados, que impedem a existência de uma relação pacífica com a comida e/ou com o corpo (Duarte, Pinto-Gouveia & Mendes, 2016; Tribole & Resch, 2012). Aliás, a premissa fundamental de uma Alimentação Intuitiva, é favorecer uma relação positiva e saudável com a alimentação, sendo a saúde um valor indispensável na vida de qualquer indivíduo (Tribole & Resch, 2012).

A Alimentação Intuitiva caracteriza-se por uma dinâmica mente-corpo, defendendo essencialmente que, se os sujeitos “ouvirem” os sinais do corpo, certamente saberão o que comer e quando comer, em prol de uma alimentação nutritiva, um peso saudável e um padrão de comportamento alimentar normativo, o que é benéfico para o bem-estar físico e psicológico (Van Dyke & Drinkwater, 2014; Hawaks et al., 2005).

Visto isto, importa salientar que a Alimentação Intuitiva é descrita a partir de um conjunto de 10 princípios, propostos por Evelyn Tribole e Elyse Resch. Estes princípios não são encarados pela autoras como regras, mas são princípios que orientam o caminho de quem deseje incluir este tipo de abordagem na sua vida, sendo propostos juntamente com exercícios teóricos e práticos, que têm como finalidade desafiar os indivíduos a aplicá-los progressivamente no seu quotidiano. Concretamente, têm como objetivo ajudar o indivíduo a estar em maior sintonia com o corpo, apto a ouvi-lo e a responder às sensações físicas, e auxiliam na remoção de obstáculos que impedem este processo, que surgem, muitas das vezes, sob a forma de regras, crenças ou pensamentos (Tribole & Resch, 2012).

Esta abordagem é descrita a partir de um conjunto de 10 princípios propostos pelas autoras: (a) Rejeitar a “mentalidade de dieta” enraizada na sociedade, sem foco no peso, mas sim no comportamento alimentar e em como a pessoa se sente; (b) Honrar os sinais de fome; (c) Permissão incondicional para comer; (d) Desafiar regras/rótulos, crenças e valores (auto-) impostos relativamente à comida; (e) Reconhecimento e respeito pelos sinais de saciedade; (f) Descobrir a satisfação na experiência alimentar, encarando a comida além da sua componente

fisiológica; (g) Lidar com as emoções sem recorrer à comida; (h) Prática de exercício físico e descoberta dos seus benefícios, tendo como propósito o bem-estar; (i) Respeito pelo corpo e a importância do autocuidado, para além da aparência física; e (j) Compreensão da importância da nutrição e do seu papel na saúde, sem fundamentalismos.

Estes princípios não são encarados como regras, mas destinam-se a orientar o caminho de quem deseje incluir este tipo de abordagem na sua vida. Têm como objetivo ajudar o indivíduo a estar em maior sintonia com o corpo, apto a ouvi-lo e a responder às sensações físicas, e na remoção de obstáculos que impedem este processo e que surgem, muitas das vezes, sob a forma de regras, crenças ou pensamentos (Tribole & Resch, 2012).

O primeiro princípio convida o indivíduo a rejeitar a “mentalidade de dieta”, fortemente enraizada na sociedade. Como referido anteriormente, a prática de dieta revela-se pouco eficaz na perda e manutenção do peso a longo prazo, para além de ser considerada desadaptativa, associando-se a sentimentos de falha e ineficácia, perda de controlo ou a uma mentalidade demasiado rígida. O segundo princípio incita a honrar os sinais de fome, sendo importante distinguir a fome fisiológica de outras necessidades, que se manifestam sob a forma de pensamentos ou estados emocionais disfarçados de fome. Os padrões alimentares que ignorem estes sinais são desencorajados nesta abordagem (i.e., planos alimentares com regras e/ou proibições, comer na ausência de fome ou ter horas fixas para comer) (Thomas, 2019; Tribole & Resch, 2012).

Por sua vez, o terceiro princípio, fomenta a existência de uma relação pacífica com a comida, o que pressupõe a inexistência de um pedido de permissão para comer. Isto é, devemos comer de forma plena, sem julgamentos, culpa ou vergonha. Aliás, o princípio seguinte encoraja-nos a desafiar o nosso polícia alimentar, ou seja, o conjunto de vozes que estão muitas vezes presentes na nossa mente, e que são representativas dos pensamentos, das crenças e dos valores relativos às questões alimentares. Muitas vezes, catalogamos os alimentos como bons e maus, aproximando-nos da possibilidade de nos rotularmos a nós mesmos como melhores ou piores. Portanto, este quarto princípio fomenta um estado de consciência ao nível dos diálogos internos sobre a comida, promovendo a compreensão da sua origem e o seu impacto sobre nós (Thomas, 2019; Tribole & Resch, 2012).

O quinto princípio apela ao reconhecimento e ao respeito dos sinais de saciedade, implicando uma aprendizagem e definição individual do que é sentir-se confortavelmente

saciado. Para tal, é essencial honrarmos a fome e dar-nos permissão para comer de forma plena. Posto isto, o sexto princípio foca-se em descobrir a satisfação na experiência alimentar. Comer é uma experiência que nos dá prazer, devendo constituir-se como um fator de satisfação, embora na nossa cultura, seja considerada uma questão de disciplina e de nutrição, em que o prazer é muitas vezes considerado pejorativo. Devemos pensar nos alimentos além da sua componente fisiológica, pois é importante comer o que desejamos, e sentirmo-nos satisfeitos e felizes connosco e com o que nos rodeia (Thomas, 2019; Tribole & Resch, 2012).

O sétimo princípio, implica lidar com as emoções sem recorrer à comida. Isto é, comer não é um ato isolado, e facilmente pode ser reconhecida a ligação entre emoções e comida, sendo que, comer como forma de conforto ou distração, evitando lidar diretamente com emoções negativas, é algo intrínseco e que deve ser aceite. A Alimentação Intuitiva promove essencialmente uma consciência das emoções, identificando o papel que a comida desempenha. Por sua vez, o oitavo princípio passa pelo respeito pelo nosso corpo, pois mais do que a aparência física, é de relevar a importância da prática do autocuidado e da saúde. O propósito não tem que ver com peso corporal ou aparência física (Thomas, 2019; Tribole & Resch, 2012).

Assim, o penúltimo princípio, desafia-nos a fazer exercício físico e a descobrir as suas sensações benéficas, sem termos um propósito final, como a perda de peso ou qualquer outro objetivo pré-estabelecido. O objetivo é inculcar o auto cuidado e uma maior conexão com o corpo. Por último, o décimo princípio é designado como nutrição gentil, apelando à compreensão da importância de uma boa nutrição, mas sem fundamentalismos. É importante escolher aquilo que comemos em função do nosso bem-estar, não só físico, mas também emocional e social, respeitando as nossas vontades e os nossos desejos (Thomas, 2019; Tribole & Resch, 2012).

De notar que a prática de uma Alimentação Intuitiva parece estar associada à manutenção de um peso saudável, e a outros indicadores que promovem melhores níveis de saúde e bem-estar físico e psicológico (Hawks et al., 2005; Tylka, 2006). Entre os diversos benefícios desta abordagem para a saúde destacam-se: entre os quais: (a) a diminuição de alguns sintomas de comportamento alimentar perturbado; (b) o aumento de comportamentos alimentares adaptativos e saudáveis; (c) a diminuição das práticas de dieta e restrição; (d) a diminuição de comportamentos não saudáveis e extremos para controlado peso; e (e) melhorias ao nível da ansiedade, da depressão, da autoestima, de sentimentos de ineficácia, do

bem-estar emocional (diminuição da ingestão emocional) e da imagem corporal. Aliás, a restrição cognitiva e a alimentação intuitiva, apresentam uma relação negativa e significativa, pelo que, o comportamento de restrição se pode constituir uma importante barreira na prática de uma Alimentação Intuitiva (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015).

A Alimentação Intuitiva associa-se igualmente a comportamentos alimentares mais ajustados, com menor probabilidade de envolvimento em comportamentos alimentares de risco, como a ingestão compulsiva (Schaefer & Magnuson, 2014; Tylka, 2006). Além disso, também a frequência de comportamentos de ingestão emocional diminui quando associados à prática de uma Alimentação Intuitiva (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015; Cole & Horacek, 2010; Kerin, Webb & Zimmer-Gembeck, 2019). Uma ingestão emocional implica a exposição a fatores de *stress*, o que conduz à perda de controlo da ingestão, e desinibição alimentar como resposta de adaptação à situação (Guenter, 2000; Rebelo & Leal, 2007). De acordo com Tylka (2006), comportamentos de alimentação emocional surgem inversamente associados à prevalência de comportamentos de alimentação intuitiva. Esta abordagem de comportamento alimentar surge igualmente associada a um menor índice de massa corporal, assim como a uma alimentação mais nutritiva e variada (i.e., aumento do consumo de frutas e vegetais), e a padrões de comportamento alimentar mais saudáveis (Smith & Hawaks, 2014; Van Dyke & Drinkwater, 2014).

Apesar destas vantagens, a literatura ao nível da Alimentação Intuitiva revela-se pouco clara, sendo que, por um lado uma Alimentação Intuitiva tem sido apontada como eficaz na manutenção do peso (Tylka, Calogero & Daniélsdóttir, 2019; Van Dyke & Drinkwater, 2014). Todavia, por outro lado, alguns autores referem que esta abordagem também está associada a uma manutenção do peso em indivíduos com sobrepeso e obesidade, logo, pode não ser eficaz para a perda de peso destes indivíduos (Tylka, Calogero & Daniélsdóttir, 2020; Van Dyke & Drinkwater, 2014). Alguns autores têm levantado inclusive a hipótese de que, uma Alimentação Intuitiva pode não surtir os efeitos esperados, conduzindo os indivíduos a não acreditar nos sinais fisiológicos, deixando de os considerar benéficos para a regulação emocional (Anderson, Reily & Schaumberg, 2015; Bruce & Ricciardelli, 2016). Segundo Cole & Horacek (2010), os indivíduos que apresentam um padrão de alimentação emocional, têm maior predisposição para comportamentos desordenados, tais como padrões de ingestão compulsiva. Esta relação parece ser mediada pela prática de uma Alimentação Consciente

(i.e., estar distraído a fazer outras atividades em simultâneo), que surge associada a um aumento compulsivo da frequência de ingestão alimentar.

A literatura tem ainda realçado diferenças entre sexos ao nível da alimentação intuitiva, sendo que as mulheres tendem a apresentar menor prevalência de comportamentos de Alimentação Intuitiva que os homens (Camilleri et al., 2015; Smith et al., 2020). Tal poderá estar relacionado com a elevada pressão social experienciada pelo sexo feminino, relativamente à necessidade de cumprimento de padrões e ideias de beleza, e com a insatisfação que as mulheres sentem relativamente aos seus corpos.

Deste modo, estas acabam por se desligar dos sinais fisiológicos, e estarem mais atentas a fatores externos (Smith et al., 2020). Portanto, é importante explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e de saúde e os níveis de Alimentação Intuitiva, dado que, poderão ter implicações na prática desta abordagem e no seu nível de eficácia, auxiliando no planeamento e melhoramento de intervenções na área do comportamento alimentar.

A Alimentação Consciente

A Alimentação Consciente, assim como a Alimentação Intuitiva, privilegia o reconhecimento dos sinais de fome e saciedade (Moor, Scott & McIntosh, 2013), tendo sido igualmente investigada enquanto uma resposta na promoção de comportamentos alimentares adaptativos, associando-se a bons indicadores de bem-estar físico e psicológico (Kerin, Webb & Zimmer-Gembeck, 2019; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

A noção de Alimentação Consciente (*mindful eating*), teve origem no conceito de *mindfulness*, definido por Kabat-Zinn (1990), como o prestar atenção de uma forma particular: com um propósito, focada no momento presente e sem julgamento. O *mindfulness* pode ser visto como um traço de personalidade, um estado de consciência ou um objetivo atingido através da meditação *mindfulness*, uma das suas práticas variantes (Bishop et al 2004., Le & Langer, 2014). Esta prática permite-nos observar e ter consciência do momento presente, bem como dos nossos pensamentos e sentimentos, associando-os a uma abertura e à aceitação dos mesmos (Kabat-Zinn, 2015). Nos últimos 20 anos, a prática de abordagens baseadas no *mindfulness* tem aumentado na comunidade científica (Bishop et al., 2004).

Posto isto, também podemos aplicar o *mindfulness* à comida e à relação que os indivíduos desenvolvem com a mesma. A Alimentação Consciente é definida como um

estado de consciência e atenção às sensações físicas e emocionais, antes, durante e após o ato de comer, fazendo uso dos sentidos. Nisto está implícito o reconhecimento dos sinais de fome e saciedade, o que é congruente com os princípios de uma Alimentação Intuitiva (Moor, Scott & McIntosh, 2013; Kristeller & Quillian-Wolever, 2010;). De acordo com Kristeller e Hallet (1999), uma Alimentação Consciente implica que estejamos atentos às nossas escolhas alimentares, às respostas de fome e saciedade, e à forma como os alimentos interagem com os nossos sentidos. Para além disso, não devem existir julgamentos ou comentários a interferir neste processo.

Uma vez que a Alimentação Consciente se destina a aumentar a consciência do momento presente, identificando variáveis externas e emocionais aos sinais de fome e saciedade, a capacidade de regular e controlar fenómenos aumenta. Assim, uma Alimentação Consciente está associada a uma diminuição das práticas de comportamento alimentar desajustadas (Warren, Smith & Ashwell, 2017). Os níveis de Alimentação Consciente têm impacto direto nas escolhas alimentares, estando associados a uma redução do consumo de doces, a hábitos alimentares mais saudáveis e a uma adequação da quantidade de comida que é ingerida (Mason et al., 2015; Warren, Smith & Ashwell, 2017). Tal como a Alimentação Intuitiva, também a Alimentação Consciente está associada a um decréscimo do índice de massa corporal (Durukan & Gul, 2019; Moor, Scott & McIntosh, 2013), e é considerada uma abordagem eficaz na manutenção do peso e no combate à obesidade e ao excesso de peso (Dunn et al., 2018).

Além de indicadores de bem-estar físico, a Alimentação Consciente está também associada a benefícios para a saúde psicológica. Esta abordagem fomenta a conexão mente-corpo, que se traduz na prática de condutas alimentares mais saudáveis, com uma diminuição dos comportamentos de restrição (Warren, Smith & Ashwell, 2017). Também são reportadas melhorias ao nível do *stress* e depressão, e a desinibição alimentar e ingestão compulsiva alimentar parecem diminuir, evidenciando-se maiores níveis de bem-estar emocional, com uma diminuição dos afetos negativos e um aumento do bem-estar com a imagem corporal (Dalen et al., 2010; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Relativamente à prevalência dos níveis de Alimentação Consciente na população, encontramos igualmente diferenças em função do sexo. As mulheres reportam níveis mais elevados de Alimentação Consciente do que os homens, nomeadamente em todas as subescalas do questionário de Alimentação Consciente, exceto na dimensão da desinibição

(Berdal, 2012; Durukan & Gul, 2019). Contudo, os estudos ainda não são consistentes, e outros autores sublinham o facto de as mulheres estarem menos propensas a confiar nos seus sinais de fome e saciedade, comparativamente aos homens (Denny et al., 2013).

Relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente

Dada a literatura que foi anteriormente mencionada, ambas as abordagens de Alimentação Intuitiva e Alimentação Consciente, aparecem descritas com benefícios muito semelhantes para a saúde, sendo muitas vezes confundidas e englobadas uma na outra. Desta forma, parece importante estudar as relações entre os constructos e as dimensões de cada uma destas abordagens de comportamento alimentar, a fim de perceber quais as implicações práticas da sua utilização em conjunto ou separadamente. Aliás, a literatura ao nível da relação entre a Alimentação Intuitiva e a Alimentação Consciente também se tem revelado pouco clara.

Por um lado, Anderson e colaboradores (2016), concluíram que não existia qualquer correlação nas pontuações totais das escalas de Alimentação Intuitiva e do questionário de Alimentação Consciente, pelo que parece não existir nenhum tipo de relação entre os dois construtos. No entanto, alguns autores salientam a relação entre a Alimentação Consciente e algumas das dimensões da escala de Alimentação Intuitiva. Assim, pode considerar-se que estes construtos são semelhantes, na medida em que se relacionam em algumas das suas dimensões (Gast & Hawks, 1998; Warren, Smith & Ashwell, 2017).

Além disso, outros estudos da literatura concluíram ainda que, para além de existirem relações entre as diferentes dimensões dos construtos, o conceito de Alimentação Consciente é mais abrangente e compreende a alimentação intuitiva. Especificamente, a Alimentação Consciente parece integrar nomeadamente a componente de não julgamento das sensações físicas e das emoções que surgem ao longo do ato de comer (Framson et al., 2009; Kerin, Webb & Gembeck, 2019; Mathieu, 2009). Contrariamente, Tribble e Resch (2012), indicam que o conceito de Alimentação Intuitiva é que é mais abrangente, incluindo os princípios de uma alimentação consciente, sendo uma filosofia de vida que aborda também outras questões tais como, as distorções cognitivas e/ou comer de forma emocional. As autoras consideram a Alimentação Consciente como um processo de atenção e não julgamento face aquilo que se está a comer.

Até à data, não foi realizado nenhum estudo com amostras portuguesas, a fim de investigar se, realmente existe relação entre o construto de Alimentação Intuitiva e o de alimentação consciente, e caso exista, torna-se pertinente compreender qual o tipo de relação. De acordo com os benefícios que estas abordagens apresentam, é importante fomentar a sua prática, pelo que é útil compreender todas as possíveis relações, contribuindo assim para um melhor planeamento e intervenção, identificando outros potenciais fatores que possam ser protetores ou serem de evitar.

Anexo B - Consentimento Informado

Consentimento Informado

Este questionário destina-se a caracterizar o comportamento alimentar numa amostra portuguesa. Os participantes deste estudo serão adultos (homens e mulheres) entre os 18 e os 65 anos.

A sua participação é voluntária e muito útil, contudo poderá desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento sem quaisquer consequências. Não existem respostas certas ou erradas. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, destinando-se exclusivamente a fins de investigação.

Agradecemos, desde já, toda a atenção e disponibilidade prestadas, estando ao dispor para a prestação de quaisquer informações adicionais que se façam necessárias.

Caso concorde ou não em participar voluntariamente neste estudo, por favor selecione a opção abaixo:

Li a informação acima e aceito participar no estudo.

Li a informação acima e não aceito participar no estudo.

Inês Rodrigues (25287@alunos.ispa.pt)

Anexo C - Exemplo do(s) instrumento(s)

Questionário Sócio-Demográfico

Idade: ____

Sexo:

Mulher Homem

Tem actualmente uma relação afectiva e/ou sexual?

Tenho uma relação e vivo com o/a meu/minha parceiro/a

Tenho uma relação mas não vivo com o/a meu/minha parceiro/a

Não tenho uma relação

Habilitações Literárias: grau académico completado mais elevado

1ºCiclo

2ºCiclo

3ºCiclo

Ensino Secundário

Licenciatura

Pós-Graduação ou Superior (Mestrado/Doutoramento)

Qual a sua situação profissional actual?

Empregado

Desempregado

Reformado

Estudante

Distrito de residência

Aveiro

Beja

Braga

Bragança

Castelo Branco

- Coimbra
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Porto
- Portalegre
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

IES-2 - Escala de Alimentação Intuitiva

Selecione o modo como as seguintes frases se aplicam ao seu caso:

1 - Tento evitar comidas ricas em gordura, hidratos de carbono ou calorias.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

2- Como quando estou sensível (por exemplo: ansioso/a, deprimido/a, triste), mesmo não estando com fome.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

3- Se tiver vontade de comer determinado alimento permito-me a comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

4- Fico triste comigo mesmo/a se como algo que não é saudável.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

5- Como quando me sinto sozinho/a, mesmo não estando com fome.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

6- Confio no meu corpo para me dizer quando comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

7- Confio no meu corpo para me dizer o que comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

8- Confio no meu corpo para me dizer o quanto comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

9- Tenho “comidas proibidas” às quais não me permito comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

10 - Acredito que o ato de comer ajuda-me a aliviar as minhas emoções negativas.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

11 - Como quando estou stressado/a, mesmo não tendo fome.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

12 - Consigo lidar com as minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

13 - Quando estou entediado/a, NÃO como alguma coisa só por comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

14 - Quando me sinto sozinho/a, NÃO uso a comida como uma forma de conforto.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

15 - Conheço outras formas, para além de comer, para lidar com o stress e a ansiedade.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

16 - Permito-me a comer a comida que tenho vontade naquele momento.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

17 - NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

18 - Maioritariamente, tenho vontade de comer refeições/alimentos nutritivos.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

19 - Principalmente, como alimentos que ajudam a que o meu corpo funcione bem.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

20 - Principalmente, como alimentos que dão ao meu corpo energia e vitalidade.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

21 - Confio na minha fome para me dizer quando comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

22 - Confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

23 - Confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

BES – Escala de Compulsão Alimentar

De seguida encontram-se 16 grupos de afirmações. Leia atentamente todas as afirmações de cada grupo e assinale com uma cruz a que melhor descreve a forma como se sente em relação às dificuldades que tem em controlar o seu comportamento alimentar. Escolha somente uma frase de cada grupo, respondendo a todos os grupos, não deixando nenhum grupo em branco.

0	Não me sinto constrangido/a com o meu peso ou com o tamanho do meu corpo, quando estou com outras pessoas.
1	Sinto-me preocupado/a com a imagem que passo aos outros, mas normalmente isso não me faz sentir desiludido/a comigo mesmo/a.
2	Fico constrangido/a com a minha aparência e peso, o que me faz sentir desiludido/a comigo mesmo/a.
3	Sinto-me muito constrangido/a com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e repugnância de mim próprio/a. Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento.

	Não tenho qualquer dificuldade em comer devagar e de maneira apropriada.
	Embora pareça que como depressa e vorazmente, no fim não me sinto empanturrado/a por ter comido demais.
	Por vezes tenho tendência a comer rapidamente e, depois, sinto-me desconfortavelmente cheio/a.
	Tenho o hábito de engolir a comida à pressa sem realmente a mastigar. Quando isto acontece, geralmente sinto-me desconfortavelmente cheio/a porque comi demais.

	Sinto-me capaz de controlar os meus impulsos para comer quando eu quero.
	Sinto que falhei no controlo da minha alimentação mais do que as outras pessoas.
	Sinto-me totalmente incapaz de controlar os meus impulsos para comer.
	Por me sentir tão incapaz de controlar o meu comportamento alimentar, entro em desespero quando tento manter o controlo.

	Não tenho o hábito de comer quando estou aborrecido/a.
	Por vezes como quando estou aborrecido/a mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar com outras coisas e não pensar em comida.
	Tenho o hábito regular de comer quando estou aborrecido/a,mas, de vez em quando, posso usar uma outra actividade para não pensar em comida.
	Tenho o forte hábito de comer quando estou aborrecido/a. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito.

	Geralmente, quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
	Às vezes, como algo por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
	Tenho o hábito regular de comer alimentos, que realmente não aprecio, para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente não necessite de comida.
	Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na minha boca que só parece ser satisfeita quando como um alimento, tipo uma sandes, que me encha a boca. Às vezes, quando como um alimento para satisfazer a minha “fome de boca”, cuspo de seguida a comida para não ganhar peso.

	Não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais.
	Às vezes, sinto culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais.
	Quase sempre sinto uma forte culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais.

	Não perco o controlo total da minha alimentação quando estou a fazer dieta, mesmo após períodos em que como demais.
	Por vezes quando estou a fazer dieta e como um “alimento proibido”, sinto-me como se tivesse estragado a dieta e como ainda mais.
	Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo/a: “agora que estraguei tudo, porque não ir até ao fim”. Quando isto acontece, como ainda mais.
	Tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas, mas quebro-as ao comer compulsivamente. A minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

	Raramente como comida a ponto de depois me sentir desconfortavelmente empanturrado/a.
	Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo por me sentir muito empanturrado/a.
	Ao longo do mês, tenho períodos regulares em que como grandes quantidades de comida, tanto às refeições como fora delas.
	Como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, por vezes, até um pouco enjoado/a.

	Em geral, a minha ingestão de calorias não sobre a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
	Às vezes, depois de comer demais, tento fazer dieta para reduzir a ingestão de calorias ao mínimo para compensar o excesso de calorias ingerido.
	Tenho o hábito regular de comer em excesso durante a noite. Parece que nunca tenho fome de manhã, mas como demais ao final do dia.
	Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente não como, seguido de outras em que como excessivamente. Como até não poder mais ou passo fome.

	Normalmente sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
	De vez em quando, sinto uma compulsão para comer que não consigo controlar.
	Frequentemente sinto um impulso intenso para comer que não sou capaz de controlar, mas noutras ocasiões, posso controlar os meus impulsos para comer.
	Sinto-me incapaz de controlar o impulso para comer. Tenho medo de não ser capaz de parar.

	Não tenho qualquer problema em parar de comer quando me sinto cheio/a.
	Geralmente consigo parar de comer quando me sinto cheio/a mas, de vez em quando, como em excesso o que me faz sentir desconfortável.
	A partir do momento em que começo a comer, tenho dificuldades em parar e geralmente sinto-me desconfortável depois de uma refeição.
	Como não consigo parar de comer quando quero, por vezes tenho de provocar o

	vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar esta sensação de enfiamento.
--	--

	Como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho/a.
	Por vezes, quando estou com outras pessoas, não como tanto como gostaria, por me sentir inibido.
	Quando estou com outras pessoas, frequentemente como só uma pequena quantidade de comida porque me sinto muito envergonhado/a.
	Sinto-me tão envergonhado/a por comer demais que o faço quando sei que ninguém, vai ver. Sinto que ando a comer às escondidas.

	Como as três refeições por dia, com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
	Como três refeições por dia mas, normalmente, também lanche entre as refeições.
	Quando faço lanches pesados, tenho o hábito de saltar as refeições principais.
	Há alturas em que parece que estou continuamente a comer, não faço as refeições principais.

	Não penso muito em tentar controlar os meus impulsos para comer.
	Parte do meu tempo, penso em como controlar o meu impulso para comer.
	Frequentemente, sinto que gasto muito tempo a pensar no quanto comi ou a tentar não comer mais.
	Parece que a maior parte do tempo que passo acordado/a, estou ocupado/aa pensar o que devo ou não comer. Sinto-me como se estivesse constantemente numa luta para não comer.

	Não penso muito em comida.
	Tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
	Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
	Na maioria dos dias, os meus pensamentos parecem estar ocupados com comida. Sinto-me como se vivesse para comer.

	Geralmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Como a quantidade certa de comida para me satisfazer.
	Por vezes fico na dúvida se estou ou não com fome. Nessa altura é difícil saber quanta comida devo ingerir para ficar satisfeito/a.
	Embora saiba quantas calorias devo ingerir, não teria ideia do eu é uma quantidade “normal” de comida para mim.

MEQ – Questionário de Alimentação Consciente

Responda, por favor, às afirmações que se seguem tendo em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à sua alimentação. Assinale a frequência em que cada situação descrita acontece consigo.

	Nunca/ Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre/ Quase sempre
1. Como de forma tão rápida que não aprecio o sabor daquilo que estou a comer				
2. Quando como num restaurante buffet/ (à vontade) geralmente exagero	() Marque se nunca come em buffets. Neste caso, não responda o item 2			
3. Numa festa onde tenho à disposição grande quantidade de comida que considero deliciosa, percebo quando quero comer mais do que devia				
4. Percebo quando os anúncios publicitários sobre comida me deixam com vontade de comer				
5. Quando peço algo num restaurante e sou servido/a com uma porção muito grande, paro de comer quando estou satisfeito/a				
6. Penso noutras coisas enquanto estou a comer				
7. Quando estou a comer algum dos meus alimentos favoritos, não percebo quando já comi o suficiente				
8. Noto quando fico com vontade de comer pipocas ou doces apenas por ter entrado no cinema				
9. Independente do meu nível de fome, se não for muito mais caro, peço a opção com maior quantidade de comida/bebida				
10. Noto a presença de sabores quase imperceptíveis nos alimentos que como				
11. Se sobra comida que gosto, repito mesmo que esteja satisfeito/a				
12. Noto quando fico relaxado/a por ter feito uma refeição agradável				
13. Como “junk food” (e.g., salgados, biscoitos, etc.) sem estar consciente de que o estou a comer				
14. Noto quando me sinto pesado/a ou lento/a por ter feito uma grande refeição				

15. Mesmo quando estou a comer algo que gosto realmente, paro de comer quando estou satisfeito/a				
16. Aprecio a apresentação/ aspeto do meu prato				
17. Quando me sinto stressado/a no trabalho/faculdade/escola, procuro algo para comer				
18. Se ainda houver comida que considero deliciosa numa festa, continuo a comer mesmo depois de estar satisfeito/a				
19. Quando estou triste, como para me sentir melhor				
20. Noto quando os alimentos e bebidas estão doces demais				
21. Antes de comer, gosto de sentir o cheiro e prestar atenção às cores dos alimentos				
22. Saboreio cada pequena parte dos alimentos que como				
23. Percebo quando estou a comer sem ter fome	() Marque se nunca come quando não está com fome. Neste caso, não responda ao item 23			
24. Noto quando estou a comer doces só porque eles estão por perto e disponíveis				
25. Quando estou num restaurante sou capaz de dizer se a quantidade de comida servida é muito grande para mim				
26. Noto quando aquilo que eu como afeta o meu estado emocional				
27. Para mim é muito difícil ficar sem comer doces, salgados, biscoitos, quando os tenho em casa				
28. Penso nas coisas que tenho para fazer enquanto estou a comer				

TFEQ-R21 - Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar

Este questionário contém afirmações e questões sobre hábitos alimentares e sensações de fome. Leia cuidadosamente cada afirmação e responda colocando uma X na alternativa que melhor se aplica a si.

1. Consumo deliberadamente porções pequenas para controlar o meu peso.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

2. Quando me sinto ansioso/a começo a comer.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

3. Às vezes, quando começo a comer parece-me que não consigo parar.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

4. Quando me sinto triste é frequente comer demais.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

5. Não como certos alimentos porque me fazem engordar.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

6. Estar com alguém que está a comer, faz frequentemente com que eu queira comer também.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

7. Quando me sinto tenso/a ou stressado/a é frequente sentir que preciso de comer.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

8. É frequente ficar tão esfomeado /aque meu estômago parece um buraco sem fundo.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

9. Estou sempre com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de acabar o que tenho no prato.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes

Completamente falso

10. Quando me sinto só consolo-me a comer

Completamente verdadeiro

Verdadeiro, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Completamente falso

11. Contenho-me no que como às refeições para evitar ganhar peso.

Completamente verdadeiro

Verdadeiro, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Completamente falso

12. Quando sinto o cheiro de um alimento que considero saboroso, ou vejo um alimento com um aspecto delicioso, tenho muita dificuldade em evitar comê-lo, mesmo que tenha terminado de comer há muito pouco tempo.

Completamente verdadeiro

Verdadeiro, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Completamente falso

13. Tenho sempre fome o suficiente para comer a qualquer momento.

Completamente verdadeiro

Verdadeiro, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Completamente falso

14. Se me sinto nervoso /a, tento acalmar-me comendo.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

15. Quando vejo um alimento que me parece delicioso, normalmente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

16. Quando me sinto deprimido/a tenho vontade de comer.

- Completamente verdadeiro
- Verdadeiro, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Completamente falso

17. Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores?

- Quase nunca
- Raramente
- Normalmente
- Quase sempre

18. Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que realmente gostaria de comer?

- Não provável
- Pouco provável
- Moderadamente provável

Muito provável

19. Tem episódios em que come compulsivamente mesmo sem ter fome?

Nunca

Raramente

Às vezes

Pelo menos 1 vez por semana

20. Com qual frequência sente fome?

Só às refeições

Às refeições e por vezes entre as refeições

Às refeições e frequentemente entre as refeições

Quase sempre

21. Numa escala de 1 a 8, em que 1 significa comer sem qualquer contenção, alimentar e 8 comer com total contenção, assinale o número que melhor traduz o seu comportamento.

Comer sem qualquer contenção	2	3	4	5	6	7	Comer com total contenção
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

Questionário de saúde

Saúde geral, peso e alimentação

Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim___ Não___

Se sim, qual (quais)? _____

Teve recentemente algum problema psicológico? Sim___ Não___

Qual o seu peso atual?_____kg

E a sua altura?_____m

Tem alguma alergia e/ou intolerância alimentar? Sim___ Não___

Qual(is):_____

Encontra-se actualmente a fazer algum tipo de restrição alimentar ou calórica com o objectivo de perder ou manter o peso actual? Sim___ Não___

Teve no passado ou tem actualmente algum diagnóstico de perturbação alimentar? Sim___ Não___ Se sim, qual? _____

Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou drogas com o intuito de perder peso? Sim___ Não___

Já fez dietas altamente restritivas a ponto de desmaiar ou ficar fraco/a, débil, carente de vários nutrientes? Sim___ Não___

Exercício físico

Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim___ Não___ Se sim, quantas vezes por semana exercita? _____

Especificidades da dieta

Relativamente às suas escolhas alimentares, classificaria a sua dieta como:

Omnívoro (consome alimentos de origem animal e vegetal) _____

Semi-vegetariano (ocasionalmente consome carne vermelha, aves e peixe) _____

Pesco-vegetariano (exclui carne vermelha e aves, mas consome peixe) _____

Ovo-lacto-vegetariano (exclui todo o tipo de carne, mas consome laticínios e ovos) _____

Vegano (exclui todo o tipo de alimentos de origem animal, incluindo mel e gelatina) _____

Frutívoro (alimenta-se exclusivamente de frutas (frescas e secas), frutos secos, grão, sementes e alguns vegetais) _____

Macrobiótico (uma forma de vida que orienta as escolhas individuais de alimentação, actividade e estilo de vida) _____

Outra. Especifique: _____

Assinale todos os alimentos que não consome:

Glúten (e.g., não consome trigo, cevada, centeio, etc.) _____

Lactose (e.g., não consome laticínios) _____

Açúcar (e.g., não consome açúcar refinado, doces, chocolates, etc.) _____

Sal _____

Produtos processados (e.g., não consome massas, arroz, cereais, etc.) _____

Carnes (e.g., não consome carne de vaca, de aves, de porco, etc.) _____

Peixes (e.g., não consome salmão, robalo, atum, etc.) _____

Gorduras (e.g., não consome azeite, óleos, etc.) _____

Nenhum _____

Responda às seguintes questões apenas se tiver alterado a sua dieta

Com que idade alterou a sua dieta (anos)? _____

Assinale a principal razão para ter mudado a sua dieta:

Razões de saúde _____

Razões sensoriais (e.g., paladar, textura.) _____

Razões ideológicas/políticas _____

Razões de influência (e.g., família, amigos, comunicação social.) _____

Razões ambientais/ecológicas _____

Protecção e bem-estar dos animais _____

Razões associadas ao peso _____

Razões espirituais/ religiosas _____

Outra. Especifique _____

Anexo D – Análise da Sensibilidade

Tabela 13

Análise da Sensibilidade

Escalas/Subescalas	Sig.	Skewness	Kurtosis
BES	,000***	15,82704	9,144296
UPE	,000***	-3,75601	0,521782
EPRER	,000***	-3,75989	-2,69991
RHSC	,000***	-6,76034	-0,72264
BFCC	,000***	-5,59052	-0,91101
IES_Total	,024*	-4,08941	0,749305
Dis	,000***	-10,0999	2,09026
Aware	,000***	-4,41861	-1,49884
EC	,000***	-3,49279	-3,19385
ER	,000***	-10,1655	0,642989
Desinibição	,000***	-10,0999	2,09026
Distra	,000***	1,516567	-5,25136
MEQ_Total	,044*	-0,89634	4,674209
Alim. Emocional	,000***	7,338399	-2,96784
Rest. Cognitiva	,000***	-0,62472	-3,3789
Desc. Alimentar	,000***	10,40229	3,819535

Nota. Alim Emocional – Alimentação Emocional; Rest Cognitiva – Restrição Cognitiva; Desc Alimentar – Descontrole Alimentar; BES - Escala de Compulsão Alimentar; BFCC - Congruência Corpo-Alimentação; EPRER – Comer por Razões Físicas e não Emocionais; IES-2 – Escala de Alimentação Intuitiva; RHSC – Confiança nos Sinais de Fome e Saciedade; UPE – Permissão Incondicional para Comer; Aware – Consciência; Dis – Desinibição; Distra – Distração; Desc. Alimentar – Descontrole Alimentar; EC – Comer com Base em Pistas Externas; ER – Resposta Emocional; MEQ – Questionário de Alimentação Consciente

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Referências

- Abdella, H., El Farssi, H., Broom, D., Hadden, D., & Dalton, C. (2019). Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. *Nutrients*, *11*(2), 377. <https://doi.org/10.3390/nu11020377>
- Alalwan, T. A., Hilal, S. J., Mahdi, A. M., Ahmed, M. A., & Mandeel, Q. A. (2019). Emotional eating behavior among University of Bahrain students: A cross-sectional study. *Arab Journal of Basic and Applied Sciences*, *26*(1), 424–432. <https://doi.org/10.1080/25765299.2019.1655836>
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, *58*(3), 847–851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Almeida, C. C., & Assumpção, A. A. (2018). A Eficácia do Mindfl Eating para Transtornos Alimentares e Obesidade: Revisão Integrativa. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, *3*(6), 25–36.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, D. A., Schaumberg, K., Anderson, L. M., & Reilly, E. E. (2015). Is level of intuitive eating associated with plate size effects? *Eating Behaviors*, *18*, 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.005>
- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S., & Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 83–90. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0210-3>
- Aphramor, L., & Gingras, J. (2009). That remains to be said: Disappeared feminist discourses on fat in dietetic theory and practice. *The Fat Studies Reader*, 97–105
- Arguedas, A. A. (2020). “Can naughty be healthy?”: Healthism and its discontents in news coverage of orthorexia nervosa. *Social Science & Medicine*, *246*, 112784.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112784>

- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79–90. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199507\)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v)
- Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 110–125. <https://doi.org/10.1037/a0022129>
- Bailly, N., Maitre, I., Amanda, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, 59(3), 853–858. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.029>
- Balaias, D. M. A. S., (2009). Quando as emoções comandam a fome. *Peritia: Revista portuguesa de psicologia*, 7, 1-4
- Barrada, J. R., Cativiela, B., van Strien, T., & Cebolla, A. (2020). Intuitive Eating: A Novel Eating Style? Evidence From a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1), 19–31. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000482>
- Beaulieu, K., & Blundell, J. (2020). The Psychobiology of Hunger – A Scientific Perspective. *Topoi*. <https://doi.org/10.1007/s11245-020-09724-z>
- Bellisle, F. (2009). Deux questionnaires valides pour mesurer des aspects de la motivation à manger qui peuvent affecter le contrôle pondéral. *L'Encéphale*, 35(2), 182–185. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.03.009>
- Berdal, L. (2012). Mindful Eating: Is There a Relationship among Gender, Age, Physical Activity, Grade Level, Focus of Academic Major and Eating Mindfulness among College Students. *Undefined*. </paper/Mindful-Eating%3A-Is-There-a-Relationship-among-Age%2C-Berdal/648c2d17283bce19e55bde10817c694679838ba8>
- Berge, J. M., Wall, M., Neumark-Sztainer, D., Larson, N., & Story, M. (2010). Parenting Style and Family Meals: Cross-Sectional and 5-Year Longitudinal Associations. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(7), 1036–1042.

<https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.04.011>

- Bibiloni, M. del M., Coll, J. L., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. A. (2017). Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health*, *17*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3919-7>
- Bilici, S., Ayhan, B., Karabudak, E., & Koksall, E. (2020). Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults. *Nutrition Research and Practice*, *14*(1), 70–75. <https://doi.org/10.4162/nrp.2020.14.1.70>
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3 Pt 2), 539–549
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *71*(5), 1054–1061. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1054>
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *78*(2), 215–220. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.2.215>
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, *36*(3), 201–210. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0398>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blundell, J. (1991). Pharmacological approaches to appetite suppression. *Trends in Pharmacological Sciences*, *12*, 147–157. [https://doi.org/10.1016/0165-6147\(91\)90532-W](https://doi.org/10.1016/0165-6147(91)90532-W)
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, *19*(3),

261–271. <https://doi.org/10.1093/her/cyg040>

- Brown, S. (2017). 'Tidy, toned and fit': Locating healthism within elite athlete programmes. *Sport, Education and Society*, 22(7), 785–798. <https://doi.org/10.1080/13573322.2015.1085851>
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80239-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80239-4)
- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454–472. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012>
- Brunstrom, J. M., & Mitchell, G. L. (2006). *Effects of distraction on the development of satiety*. 9
- Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Sautron, V., Hercberg, S., & Péneau, S. (2015). Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite*, 84, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.009>
- Carmody, T. P., Brunner, R. L., & Jeor, S. T. S. (1995). Dietary helplessness and disinhibition in weight cyclers and maintainers. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 247–256. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3<247::AID-EAT2260180306>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3<247::AID-EAT2260180306>3.0.CO;2-W)
- Caspi, C. E., Sorensen, G., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2012). The local food environment and diet: A systematic review. *Health & Place*, 18(5), 1172–1187. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.05.006>
- Chopra, S., Sharma, K. A., Ranjan, P., Malhotra, A., Vikram, NavalK., & Kumari, A. (2019). Weight management module for perimenopausal women: A practical guide for gynecologists. *Journal of Mid-Life Health*, 10(4), 165. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_155_19
- Clendenen, V. I., Herman, C. P., & Polivy, J. (1994). Social Facilitation of Eating Among

- Friends and Strangers. *Appetite*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1006/appe.1994.1030>
- Cole, R. E., & Horacek, T. (2010). Effectiveness of the My Body Knows When Intuitive-eating Pilot Program. *American Journal of Health Behavior*, 34(3)
- Conger, J. C., Conger, A. J., Costanzo, P. R., Wright, K. L., & Matter, J. A. (1980). The effect of social cues on the eating behavior of obese and normal subjects¹. *Journal of Personality*, 48(2), 258–271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1980.tb00832.x>
- Corbalán-Tutau, M. D., Madrid, J. A., & Garaulet, M. (2012). Timing and duration of sleep and meals in obese and normal weight women. Association with increase blood pressure. *Appetite*, 59(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.03.015>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 159–171
- Davison, K. M. (2013). The relationships among psychiatric medications, eating behaviors, and weight. *Eating Behaviors*, 14(2), 187–191. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.001>
- De Castro, J. M. (1990). Social facilitation of duration and size but not rate of the spontaneous meal intake of humans. *Physiology & Behavior*, 47(6), 1129–1135. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(90\)90363-9](https://doi.org/10.1016/0031-9384(90)90363-9)
- De Ridder, D., De Vet, E., Stok, M., Adriaanse, M., & De Wit, J. (2013). Obesity,

overconsumption and self-regulation failure: The unsung role of eating appropriateness standards. *Health Psychology Review*, 7(2), 146–165. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.706987>

Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, 60, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029>

Dovey, T. M. (2010). *Eating behaviour*. McGraw Hill/Open University Press. <http://site.ebrary.com/id/10441961>

Duarte, C., Pinto Gouveia, J., & Mendes, A. (2016). Psychometric properties of the Intuitive Eating Scale -2 and association with binge eating symptoms in a Portuguese community sample. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 329–341

Duarte, P.A.S., Palmeira, L. & Gouveia, J.P. (2018). The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: a confirmatory factor analysis in a Portuguese sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1- 10

Dunn, C., Haubenreiser, M., Johnson, M., Nordby, K., Aggarwal, S., Myer, S., & Thomas, C. (2018). Mindfulness Approaches and Weight Loss, Weight Maintenance, and Weight Regain. *Current Obesity Reports*, 7(1), 37–49. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0299-6>

Durukan, A., & Gül, A. (2019). Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 18, 100172. <https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2019.100172>

Elliott, C. (2014). “When my plate is empty”: Internal vs. external cues to meal cessation reported by children. *Food Quality and Preference*, 37, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2014.04.015>

Fay, S. H., & Finlayson, G. (2011). Negative affect-induced food intake in non dieting women is reward driven and associated with restrained–disinhibited eating subtype. *Appetite*, 56(3), 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.004>

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009).

- Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215–220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
- French, S. A., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. E., & Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*, 59(2), 541–549. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.07.001>
- Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832–844. <https://doi.org/10.1002/eat.22030>
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez, D., & Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutriciónhospitalaria: organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 27, 645–651. <https://doi.org/10.1590/S0212-16112012000200043>
- Gast, J., & Hawks, S. R. (1998). Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. *Health Education & Behavior*, 25(4), 464–473. <https://doi.org/10.1177/109019819802500405>
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657–663. <https://doi.org/10.1002/eat.20957>
- Girz, L. (2014). *Two Kinds of Overeating: Can We Distinguish Between Disinhibited Eating in Restrained Eaters and Simple Overeating That Occurs in Everyone?* [Thesis]. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/43568>

- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55
- Güenter, R. (2012). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 18(1), 59–70. <https://doi.org/10.14417/ap.422>
- Guertin, T. L., & Conger, A. J. (1999). Mood and forbidden foods' influence on perceptions of binge eating. *Addictive Behaviors*, 24(2), 175–193. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00049-5)
- Halford, J. C. G., & Blundell, J. E. (2000). Separate systems for serotonin and leptin in appetite control. *Annals of Medicine*, 32(3), 222–232. <https://doi.org/10.3109/07853890008998829>
- Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., & Harris, A. (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American Journal of Health Education*, 36(6), 331–336. <https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608206>
- Hawks, S., Merrill, R. M., & Madanat, H. N. (2004). The Intuitive Eating Scale: Development and Preliminary Validation. *American Journal of Health Education*, 35(2), 90–99. <https://doi.org/10.1080/19325037.2004.10603615>
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: Findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 287–294. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00852-4>
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1983). A Boundary Model for the Regulation of Eating. *Psychiatric Annals*, 13(12), 918–927. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19831201-03>
- Herman, C. P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior*, 94(5), 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.04.014>
- Herman, C. P., Polivy, J., Pliner, P., & Vartanian, L. R. (2019). *Social Influences on Eating*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-28817-4>

- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the Presence of Others on Food Intake: A Normative Interpretation. *Psychological Bulletin*, 129(6), 873–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873>
- Herman, C., & Polivy, J. (2005). Normative influences on food intake. *Physiology & Behavior*, 86(5), 762–772. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.08.064>
- Higgs, S., Williamson, A. C., & Attwood, A. S. (2008). Recall of recent lunch and its effect on subsequent snack intake. *Physiology & Behavior*, 94(3), 454–462. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.02.011>
- Hopkins, Blundell, J., Halford, J., King, N., & Finlayson, G. (2000). The Regulation of Food Intake in Humans. In K. R. Feingold, B. Anawalt, A. Boyce, G. Chrousos, W. W. de Herder, K. Dhatariya, K. Dungan, A. Grossman, J. M. Hershman, J. Hofland, S. Kalra, G. Kaltsas, C. Koch, P. Kopp, M. Korbonits, C. S. Kovacs, W. Kuohung, B. Laferrère, E. A. McGee, ... D. P. Wilson (Eds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278931/>
- Hsu, L., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa Das, S., Rand, W., Fairburn, C., Rolls, B., McCrory, M., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J., & Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26(10), 1398–1403. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802081>
- Hyman, M. (2018). *Food: What the heck should I eat?* <https://www.yourcloudlibrary.com>
- Hyman, M. (2018). *Food: What the heck should I eat?* <https://www.yourcloudlibrary.com>
- Ie, A., Ngnoumen, C. T., & Langer, E. J. (Eds.). (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness* (1.^a ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118294895>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). Binge Eating Among Gastric Bypass Patients at Long-term Follow-up.

Obesity Surgery, 12(2), 270–275. <https://doi.org/10.1381/096089202762552494>

- Kerin, J. L., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*, 132, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.011286-297>
- Kilpela, L. S., Becker, C. B., Wesley, N., & Stewart, T. (2015). Body image in adult women: Moving beyond the younger years. *Advances in Eating Disorders*, 3(2), 144–164. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1012728>
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.006>
- Lavender, J. M., & Mitchell, J. E. (2015). Eating Disorders and Their Relationship to Impulsivity. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 394–401. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0061-6>
- Ledin, P., & Machin, D. (2020). Multimodal Critical Discourse Analysis: How to Reveal Discourses of Health and Ethics in Food Packaging. Em L. Pauwels & D. Mannay, *The SAGE Handbook of Visual Research Methods* (pp. 500–513). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781526417015.n31>
- Leitão, M., Pimenta, F., Bernardino, A., Ferreira, P., & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar: Ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar. *Sintomas Alimentares, Cultura, Corpo e Obesidade*, 57

- Lesdéma, A., Fromentin, G., Daudin, J.-J., Arlotti, A., Vinoy, S., Tome, D., & Marsset-Baglieri, A. (2012). Characterization of the Three-Factor Eating Questionnaire scores of a young French cohort. *Appetite*, *59*(2), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.05.027>
- Lewis, T., & Phillipov, M. (2018). Food/media: Eating, cooking, and provisioning in a digital world. *Communication Research and Practice*, *4*(3), 207–211. <https://doi.org/10.1080/22041451.2018.1482075>
- Liguori, C. A., Nikolaus, C. J., & Nickols-Richardson, S. M. (2020). Cognitive Distraction at Mealtime Decreases Amount Consumed in Healthy Young Adults: A Randomized Crossover Exploratory Study. *The Journal of Nutrition*, *150*(5), 1324–1329. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa022>
- Lupton, D., & Feldman, Z. (Eds.). (2020). *Digital food cultures*. Routledge.
- Madden, C. E., Leong, S. L., Gray, A., & Horwath, C. C. (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *PublicHealthNutrition*, *15*(12), 2272–2279. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000882>
- Mark Hopkins, Blundell, J., Halford, J., King, N., & Finlayson, G. (2000). The Regulation of Food Intake in Humans. Em K. R. Feingold, B. Anawalt, A. Boyce, G. Chrousos, W. W. de Herder, K. Dhatariya, K. Dungan, A. Grossman, J. M. Hershman, J. Hofland, S. Kalra, G. Kaltsas, C. Koch, P. Kopp, M. Korbonits, C. S. Kovacs, W. Kuohung, B. Laferrère, E. A. McGee, ... D. P. Wilson (Eds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278931/>
- Marôco J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Marques, S. I. P. (2013). *Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno*. 121
- Mata, J., Frank, R., & Hertwig, R. (2015). Higher body mass index, less exercise, but healthier eating in married adults: Nine representative surveys across Europe. *Social Science & Medicine*, *138*, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.001>

- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982–1987. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.023>
- Mikolajczyk, R. T., El Ansari, W., & Maxwell, A. E. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*, 8(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-8-31>
- Mitchell, G. L., & Brunstrom, J. M. (2005). Everyday dietary behaviour and the relationship between attention and meal size. *Appetite*, 45(3), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.06.001>
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3>
- Nagler, R. H. (2014). Adverse Outcomes Associated With Media Exposure to Contradictory Nutrition Messages. *Journal of Health Communication*, 19(1), 24–40. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.798384>
- Natacci, L. C., & Ferreira Júnior, M. (2011). The threefactor eating questionnaire – R21: Tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383–394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
- Nevin, S. M., & Vartanian, L. R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0168-9>
- O'Neill, K., & Silver, D. (2017). From Hungry to Healthy: Simmel, Self-Cultivation and the Transformative Experience of Eating for Beauty. *Food, Culture & Society*, 20(1), 101–132. <https://doi.org/10.1080/15528014.2016.1243765>
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior* (2nd ed). Chichester West Sussex UK: Willey-Blackwell
- Ogden, J., Coop, N., Cousins, C., Crump, R., Field, L., Hughes, S., & Woodger, N. (2013). Distraction, the desire to eat and food intake. Towards an expanded model of mindless eating. *Appetite*, 62, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.023>

- Oldham-Cooper, R. E., Hardman, C. A., Nicoll, C. E., Rogers, P. J., & Brunstrom, J. M. (2011). Playing a computer game during lunch affects fullness, memory for lunch, and later snack intake. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *93*(2), 308–313. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.004580>
- Paquette, M.-C. (2005). Perceptions of healthy eating: State of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, *96 Suppl 3*, S15-19, S16-21.
- Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *97*(6), 1307–1313. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.054916>
- Peters, J., Parletta, N., Campbell, K., & Lynch, J. (2014). Parental influences on the diets of 2- to 5-year-old children: Systematic review of qualitative research. *Journal of Early Childhood Research*, *12*(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/1476718X13492940>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). The effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: The «false hope syndrome.» *International Journal of Eating Disorders*, *26*(4), 434–447. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199912\)26:4<434::AID-EAT9>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<434::AID-EAT9>3.0.CO;2-0)
- Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Després, J.-P., & Lemieux, S. (2003). Eating Behaviors and Indexes of Body Composition in Men and Women from the Québec Family Study. *Obesity Research*, *11*(6), 783–792. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.109>
- Rebelo, A., & Leal, I. (2012). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, *25*(3), 467–477. <https://doi.org/10.14417/ap.458>
- Redd, M., & De Castro, J. M. (1992). Social facilitation of eating: Effects of social instruction on food intake. *Physiology & Behavior*, *52*(4), 749–754. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(92\)90409-U](https://doi.org/10.1016/0031-9384(92)90409-U)
- Robinson, E., & Higgs, S. (2013). Food choices in the presence of ‘healthy’ and unhealthy’ eating partners. *British Journal of Nutrition*, *109*(4), 765–771. <https://doi.org/10.1017/S0007114512002000>

- Rolls, B. J., Engell, D., & Birch, L. L. (2000). Serving Portion Size Influences 5-Year-Old but Not 3-Year-Old Children's Food Intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, *100*(2), 232–234. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00070-5)
- Samuel, L., & Cohen, M. (2018). Expressive suppression and emotional eating in older and younger adults: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *78*, 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.012>
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *94*(6), 2006S-2011S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001685>
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*(5), 734–760. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research methods in psychology* (9th ed). McGraw-Hill.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, A. (2020). Clean eating's surprising normalisation: The case of Nigella Lawson. *Discourse, Context & Media*, *35*, 100376. <https://doi.org/10.1016/j.dcm.2020.100376>
- Smith, J. M., Serier, K. N., Belon, K. E., Sebastian, R. M., & Smith, J. E. (2020). Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. *Appetite*, *155*, 104817. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104817>
- Smith, T., & Hawks, S. R. (2006). Intuitive Eating, Diet Composition, and The Meaning of Food in Healthy Weight Promotion. *American Journal of Health Education*, *37*(3), 130–136. <https://doi.org/10.1080/19325037.2006.10598892>
- Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, *48*(3), 368–376.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.10.005>

- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985–993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9)
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Tapadinhas, A., & Ribeiro J. (2012). Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES): Um estudo com uma amostra de obesos portugueses. *9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 1331-6
- The, N. S., & Gordon-Larsen, P. (2009). Entry Into Romantic Partnership Is Associated With Obesity. *Obesity*, 17(7), 1441–1447. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.97>
- Thomas, L. (2019). *Just eat it: How intuitive eating can help you get your shit together around food*. Bluebird.
- Thompson, S. (2015). Gender and Racial Differences in Emotional Eating, Food Addiction Symptoms, and Body Weight Satisfaction among Undergraduates. *Journal of Diabetes and Obesity*, 2, 1–6. <https://doi.org/10.15436/2376-0494.15.035>
- Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive eating* (3rd ed). St. Martin's Griffin.
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226–240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137–153. <https://doi.org/10.1037/a0030893>
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science & Medicine*, 34(8), 907–917. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90259-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-S)
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review Article Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757–

1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>

- Van Kleef, E., Van Trijp, J. C. M., Van Den Borne, J. J. G. C., & Zondervan, C. (2012). Successful Development of Satiety Enhancing Food Products: Towards a Multidisciplinary Agenda of Research Challenges. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 52(7), 611–628. <https://doi.org/10.1080/10408398.2010.504901>
- Vartanian, L. R. (2015). Impression management and food intake. Current directions in research. *Appetite*, 86, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.021>
- Vartanian, L. R., Herman, C. P., & Polivy, J. (2007). Consumption stereotypes and impression management: How you are what you eat. *Appetite*, 48(3), 265–277. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.10.008>
- Wansink, B., Payne, C., & Werle, C. (2008). Consequences of Belonging to the “Clean Plate Club”. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(10), 994. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.10.994>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Watt, R. G., Heilmann, A., Sabbah, W., Newton, T., Chandola, T., Aida, J., Sheiham, A., Marmot, M., Kawachi, I., & Tsakos, G. (2014). Social relationships and health related behaviors among older US adults. *BMC Public Health*, 14(1), 533. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-533>
- Wilkinson, L. L., Rowe, A. C., Bishop, R. J., & Brunstrom, J. M. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*, 34(9), 1442–1445. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.72>
- Worsley, A. (1988). Cohabitation-gender effects on food consumption. *International Journal of Biosocial Research*, 10(2), 109–122.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2010). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, n/a-n/a.

<https://doi.org/10.1002/erv.1066>