



**Ispas**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**Atitude alimentar:**

**Comportamentos de gestão de peso em adultos emergentes**

**Leonor da Cunha Abreu Martins Silva**

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientação:

PROFESSORA DOUTORA BIANCA MARTINS

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

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

## **Dedicatória**

*Para o meu (nosso) filho, M. M. C.,  
Estou (estamos) ansiosamente à tua espera  
Maio de 2025*

*“E por não saber que era impossível... Ela foi lá e fez.”*

Jean Cocteau

## Resumo

**Introdução:** Adultos emergentes, parecem desenvolver padrões alimentares menos saudáveis, contribuindo para o aumento da obesidade nesta faixa etária. Embora a gestão de peso seja uma prioridade para muitos, existem poucos estudos que exploram que fatores podem melhorar os resultados em saúde. Este estudo investigou se a satisfação com a dieta, o comportamento alimentar disfuncional e a incongruência alimentar predizem estratégias de gestão de peso (como a imitação, a procura de informação e a gestão de impulsos) numa amostra de adultos emergentes portugueses.

**Método:** Participaram neste estudo cerca de 601 adultos portugueses entre os 18 e os 35 anos ( $M_{idade} = 26.60$ ;  $DP_{idade} = 4.55$ ) que preencheram um questionário *online* contendo informações sociodemográficas e antropométricas além do questionário alimentar de três fatores (TFEQ-18) – que avaliou a alimentação emocional (AE), o descontrolo alimentar (DA) e a restrição cognitiva (RC); o questionário de incongruência de desejo-meta alimentar (DG-DI), o questionário Oxford food and activity behaviours (OxFAB-MAW) - que avaliou a procura de informação (PI), a imitação/modelagem (I) e a gestão de impulsos (GI) como estratégias de gestão de peso e o questionário de satisfação com a dieta (SWDB).

**Resultados:** O modelo de equações estruturais apresentou um bom ajuste global à amostra ( $CFI=.95$ ,  $TLI=.94$ ,  $RMSEA=.05$ ,  $IC_{90\%}=[.049, .057]$ ,  $SRMR=.05$ ), destacando a importância da restrição cognitiva e do descontrolo alimentar como preditores principais nestas estratégias de gestão de peso.

**Discussão e Conclusão:** As intervenções tradicionais de gestão de peso frequentemente falham a longo prazo, podendo prejudicar a saúde mental. A análise de variáveis auto reguladas, como a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional, permite aos profissionais de saúde mental personalizarem as estratégias de gestão de peso, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis e sustentáveis, ajustados às necessidades individuais de cada pessoa.

**Palavras-Chave:** Atitude alimentar; Adultos emergentes; Estratégias de gestão de peso; Incongruência alimentar; Satisfação com a dieta; Comportamento alimentar disfuncional.

## Abstract

**Introduction:** Emerging adults seem to develop less healthy eating patterns, contributing to the increase in obesity within this group. Although weight management is a priority for many, there are few studies exploring which factors may improve health outcomes. This study investigated whether satisfaction with diet, dysfunctional eating behavior, and food incongruence predict weight management strategies (such as imitation, information seeking, and impulse control) in a sample of portuguese emerging adults.

**Method:** This study included 601 portuguese adults aged between 18 and 35 years ( $M_{age} = 26.60$ ;  $SD_{age} = 4.55$ ), who completed a self-administered questionnaire containing sociodemographic and anthropometric information, as well as the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18) – which assessed emotional eating (AE), uncontrolled eating (DA), and cognitive restraint (RC); the Desire-Goal Food Incongruence Questionnaire (DG-DI); the Oxford Food and Activity Behaviors Questionnaire (OxFAB-MAW) – which assessed information seeking (PI), imitation/modeling (I\_M), and impulse control (GI) as weight management strategies; and the Diet Satisfaction Questionnaire (SWDB).

**Results:** The structural equation model showed a good overall fit to the sample ( $CFI = .95$ ,  $TLI = .94$ ,  $RMSEA = .05$ ,  $90\% CI = [.049, .057]$ ,  $SRMR = .05$ ), highlighting the importance of cognitive restraint and uncontrolled eating as key predictors in these weight management strategies.

**Discussion and Conclusion:** Traditional weight management interventions often fail in the long term and may negatively impact mental health. Analyzing self-regulated variables, such as diet satisfaction, food incongruence, and dysfunctional eating behavior, allows mental health professionals to personalize weight management strategies, promoting healthier and more sustainable eating habits that are tailored to the individual needs of each person.

**Key-words:** Eating attitude; Emerging adults; Weight management strategies; Dietary incongruence; Dietary satisfaction; Dysfunctional eating behavior.

## Índice

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Introdução</b>                                                                                    | 15 |
| <b>Método</b>                                                                                        | 22 |
| Desenho de investigação                                                                              | 22 |
| Participantes                                                                                        | 22 |
| Material                                                                                             | 25 |
| Questionário sociodemográfico, antropométrico, de saúde física e mental e hábitos alimentares        | 25 |
| Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ-18) – Three-Factor Eating Questionnaire                 | 25 |
| Questionário de Incongruência de Desejo-Meta Alimentar (DG-DI) - Dietary Goal-Desire Incongruence    | 28 |
| Questionário de Satisfação com o Comportamento Alimentar (SWDB) - Satisfaction with Dietary Behavior | 29 |
| Questionário Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)                                         | 30 |
| Procedimento                                                                                         | 31 |
| Análise de dados                                                                                     | 32 |
| Resultados                                                                                           | 34 |
| Breve caracterização dos comportamentos de gestão de peso nesta amostra                              | 34 |
| Análise Fatorial Confirmatória da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)              | 36 |
| Análise Fatorial Confirmatória da escala Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)                   | 37 |
| Análise Fatorial Confirmatória da escala Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)              | 37 |
| Análise Fatorial Confirmatória da escala Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB)         | 38 |
| Modelo de Equações Estruturais                                                                       | 39 |
| <b>Discussão</b>                                                                                     | 43 |
| Limitações                                                                                           | 51 |
| Possibilidades para estudos futuros                                                                  | 52 |
| <b>Referências</b>                                                                                   | 54 |
| <b>Anexos</b>                                                                                        | 84 |

## **Índice de anexos**

|                |                                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anexo A</b> | Revisão da Literatura                                                                                              |
| <b>Anexo B</b> | Protocolo Completo – Versão Portuguesa                                                                             |
| <b>Anexo C</b> | Breve caracterização dos comportamentos de gestão de peso nesta amostra                                            |
| <b>Anexo D</b> | Instrumento Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)                                                         |
| <b>Anexo E</b> | Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)              |
| <b>Anexo F</b> | Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Dietary Goal-Desire (DGDI)                                |
| <b>Anexo G</b> | Instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)                                                              |
| <b>Anexo H</b> | Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)                   |
| <b>Anexo I</b> | Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)                 |
| <b>Anexo J</b> | Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)                                                            |
| <b>Anexo K</b> | Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)              |
| <b>Anexo L</b> | Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)            |
| <b>Anexo M</b> | Instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)                                   |
| <b>Anexo N</b> | Análise Fatorial Confirmatória do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW) |
| <b>Anexo O</b> | Modelo de equações estruturais                                                                                     |



## **Índice de tabelas**

|                  |                                                                                                                                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tabela 1</b>  | Caracterização sociodemográfica da amostra                                                                                       |
| <b>Tabela 2</b>  | Caracterização da amostra em termos descritivos de dados antropométricos                                                         |
| <b>Tabela 3</b>  | Caracterização da saúde física e mental da amostra                                                                               |
| <b>Tabela 4</b>  | Caracterização dos hábitos alimentares e da relação com a alimentação da amostra                                                 |
| <b>Tabela 5</b>  | Pontos de corte dos fatores da TFEQ-18 (restrição cognitiva, alimentação descontrolada e alimentação emocional)                  |
| <b>Tabela 6</b>  | Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por esta amostra                                                           |
| <b>Tabela 7</b>  | Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por mulheres desta amostra                                                 |
| <b>Tabela 8</b>  | Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por homens desta amostra                                                   |
| <b>Tabela 9</b>  | Estratégias de gestão de peso mais utilizadas consoante o IMC                                                                    |
| <b>Tabela 10</b> | Estratégias de gestão de peso mais utilizadas por pessoas diagnosticadas com perturbação alimentar                               |
| <b>Tabela 11</b> | Descrição dos 23 domínios originais do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)                               |
| <b>Tabela 12</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso desta amostra                                                                |
| <b>Tabela 13</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o sexo biológico -Masculino                                        |
| <b>Tabela 14</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o sexo biológico -Feminino                                         |
| <b>Tabela 15</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o IMC                                                              |
| <b>Tabela 16</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante a idade (segundo a American Psychological Association [2018,2023]) |
| <b>Tabela 17</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante situação profissional ou académica                                 |

|                  |                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tabela 18</b> | Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante a presença ou não de diagnóstico de perturbação alimentar                                        |
| <b>Tabela 19</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)                                         |
| <b>Tabela 20</b> | Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI) (modelo original e modelo modificado) |
| <b>Tabela 21</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)                                         |
| <b>Tabela 22</b> | Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB) (modelo original e modelo modificado) |
| <b>Tabela 23</b> | Estatística descritiva, sensibilidade dos itens e pesos fatoriais do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB) modificado (sem o item 2)           |
| <b>Tabela 24</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)                                       |
| <b>Tabela 25</b> | Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)                                     |
| <b>Tabela 26</b> | Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)                                                                              |
| <b>Tabela 27</b> | Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)                                                                              |
| <b>Tabela 28</b> | Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18) modificado                                                                   |
| <b>Tabela 29</b> | Validade convergente do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18) modificado                                                                     |
| <b>Tabela 30</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)              |
| <b>Tabela 31</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens utilizados do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)   |

|                  |                                                                                                                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tabela 32</b> | Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens utilizados do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW) |
| <b>Tabela 33</b> | Validade discriminante do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)                                                   |
| <b>Tabela 34</b> | Validade convergente do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)                                                     |
| <b>Tabela 35</b> | Modelo de equações estruturais original                                                                                                                      |
| <b>Tabela 36</b> | Modelo de equações estruturais refinado                                                                                                                      |

## Índice de Figuras

|                 |                                         |
|-----------------|-----------------------------------------|
| <b>Figura 1</b> | Modelo de equações estruturais original |
| <b>Figura 2</b> | Modelo de equações estruturais refinado |

### **Índice de siglas**

|                    |                                                                              |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AE</b>          | Alimentação emocional                                                        |
| <b>AFC</b>         | Análise fatorial confirmatória                                               |
| <b>CAD</b>         | Comportamento alimentar disfuncional                                         |
| <b>CFI</b>         | Comparative Fit Index                                                        |
| <b>CRel/CF/FC:</b> | Confiabilidade composta ou compósita                                         |
| <b>DA</b>          | Alimentação descontrolada/Descontrolo alimentar/Ingestão descontrolada       |
| <b>DG-DI</b>       | Questionário de incongruência de desejo-meta alimentar                       |
| <b>GFI</b>         | Goodness of Fit Index                                                        |
| <b>GI</b>          | Gestão de impulsos                                                           |
| <b>GI_A</b>        | Gestão de impulsos – aceitação                                               |
| <b>GI_C</b>        | Gestão de impulsos – consciencialização dos motivos                          |
| <b>GI_D</b>        | Gestão de impulsos – distração                                               |
| <b>I_M</b>         | Imitação ou modelagem                                                        |
| <b>IMC</b>         | Índice de Massa Corporal                                                     |
| <b>LISREL</b>      | Linear Structural Relations                                                  |
| <b>OMS</b>         | Organização Mundial de Saúde                                                 |
| <b>OPP</b>         | Ordem dos Psicólogos Portugueses                                             |
| <b>OxFAB-MAW</b>   | Questionário oxford food and activity behaviours para mulheres de meia idade |
| <b>PI</b>          | Procura de Informação                                                        |
| <b>PORDATA</b>     | Portal Estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos                   |
| <b>RC</b>          | Restrição cognitiva                                                          |

|                |                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------|
| <b>RMSEA</b>   | Root Mean Square Error of Approximation                    |
| <b>SEM</b>     | Structural Equation Modeling                               |
| <b>SPEO</b>    | Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade            |
| <b>SRMR</b>    | Standardized Root Mean Square Residual                     |
| <b>SWDB</b>    | Questionário de satisfação com o comportamento dietético   |
| <b>TFEQ-18</b> | Questionário alimentar de três fatores                     |
| <b>TLI</b>     | Tucker-Lewis Index                                         |
| <b>VEM</b>     | Variância extraída média ou AVE - Average Variance Extract |
| <b>WLSMV</b>   | Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted         |

## **Introdução**

A obesidade é um problema crescente em todo o mundo, estima-se que em 2022 existiam uma em cada oito pessoas afetadas, número que duplicou desde 1990 entre a população adulta e quadruplicou entre os jovens (OMS, 2024). Em Portugal no ano de 2021, estimou-se que cerca de 28,7% dos adultos teriam obesidade e 67,6% apresentavam níveis de pré-obesidade (SPEO, 2023). Considerada uma doença crónica complexa, recidivante, multifactorial e endémica, define-se por excesso de ingestão de gordura quando comparado com o gasto calórico ou energético, sendo considerada prejudicial para a saúde individual (OMS, 2024), podendo reduzir a esperança média de vida até 14 anos (Kitahara et al., 2014). Associa-se muitas vezes a outras comorbilidades como doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes e problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (Guh et al., 2009). É também uma das maiores causas de mortalidade e comorbilidades passíveis de ser prevenida (Direção Geral de Saúde, 2005). O diagnóstico é clínico e feito maioritariamente através do índice de massa corporal (IMC), embora essa métrica apresente cada vez mais limitações (Haam et al., 2023; Pi-Sunyer, 2000). Novos estudos sugerem a classificação em obesidade clínica e pré-clínica, com base na medição do tecido adiposo/gordura visceral (Lee et al., 2008; Park et al., 2021). Ainda que a informação e a educação sobre este tema aumentem todos os anos, os estudos parecem mostrar que estes esforços são insuficientes para causar uma mudança significativa e duradoura na população (Love, Bhullar & Schutte, 2019). O tratamento exclusivo com alterações ao estilo de vida em pessoas adultas parece ter eficácia limitada, pois a maioria dos indivíduos adultos acaba por recuperar o peso inicial após três a cinco anos (Nordmo et al., 2019). Sabe-se que a idade adulta é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por inúmeras alterações, desafios e responsabilidades (Santos & Antunes, 2007). A definição precisa das diferentes faixas etárias da idade adulta não é consensual (Romesin & Porksen, 2004), com algumas teorias dividindo-as em subetapas, como a adultez jovem inicial (20 aos 25 anos), plena (dos 25 anos aos 35 anos) e final (35 aos 40 anos) (Mosquera & Stobaus, 1982), ou a idade adulta emergente, que abrange pessoas dos 18 aos 29 anos, podendo ir até aos 35 anos (American Psychological Association, 2018, 2023; Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023). Seja qual for a nomenclatura utilizada, esta fase parece caracterizar-se por ser um período de instabilidade, de maior responsabilidade, desafios de identidade, início da independência financeira e alimentar e mudanças de vida associadas muitas vezes ao início da vida universitária e que parecem contribuir para o ganho de peso (Barros et al., 2021, Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009). Estudantes universitários, ao conquistarem independência alimentar (Klassen et al., 2018), enfrentam o stress académico, que parece contribuir para

hábitos alimentares inadequados (Weider et al., 1996). O comportamento alimentar que se estabelece na idade adulta jovem parece permanecer na idade adulta (Craigie et al., 2011), sendo assim uma fase da vida considerada fulcral na construção de bons comportamentos alimentares que promovam saúde física e mental (Laska et al., 2016).

É consensual que o tratamento mais eficaz para a obesidade requer intervenções psicológicas e não só comportamentais, mas também cognitivas que promovam uma perda efetiva de peso, previnam o ganho de peso e que o perpetuem no tempo (Santos, Andrade & Teixeira, 2015), podendo ou não ser associadas a outras opções, como o uso de medicação e a cirurgia bariátrica (Cooper et al., 2015). Desta forma, a taxonomia OxFAB procurou promover a sistematização e descrição das principais estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas em pessoas adultas para a gestão do seu peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). Por taxonomia entende-se a ciência da classificação que descreve e agrupa categorizações científicas (American Psychological Association, 2018), com o objetivo de criar uma linguagem partilhada e uniforme (Michie et al., 2013). Estas classificações têm sido progressivamente mais utilizadas nas investigações sobre mudança comportamental (Boutron et al., 2008). A taxonomia que aqui se discute destaca-se pelo seu foco nas estratégias comportamentais e cognitivas que a população utiliza, ao invés de intervenções baseadas apenas em mudanças comportamentais (Hartmann-Boyce et al., 2017). Isto porque outras taxonomias existentes focam-se principalmente na quantidade e tipo de consumo alimentar, mas não contemplam estratégias que gerem mudanças duradouras (Craig et al., 2003). Esta taxonomia procurou responder a esta falha: a ausência de uma estrutura padronizada que categorize e avalie ações específicas relacionadas com a gestão de peso, permitindo concluir-se que estratégias são adotadas pelas pessoas e compreender quais delas são mais eficazes na gestão, perda e manutenção do peso (Hartmann-Boyce et al., 2016, 2018). Sabe-se que a combinação de intervenções comportamentais e cognitivas pode reduzir o peso corporal em 7-10% e diminuir o risco de doenças cardiovasculares (Butryn, Webb & Wadden, 2011). O Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB), foi um instrumento que surgiu ancorado na taxonomia OxFAB, a partir de teorias de mudança de comportamentos e taxonomias prévias, com o objetivo de estruturar estratégias cognitivas e comportamentais adotadas por pessoas que tentam ativamente gerir o seu peso (Leitão et al., 2023). Em contraste com questionários focados apenas na ingestão e gasto calórico (Stunkard & Messick, 1985), a OxFAB procura identificar estratégias que promovam mudanças duradouras (Hartmann-Boyce et al., 2014). Este questionário procura projetar o mundo interno do indivíduo e todo o empenho que ele dedica (ou não) ao cumprir



(ou não) com os seus objetivos de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). Desde o início da sua divulgação e utilização que o questionário Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB) tem sido utilizado em diferentes revisões, no entanto pelo seu extenso comprimento inicial (117 itens e 23 domínios), exige um elevado grau de compromisso e concentração por parte dos seus correspondentes (Hartmann-Boyce et al., 2022), levando muitas vezes a elevados níveis de abandono e não conclusão do mesmo. Existem atualmente versões mais reduzidas de forma a colmatar estas falhas (Hartmann-Boyce et al., 2022, Leitão et al., 2023). Este questionário pode ainda contribuir para que sejam identificáveis os aspetos centrais que motivam as pessoas a ter comportamentos de gestão de peso, permitindo numa intervenção, o profissional focar-se e individualizar-se nessas áreas ditas sensíveis (Hartmann-Boyce et al., 2018). Outra das vantagens da utilização deste questionário pode considerar-se a criação de novas e diferentes estratégias de gestão de peso que o indivíduo podia não estar alerta e que podem efetivamente resultar consigo (Hartmann-Boyce et al., 2018). Os comportamentos de gestão de peso são procedimentos ativos que podem incluir um momento pré comportamentos de gestão de peso; um momento dinâmico de perda de peso e um momento pós comportamentos de gestão peso (manutenção de resultados) (Stubbs et al., 2011). Estes acontecem ao longo de todo o ciclo de vida e com diferentes objetivos (Joki et al., 2020). O sucesso destes comportamentos define-se não só pela quantidade de peso perdido como pela manutenção do objetivo que lhe deu origem (Jorge et al., 2019). Compreender os mecanismos pelos quais os comportamentos de gestão de peso podem ser modificados para alcançar metas relacionadas com uma saúde melhor torna-se essencial para aprimorar as intervenções direcionadas à gestão de peso (Van Alebeek et al., 2024). A investigação sobre comportamentos de gestão de peso já não aborda apenas a ingestão calórica, o gasto e a sua diferença (Hartmann-Boyce et al., 2016). Esta tem-se debruçado sobretudo nas mudanças individuais de comportamento que são realizadas (Dombrowski et al., 2014) e que são mantidas (Hartmann-Boyce et al., 2014, Mitchell et al., 2011). Além da perda efetiva de peso, estes comportamentos apresentam ainda ganhos secundários imensuráveis para a saúde individual, tais como melhoria de resultados bioquímicos e melhoria de resultados biométricos. (Ramage et al., 2013b). A perda de peso também está associada a melhorias na saúde mental (Alhalel et al., 2018), embora intervenções que envolvem comportamentos restritivos possam gerar sofrimento psicológico (Peckmezian & Hay, 2017), destacando a importância do acompanhamento psicológico em concomitância. Embora programas meramente comportamentais de gestão de peso, como mudanças na dieta e aumento da atividade física, sejam eficazes, somente uma parte da população consegue resultados duradouros (Davis, 2013). A maioria dos indivíduos perde peso a curto prazo, mas o peso é

frequentemente recuperado após três a cinco anos (Jensen et al., 2013), o que explica o pouco sucesso a longo prazo desse tipo de abordagem (Herman & Mack, 1975). Embora a literatura ainda não seja unânime sobre que estratégias de gestão de peso são mais eficazes, métodos como jejum intermitente e restrição alimentar têm ganhado popularidade (Cho et al., 2019). A eficácia dessas estratégias está frequentemente relacionada a intervenções intensivas, com acompanhamento de múltiplos profissionais, o que pode ser inacessível para muitas pessoas (Barte et al., 2010; Hartmann-Boyce et al., 2018). A imitação ou modelagem como estratégia de gestão de peso, surge muitas vezes associada às redes sociais ou aos média, mas também à imitação de comportamentos de familiares e amigos, não baseados na evidência científica. Esta estratégia é muitas vezes procurada por pessoas que não conseguem aceder a acompanhamento profissional e que procuram muitas vezes imitar os resultados de figuras públicas, familiares ou amigos (Faria, Almeida & Ramos, 2021). Embora a socialização ofereça proximidade e comunicação, podem também promover comportamentos disfuncionais, como a procura por um corpo idealizado, afetando a satisfação com a imagem corporal, fazendo assim aumentar comportamentos alimentares disfuncionais (Fioravanti et al., 2022, Holland & Tiggemann, 2016, Saiphoo & Vahedi, 2019). Atualmente, um dos fatores que parece influenciar mais os comportamentos de gestão de peso e o comportamento alimentar em adultos jovens é a imitação de padrões sugeridos pelas redes sociais ou pelos pares (Aparicio-Martinez et al., 2019, Deliens et al., 2014), ainda que um estudo realizado em Portugal no ano de 2014 (Santos, Andrade & Teixeira, 2015) tenha sugerido que esta estratégia é a menos utilizada em adultos portugueses. Pela escassez de estudos, com amostras portuguesas, que se focam na imitação como estratégia de gestão de peso, o estudo da mesma torna-se relevante para melhor compreender qual o impacto que determinadas variáveis auto reguláveis podem ter na implementação (ou não) desta estratégia. A internet, as redes sociais e os pares são hoje um importante agente de mudança comportamental sobretudo nos jovens e jovens adultos (Reid & Weigle, 2014). Com a quantidade de informação que existe disponível e de fácil acesso sobre alimentação e comportamentos de gestão de peso, torna-se difícil ao consumidor perceber quais as informações que são fidedignas ou não (Szűcs et al., 2015). A procura de informação sobre os comportamentos e estratégias para gerir o peso incluem conhecimento sobre hábitos alimentares, saúde e nutrição e para isso importa existir uma consciencialização sobre a própria saúde individual (Leitão et al., 2023). Da mesma forma, a aceitação dos impulsos como estratégia de gestão de peso tem ganho cada vez mais enfoque, sobretudo na forma de intervenções que se focam na auto-compaixão, associados à terapia cognitivo-comportamental e integrativa de 3.<sup>a</sup> geração (Neto & Baptista, 2021). Neste tipo de intervenções procura-se que

a pessoa aceite o seu estado emocional negativo relacionado com a sua conduta alimentar e que isso favoreça uma relação saudável consigo mesma (Rahimi-Ardabili et al., 2020). Ao aceitar os seus impulsos e ao ter compaixão por esses sentimentos ditos negativos, isso pode funcionar como protetor contra o comportamento alimentar disfuncional, contra o ganho de peso e contra a insatisfação corporal (Peçanha & Lins, 2023). Sabe-se hoje que a alimentação vai muito além de uma necessidade humana básica de sobrevivência, pois inclui dimensões sociais, psicológicas, económicas e culturais que impactam diferente as escolhas alimentares e o bem-estar individual (Birch & Fisher, 1998; Satter, 2007), o que torna a investigação sobre o tema uma tarefa exigente (Martins et al., 2020). Importa assim referir-se a diferença entre dois conceitos comumente confundidos (Martins et al., 2020): atitude alimentar – que se refere às emoções, crenças, hábitos e comportamentos que se desenvolvem principalmente na infância e que moldam a forma como se vê a alimentação e de fazem escolhas alimentares ao longo da vida (Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2012; UNICEF, 2020) – e o comportamento alimentar – que respeita às ações concretas relacionadas com a alimentação que afetam diretamente o que se come, quanto e quando se come (Ford & Dzewaltowski, 2008; Grimm & Steinle, 2011). A atitude tem por si só um lado mais interno, mental e emocional sobre o que se sente e pensa sobre a alimentação (Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2012), enquanto que o comportamento alimentar é efetivamente como se faz a alimentação (ações reais e concretas) (Ford & Dzewaltowski, 2008; Grimm & Steinle, 2011). A atitude alimentar é considerada um conceito multidimensional, um construto latente e uma definição individual (French, Jeffrey & Wing, 1994; Lauzon et al. 2004) pois não consegue ser avaliado de forma direta, mas sim através de múltiplos aspetos (Martins et al., 2020). Existem fatores psicológicos como a incongruência entre o desejo-objetivo alimentar, satisfação com a dieta e comportamento alimentar desajustado ou disfuncional que parecem ser relevantes para a forma como cada um se relaciona e vê a sua alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019) e consequentemente molda a sua atitude alimentar (Martins et al., 2020).

Sheldon e Elliot (1999) referem que o bem-estar individual é negativamente impactado quando as pessoas procuram objetivos diários que não são congruentes com os seus desejos implícitos (preferências mais ou menos estáveis por certos tipos e estilos de incentivos [Schüler et al., 2019]). Por incongruência desejo-objetivo alimentar entende-se o desacordo que existe entre o objetivo alimentar e o desejo impulsivo alimentar (Hofmann et al., 2008). Por objetivo (ou meta) entende-se qualquer cognição consciente (exemplo: comer mais legumes, comer menos açúcar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Objetivos alimentares pouco congruentes

podem reduzir a auto-eficácia e o esforço individual (Heckhausen & Heckhausen, 2018), enquanto a congruência alimentar fortalece a auto-regulação e as expectativas de sucesso na gestão de peso (Weiner, 2012). O instrumento *Dietary Goal-Desire Incongruence* (DG-DI) (Questionário de Incongruência de Desejo-meta Alimentar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite estimar esta incongruência desejo-meta alimentar, através da avaliação do acordo ou desacordo que existe entre um comportamento idealizado e os objetivos desejados (Li et al., 2021). Alguns estudos mostram que mulheres apresentam maior incongruência desejo-objetivo alimentar, muitas vezes associada à pressão social sobre a aparência (Martins et al., 2024).

A satisfação com a dieta é uma variável que pode facilitar ou dificultar o processo de perda de peso (James et al., 2018) e é definida de diversas formas na literatura. Fitzpatrick e colaboradores (2014) veem-na como o equilíbrio entre a adesão à dieta e o desejo de perda de peso, Coney e colaboradores (1995) associam-na ao prazer derivado da alimentação e Ello-Martin e colaboradores (2007) referem-se ao controlo da saciedade através da ingestão de quantidades de alimentos sentida como satisfatória. A satisfação com a dieta pode também considerar-se uma parte cognitiva importante da atitude alimentar, uma vez que diz respeito à visão que a pessoa tem sobre a congruência das suas ações com os seus objetivos individuais e conscientes sobre a alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Alguns estudos mostram que maior satisfação com a dieta está associada a melhores hábitos alimentares e menor comportamento alimentar disfuncional (Moradi et al., 2021; Schnettler et al., 2017), com mulheres apresentando menor satisfação com a dieta em comparação aos homens (Martins et al., 2024). O instrumento *Satisfaction With Dietary Behavior* (SWDB) (Questionário de Satisfação com o Comportamento Alimentar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite confirmar a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021), procurando estimar a perceção que a pessoa tem entre o seu comportamento e as metas que estabelece para a sua dieta, avaliando conceito de satisfação com o comportamento alimentar (Martins et al., 2024).

O comportamento alimentar disfuncional difere de perturbação alimentar, no entanto este tipo de comportamento é responsável por comorbilidades, sofrimento físico e psicológico e um elevado investimento financeiro por parte do estado (DPhil & Rolls, 2001) podendo ser um forte preditor de perturbações alimentares (Amaral et al., 2019). Este tipo de comportamento caracteriza-se por formas de agir face à alimentação pouco adaptativas ou pouco saudáveis na tentativa de controlar ou perder peso, recorrendo a técnicas ou atitudes problemáticas como compulsão alimentar, alimentação descontrolada, excessiva preocupação

com a imagem corporal, comer em segredo, cumprimento de dietas restritivas ou purgativas, vigilância constante de calorias ou alimentos ou alimentação emocional (Pereira & Alvarenga, 2007). A alimentação emocional é definida como o ato de comer em resposta a estados emocionais negativos (Karlsson et al., 2000). Emoções negativas, como ansiedade ou tristeza, tendem a impulsionar hábitos alimentares menos saudáveis (Finch, Cummings & Tomiyama, 2019). A alimentação descontrolada ou desinibição pode definir-se como a ausência de autocontrolo ou consumo excessivo de alimentos, na presença ou ausência de saciedade física (Gilhooly et al., 2007). A restrição cognitiva refere-se a pensamentos e comportamentos alimentares conscientes para perder ou manter o peso, como o jejum intermitente e monitorização/contagem de calorias (estratégias comportamentais) ou o pensar repetidamente em alimentos que possam “engordar” ou que se sejam considerados “proibidos” (estratégia cognitiva) (Lowe & Timko, 2004). Embora a restrição reduza o consumo de alimentos, pode levar a episódios de ingestão excessiva se esta for rígida e extremada, criando um ciclo prejudicial (Herman & Mack, 1975). As pessoas com o sexo biológico feminino tendem a demonstrar mais comportamentos de restrição cognitiva (Martins et al., 2020b). O instrumento *The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)* (Questionário Alimentar de Três Fatores) tem como objetivo estimar aspetos específicos do comportamento alimentar, nomeadamente no que diz respeito a estes três fatores: restrição cognitiva (RC), alimentação descontrolada/descontrolo alimentar (DA) e alimentação emocional (AE) (Martins et al., 2020).

Em jeito de conclusão, a intervenção nos comportamentos de gestão de peso (como a imitação de modelos ajustados, a procura de informação em fontes fidedignas e a gestão de impulsos), não se deve basear apenas na instrução comportamental de estratégias padrão, uma vez que as abordagens eficazes podem variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo e podem depender de uma série de fatores (como a satisfação com a dieta, o comportamento alimentar disfuncional ou a incongruência desejo-meta alimentar). Assim, é desejável traçar perfis distintos de comportamentos de gestão de peso, que possam refletir não apenas os métodos adotados, mas também as condições e contextos em que essas estratégias são mais eficazes. Desta forma, este estudo tem como principais objetivos (1) breve descrição das estratégias de gestão de peso mais comumente utilizadas pela amostra selecionada e (2) explorar se a satisfação com a dieta, o comportamento alimentar disfuncional e a incongruência alimentar predizem estratégias de gestão de peso (como a imitação, a procura de informação e a gestão de impulsos), numa amostra de adultos emergentes portugueses.

## **Método**

### **Desenho de Investigação**

Este estudo socorreu-se de um método quantitativo com um desenho de investigação do tipo observacional e descritivo. Trata-se de um estudo correlacional, exploratório e transversal com o objetivo de explorar as relações existentes entre diferentes variáveis, num único momento, num fenómeno previamente identificado e do qual já existe informação, sem que exista necessariamente relação de causalidade (Fortin, 2003; Pais-Ribeiro, 2010).

### **Participantes**

O atual estudo recolheu amostra através do método não probabilístico de conveniência e bola de neve, sendo que a possibilidade de qualquer elemento representativo da população ser incluído ou não na amostra é considerada relativa (Pais-Ribeiro, 2010). O uso da conveniência e do método de bola de neve, como o nome indica dizem respeito à própria conveniência do investigador que procurou pessoas de fácil acesso e lhes solicitou que pudessem fazer a divulgação do estudo por outras que também cumprissem os critérios de inclusão (Pais-Ribeiro, 2010).

Este estudo contou com a participação 601 indivíduos com idades entre os 18 e os 35 anos ( $M_{idade} = 26.60$  ,  $DP_{idade} = 4.55$ ). Os critérios de inclusão foram: (1) ter nacionalidade portuguesa; (2) ter idade compreendida entre 18 a 35 anos; (3) ter literacia para responder ao inquérito e (4) ter acesso à internet.

De seguida apresentam-se as tabelas com a caracterização socio-demográfica (Tabela 1), descritiva de dados antropométricos (Tabela 2), da saúde física e mental (Tabela 3) e de hábitos alimentares e relação com a alimentação da amostra recolhida (Tabela 4).

### **Tabela 1**

*Caracterização socio-demográfica da amostra*

| <i>Características</i>     |                               | <i>Amostra<br/>n= 601 (%)</i> |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Sexo biológico</i>      | Masculino                     | 147 (24.46)                   |
|                            | Feminino                      | 446 (74.21)                   |
|                            | Outro                         | 1 (0.17)                      |
|                            | Prefiro não responder         | 7 (1.16)                      |
| <i>Ocupação</i>            | Estudante                     | 173 (28.79)                   |
|                            | Trabalhador estudante         | 138 (22.96)                   |
|                            | Trabalhador                   | 282 (46.92)                   |
|                            | Sem ocupação                  | 8 (1.33)                      |
| <i>Rendimento familiar</i> | Até 550,21                    | 3 (0.50)                      |
|                            | Mais de 550,21 e até 831,14   | 10 (1.66)                     |
|                            | Mais de 831,14 e até 1176,57  | 33 (5.49)                     |
|                            | Mais de 1176,57 e até 1522,93 | 67 (11.15)                    |
|                            | Mais de 1522,93 e até 1939    | 84 (13.98)                    |
|                            | Mais de 1939 e até 2842,21    | 106 (17.64)                   |
|                            | Mais de 2842,21 e até 3714,07 | 104 (17.30)                   |
|                            | Mais de 3714,07 e até 5799,93 | 131 (21.80)                   |
|                            | Mais de 5799,93               | 63 (10.48)                    |

**Tabela 2**

*Caracterização da amostra em termos de estatística descritiva de dados antropométricos*

|                               | <i>Média</i> | <i>Desvio<br/>padrão</i> | <i>Mediana</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Assimetria</i> | <i>Curtose</i> |
|-------------------------------|--------------|--------------------------|----------------|---------------|---------------|-------------------|----------------|
| <i>Idade (anos)</i>           | 26.60        | 4.55                     | 26             | 18            | 35            | .337              | -.972          |
| <i>Peso (Kg)</i>              | 69.23        | 12.00                    | 68             | 43            | 106           | .353              | -.227          |
| <i>Altura (metros)</i>        | 1.69         | 0.09                     | 1.68           | 1.5           | 1.92          | .229              | -.586          |
| <i>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</i> | 24.33        | 3.89                     | 23.6           | 15.94         | 40.39         | 1.253             | 2.335          |

Legenda: IMC – Índice de Massa Corporal

**Tabela 3**

*Caracterização da saúde física e mental da amostra*

| <i>Características</i>                        |               | <i>Amostra<br/>n= 601 (%)</i> |
|-----------------------------------------------|---------------|-------------------------------|
| <i>Prática de exercício físico</i>            | Não           | 289 (48.1)                    |
|                                               | Sim           | 307 (51.5)                    |
|                                               | Não respondeu | 5 (0.8)                       |
| <i>Frequência semanal de exercício físico</i> | 1x semana     | 28 (4.66)                     |
|                                               | 2x semana     | 82 (13.64)                    |
|                                               | 3x semana     | 101 (16.81)                   |
|                                               | 4x semana     | 51 (8.49)                     |
|                                               | 5x semana     | 26 (4.33)                     |
|                                               | 6x semana     | 12 (2)                        |
|                                               | Todos os dias | 7 (1.16)                      |

|                                                    |               |            |
|----------------------------------------------------|---------------|------------|
| <i>Diagnóstico de alguma perturbação alimentar</i> | Não           | 582 (96.8) |
|                                                    | Sim           | 19 (3.2)   |
| <i>Diagnóstico de alguma doença mental</i>         | Não           | 507 (84.4) |
|                                                    | Sim           | 94 (15.6)  |
| <i>Tem algum cuidado com a saúde mental</i>        | Não           | 355 (59.1) |
|                                                    | Sim           | 245 (40.8) |
|                                                    | Não respondeu | 1 (0.2)    |

**Tabela 4**

*Caracterização dos hábitos alimentares e da relação com a alimentação da amostra*

| <i>Características</i>                                   | <i>Amostra<br/>n= 601 (%)</i>               |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <i>Faz dietas com o objetivo de modificar o corpo</i>    | Não 124 (20.6)                              |
|                                                          | Raramente 171 (28.5)                        |
|                                                          | Algumas vezes 191 (31.8)                    |
|                                                          | Com frequência 95 (15.8)                    |
|                                                          | Sempre 20 (3.3)                             |
| <i>Faz dietas com acompanhamento profissional</i>        | Não 289 (48.1)                              |
|                                                          | Poucas vezes 145 (24.1)                     |
|                                                          | A maior parte das vezes 116 (19.3)          |
|                                                          | Sempre 51 (8.5)                             |
| <i>Satisfação com a alimentação</i>                      | Muito insatisfeito 9 (1.5)                  |
|                                                          | Insatisfeito 52 (8.7)                       |
|                                                          | Nem insatisfeito, nem satisfeito 164 (27.3) |
|                                                          | Satisfeito 318 (52.9)                       |
|                                                          | Muito satisfeito 58 (9.7)                   |
| <i>Auto avaliação sobre a alimentação</i>                | Muito má 5 (.8)                             |
|                                                          | Má 49 (8.2)                                 |
|                                                          | Nem boa, nem má 167 (27.8)                  |
|                                                          | Boa 319 (53.1)                              |
|                                                          | Muito boa 61 (10.1)                         |
| <i>Número de refeições diárias</i>                       | 1x dia 2 (.3)                               |
|                                                          | 2x dia 12 (2)                               |
|                                                          | 3x dia 102 (17)                             |
|                                                          | 4x dia 169 (28.1)                           |
|                                                          | 5x dia 155 (25.8)                           |
|                                                          | 6x ou mais por dia 131 (26.8)               |
| <i>Acredita que as emoções influenciam a alimentação</i> | Nunca 75 (12.5)                             |
|                                                          | Raramente 61 (10.1)                         |
|                                                          | Às vezes 174 (29)                           |
|                                                          | Muitas vezes 230 (38.3)                     |
|                                                          | Sempre 59 (9.8)                             |
|                                                          | Não respondeu 2 (.3)                        |



## **Material**

Para este estudo foi utilizado um protocolo de questionário *online* e de autorresposta que continha um questionário com dados sociodemográficos e socioeconómicos, características antropométricas, dados sobre saúde mental e física, dados sobre atitude alimentar e hábitos alimentares; questionário alimentar de três fatores (TFEQ-18); questionário de incongruência de desejo-meta alimentar (DG-DI), questionário Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW) e o questionário de satisfação com o comportamento dietético (SWDB). O protocolo de questionário aplicado para a recolha de dados decorre maioritariamente do pós-doutoramento da Professora Doutora Bianca Martins, com exceção do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW), conferindo-lhe um carácter inovador e diferenciador. Pode encontrar-se o protocolo de resposta no anexo B.

### ***Questionário sociodemográfico, antropométrico, de saúde física e mental e hábitos alimentares***

Com o objetivo de caracterizar a amostra foram questionados dados sociodemográficos (e.g. *Qual é a sua nacionalidade?, É estudante?*), dados socioeconómicos (e.g. *Qual é o rendimento mensal bruto do seu agregado familiar?, Qual é o nível de escolaridade mais elevado que existe no seu agregado familiar?*), dados antropométricos (e.g. *Qual é o seu peso atual?, Qual é a sua altura?*) dados sobre saúde física e mental (e.g. *Pratica exercício físico?, Já foi diagnosticado com alguma perturbação alimentar?, Tem cuidado com a sua saúde mental?, Tem algum diagnóstico de doença mental?*) dados sobre atitude alimentar (e.g. *Como se sente em relação à sua alimentação?*) e questões sobre hábitos alimentares (e.g. *Com que frequência faz dietas?, Quantas refeições faz por dia?*).

### ***Questionário Alimentar de Três Fatores (TFEQ-18) – Three-Factor Eating Questionnaire***

Foi descrito pela primeira vez no ano de 1985, como um questionário de 51 itens, com o objetivo de medir diferentes dimensões do comportamento alimentar humano (Stunkard & Messick, 1985). Este instrumento já conta com versões mais reduzidas, validadas e adaptadas para amostras da população portuguesa como o TFEQ-R21 (Duarte et al., 2018, Leitão et al., 2024) e o TFEQ-18 (Martins et al., 2020).

O TFEQ-18 tem como objetivo estimar aspetos específicos e tendencialmente

disfuncionais do comportamento alimentar, nomeadamente no que diz respeito a três fatores: restrição cognitiva (RC), alimentação descontrolada/descontrolo alimentar (DA) e alimentação/ingestão emocional (AE) (Martins et al., 2020).

Esta escala tem 18 itens, sendo que o fator de restrição cognitiva tem 6 itens (e.g. *Eu como intencionalmente pequenas quantidades como uma forma de controlar o meu peso*), a alimentação descontrolada tem 6 itens (e.g. *Quando sinto o cheiro de um alimento de que gosto muito, acho muito difícil privar-me de o comer, mesmo que tenha acabado de realizar uma refeição*) e a alimentação emocional tem 3 itens (e.g. *Quando me sinto ansioso/a, dou por mim a comer*). O inquirido vai encontrar 18 afirmações sobre hábitos alimentares e deve colocar-se dentre as 4 hipóteses de resposta que melhor refletem o seu comportamento. Até ao item 13, todas as afirmações são avaliadas numa escala de *Likert* de 4 pontos que varia entre 1 (definitivamente falso) e 4 (definitivamente verdadeiro). Dos itens 14 ao 17, mantêm-se as 4 opções de resposta no entanto diferentes das anteriores. No item 14 (*“Com que frequência sente fome?”*) as opções podem variar de 1 (só na hora das refeições) a 4 (quase sempre). O item 15 (*“Com que frequência evita “armazenar” alimentos tentadores?”*) tem respostas a variar entre 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre). No item 16 (*“Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que quer?”*) as respostas variam entre 1 (improvável) e 4 (muito provável). O item 17 (*“Já deu por si a comer compulsivamente embora não esteja com fome?”*) tem respostas que podem variar entre 1 (nunca) a 4 (pelo menos uma vez por semana). O último item (18 – *“Numa escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição em comer (como o que quero e quando quero) e 8 significa restrição total (limito a ingestão de alimentos e nunca cedo), que número daria a si mesmo?”*) avalia-se numa escala de *Likert* de 8 pontos em que 1 significa “como o que quero, quando quero” e 8 significa “Limito constantemente o que como, nunca cedo”.

A restrição cognitiva é composta pelos itens 2 ,11, 12 ,15, 16 e 18, o descontrolo alimentar pode avaliar-se pelos itens 1, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14 e 17 e a alimentação emocional correspondem os itens 3, 6 e 10 (Martins et al., 2024). A pontuação final obtém-se através da média de cada uma das subescalas (Lauzon et al., 2004). Pontuações mais elevadas nas respetivas subescalas correspondem a valores exacerbados, valores médios correspondem a uma classificação de moderado ou baixo e valores médios inferiores a 1.75 correspondem a ausência, como ilustra a tabela 5 (Lauzon et al., 2004).

### **Tabela 5**

*Pontos de corte dos fatores do instrumento TFEQ-18 (restrição cognitiva,*

*alimentação descontrolada e alimentação emocional)*

| <i>Fator TFEQ-18</i>                                          | <i>Pontuação final</i> | <i>Classificação</i> |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| <b>Restrição cognitiva</b>                                    | < 1, 75                | Ausente              |
|                                                               | De 1,75 a 2,50         | Baixo                |
|                                                               | De 2, 51 a 3,41        | Moderado             |
|                                                               | ≥ 3,42                 | Exacerbado           |
| <b>Alimentação descontrolada ou<br/>Alimentação emocional</b> | < 1, 75                | Ausente              |
|                                                               | De 1,75 a 2,50         | Baixo                |
|                                                               | De 2, 51 a 3,24        | Moderado             |
|                                                               | ≥ 3,25                 | Exacerbado           |

Adaptado de Martins et al. (2020)

O instrumento TFEQ-18 foi adaptado e validada para uma amostra da população brasileira por Martins e colaboradores (2020), após ter sido traduzida para português, tendo sido conferidas boas propriedades psicométricas a cada uma das suas subescalas, como uma confiabilidade estimada pelo coeficiente ordinal alfa ( $\alpha$ ) entre .86 e .89 e uma confiabilidade composta (CRel) entre .87 e .89 sendo ambos os valores de CRel e de  $\alpha$  iguais ou superiores a .70 confirmando-se a confiabilidade adequada (Marôco, 2021). Este instrumento encontra-se também validado e adaptado a diferentes países e culturas (como Espanha, Polónia e Canadá) (Brytek-Matera et al., 2017; Cappelleri et al., 2009; Kavazidou et al., 2012) e a diferentes amostras populacionais (tanto clínicas como não clínicas) (Karlsson et al., 2000; Lauzon et al., 2004).

Love, Bhullar e Schutte (2019) sugeriram um conjunto de três escalas ou questionários (questionário de incongruência de desejo-meta alimentar (DG-DI) - Dietary Goal-desire Incongruence, questionário de satisfação com o comportamento dietético (SWDB) - Satisfaction with Dietary Behavior e questionário de motivação para o autocontrole da ingestão alimentar (MDSC) - Motivation for Dietary Self-control Scale) com o objetivo de compreender os afetos e as cognições associadas à atitude e ao comportamento alimentar. Estes questionários procuram investigar a percepção sobre a alimentação individual ao invés de perceber o que é que as pessoas realmente ingerem. Neste estudo foram apenas utilizadas as

duas primeiras escalas referidas porque estas permitem avaliar diretamente a relação entre o desejo alimentar e as atitudes, cognições e pensamentos em relação à alimentação tendo como consequência os comportamentos de gestão de peso, indo ao encontro dos objetivos deste estudo.

### ***Questionário de Incongruência de Desejo-Meta Alimentar (DG-DI) - Dietary Goal-Desire Incongruence***

Este instrumento foi criado originalmente por Hamish (Love, Bhullar & Schutte, 2019) com o objetivo de avaliar respostas psicológicas que se associam ao comportamento alimentar (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Tem como objetivo estimar de que forma é que o comportamento alimentar idealizado entra em conflito com os objetivos que cada um definiu para si. Ou seja, procura avaliar o conflito que existe entre o desejo (afetivo) e a componente cognitiva no que diz respeito à alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Os mesmos autores (Love, Bhullar & Schutte, 2019) referem que quanto maior for a incongruência maior é a desregulação na alimentação.

Este instrumento tem 6 itens que se referem a um único fator (e.g., *Quando penso em alguns alimentos, sinto uma forte vontade em comê-los, mesmo que não esteja com fome*). O respondente é confrontado com 6 frases sobre o conflito entre o desejo alimentar e a sua meta alimentar, onde deve responder a “*O quanto é que estas afirmações o descrevem?*”. Os itens são avaliados numa escala de *likert* de 7 pontos, variando entre 0 (não me descreve de forma alguma) a 6 (descreve-me completamente). A pontuação final é obtida através da soma de cada uma das respostas dadas, sendo que os valores podem variar entre 0 (valor mínimo) a 36 (valor máximo). Quanto maior o valor, maior a incongruência desejo-objetivo alimentar.

A DG-DI foi adaptada e validada para uma amostra da população brasileira por Martins e colaboradores (2024), após a sua tradução para a língua portuguesa, tendo sido conferidas boas propriedades psicométricas como uma confiabilidade estimada pelo coeficiente ordinal alfa ( $\alpha$ ) de .89 e uma confiabilidade composta (CRel) de .90, sendo ambos os valores de CRel e de  $\alpha$  iguais ou superiores a .70 conferindo-lhes boas características psicométricas (Marôco, 2021). Este instrumento foi também utilizado noutros contextos e amostras, após validada com boas propriedades psicométricas, por exemplo para uma amostra clínica da população chinesa que se submete diariamente a tratamentos e técnicas de substituição renal (Li et al., 2021).

### ***Questionário de Satisfação com o Comportamento Alimentar (SWDB) - Satisfaction with Dietary Behavior***

O instrumento satisfaction with dietary behavior (SWDB), proposto por Hamish (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite confirmar a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021). Assim, procura estimar a percepção que a pessoa tem entre o seu comportamento e as metas que estabelece para a sua dieta, procurando avaliar o conceito de satisfação com o comportamento alimentar (Martins et al., 2024).

O inquirido é convidado a responder à questão “*O quanto é que as afirmações o descrevem?*” após ler 8 frases sobre a satisfação com o seu comportamento alimentar. Assim, este instrumento tem 8 itens que dizem respeito a um único fator (e.g., *Não há necessidade de mudar nada no meu comportamento alimentar atual*). O item 2 (e.g., *Eu gostaria que os meus padrões alimentares fossem mais saudáveis*) é o único que está invertido. Igualmente como a DG-DI, esta escala avalia os itens numa escala de *likert* de 7 pontos, variando entre 0 (não me descreve de forma alguma) a 6 (descreve-me completamente). A pontuação final é obtida através da soma de cada uma das respostas dadas, sendo que os valores podem variar entre 0 (valor mínimo) a 48 (valor máximo). Quanto maior o valor somado, maior a satisfação com a dieta.

Este instrumento foi adaptado e validado para uma amostra da população brasileira por Martins e colaboradores (2024), após a sua tradução para Português, tendo sido conferidas boas características psicométricas como uma confiabilidade estimada pelo coeficiente ordinal alfa ( $\alpha$ ) = .94 e uma confiabilidade composta (CRel) = .94, sendo ambos os valores de CRel e de  $\alpha$  iguais ou superiores a .70 conferindo-lhes boas propriedades psicométricas (Marôco, 2021).

Igualmente aplicado noutros países, como na China, este instrumento revelou boas propriedades psicométricas ( $\alpha$  = .91) (Li et al., 2021).

### ***Questionário Oxford Food and Activity Behaviours in Middle Aged Women (OxFAB-MAW)***

Este instrumento foi desenvolvido primeiramente por Hartmann-Boyce e colaboradores (2016) e adaptado e validado para uma amostra de mulheres portuguesas de meia-idade apresentando uma consistência interna moderada ( $0.73 < \alpha < 0.92$ ) (Leitão et al.,

2023). Este procura avaliar quais as estratégias comportamentais e cognitivas adotadas para gestão de peso individualmente. Esta escala é composta por 47 itens (correspondendo a estratégias de gestão de peso) que se encontram agrupados em 17 dimensões. O respondente encontrará a seguinte instrução: *Avalie o quão frequentemente implementou cada uma destas estratégias no último mês*. Há cinco hipóteses de resposta, numa escala de *Likert*, em que a pessoa se coloca entre 0 (nunca) a 4 (sempre), consoante o uso (ou não) da estratégia de gestão de peso. A pontuação final obtém-se através da média de cada uma das estratégias, sendo que quanto mais alto o valor mais utilizada essa estratégia será.

As dimensões integrantes deste instrumento são: compensação de energia (2 itens) (e.g. *Ajustou, durante o dia, aquilo que comeu em função do que iria comer/comeu ou iria exercitar/exercitou* (ex., *se comeu muito num determinado momento do dia, comeu menos durante o resto do dia*)?), estabelecimento de objetivos (4 itens) (e.g. *Recompensou-se a si própria quando atingiu as metas a que se tinha proposto* (ex., *pôs dinheiro de parte para recompensar-se, depois de conseguir alcançar as suas metas*)?), imitação/modelagem (3 itens) (e.g. *Imitou o comportamento de controlo de peso de outras pessoas* (ex., *pesou-se semanalmente tal como viu fazer um familiar ou um amigo*)?), gestão de impulsos – aceitação (4 itens) (e.g. *Aceitou um forte desejo (cravings) para comer, quando ele surgiu* (ex., *aceitou esse forte desejo e não comeu*)?), gestão de impulsos – consciencialização dos motivos (2 itens) (e.g. *Perguntou a si própria o porquê de não lhe apetecer fazer atividade física*)?), gestão de impulsos – distração (3 itens) (e.g. *Fez outras atividades, em vez de comer mais, para reduzir o desejo de comer* (ex., *foi lavar os dentes ou foi dormir*)?), procura de informação (4 itens) (e.g. *Procurou informação acerca dos componentes ou calorias dos alimentos*)?, planeamento de conteúdo (2 itens) (e.g. *Planeou a atividade física que iria fazer durante o seu dia* (ex., *incorporou atividade física no trajeto para o trabalho; explorou tipos de atividade física que gostava; criou um plano de exercícios físicos*)?), regulação – permissões (2 itens) (e.g. *Permitiu a si própria fazer atividade física mais leve (ou não fazer qualquer atividade física num determinado dia), depois de estar alguns dias a exercitar de forma regular*)?, regulação – restrições (3 itens) (e.g. *Evitou comprar ou comer determinados alimentos* (ex., *evitou comer comida de que gosta muito*)?), regulação - estabelecimento de regras (2 itens) (e.g. *Maximizou o potencial da atividade física, quando estava ativa* (ex., *percorreu o caminho mais longo sempre que ia a pé para o trabalho; andou com passo mais acelerado, em vez de andar mais lentamente*)?), restrição (2 itens) (e.g. *Limitou a atividade física que fez, de forma rígida* (ex., *fez constantemente apenas um tipo de atividade física, por acreditar que era a*

*melhor para gerir o seu peso?)*), programação da dieta e da atividade (3 itens) (e.g. *Estabeleceu horários para comer refeições ou comprar comida (ex., comeu em horários específicos, mesmo que não tivesse fome; comeu antes de ir comprar comida, para não ir com fome?)*), auto-monitorização (3 itens) (e.g. *Mediu a quantidade de atividade física que fez (ex., anotou o tempo despendido?)*), controlo de estímulos (2 itens) (e.g. *Limitou as quantidades disponíveis de comida, para controlar melhor aquilo que comeu (ex., usou pratos mais pequenos à refeição; comprou comida em menor quantidade; não teve em casa comida/bebidas não saudáveis?)*), suporte – ajuda dos outros (3 itens) (e.g. *Procurou ajuda profissional para gerir o seu peso (ex., médicos, nutricionistas, psicólogos, etc.)?*) e suporte – motivacional (3 itens) (e.g. *Procurou apoio ou partilhou com os outros (ex., família, colegas) os seus planos ou metas para gerir o seu peso?*).

No presente estudo serão utilizadas apenas as subescalas de imitação, gestão de impulsos-aceitação, gestão de impulsos-distração, gestão de impulsos-consciencialização dos motivos e procura de informação que apresentaram um alfa entre .82 e .92, manifestando adequada consistência interna (Marôco, 2021).

## **Procedimento**

Este estudo foi elaborado no âmbito do projeto de pós-doutoramento da Professora Doutora Bianca Martins, intitulado “Atitude alimentar em adultos”, com o objetivo de entender a relação do indivíduo com a sua alimentação (e não só o seu comportamento) depois da pandemia. O doutoramento da supracitada investigadora ocorreu durante o tempo de pandemia e este estudo veio dar continuidade à pesquisa iniciada, agora, fora do contexto pandémico, permitindo uma análise das mudanças e desafios que surgiram na relação com a alimentação após esse período. Este estudo conta com a recolha de dados tanto em Portugal como no Brasil, sendo assim um estudo transcultural. Permitiu o estreitamento das relações entre as duas instituições/equipas e a possibilidade de publicações científicas com resultados de ambos os países.

O presente estudo não contou com nenhum tipo de financiamento.

A recolha de dados iniciou-se a meio de outubro de 2024 e terminou no fim de fevereiro de 2025. Inicialmente, no questionário partilhado online, foram exibidos os objetivos deste estudo, a natureza voluntária de participação, a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, o consentimento informado, o tempo aproximado de resposta para a conclusão do

questionário e a partilha dos nomes das investigadoras principais com um e-mail criado exclusivamente para o efeito (esclarecimento de dúvidas ou questões que poderiam surgir decorrentes da participação no estudo). O estudo foi divulgado através de um link, *QRcode* e respetivo poster de divulgação nas redes sociais (*Instagram, LinkedIn, Facebook* e *WhatsApp*) e pessoalmente. Foram também contactadas algumas associações de estudantes portuguesas com o objetivo da divulgação do estudo junto da comunidade estudantil. Foi pedido que familiares, conhecidos e amigos partilhassem também o questionário com o objetivo de chegar a um maior número de pessoas.

Os princípios éticos e deontológicos definidos pela American Psychological Association (2021) foram integralmente seguidos, assim como as normas estabelecidas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, através do seu código deontológico (2021).

## **Análise de dados**

Na análise de dados contemplou-se uma análise descritiva dos dados recolhidos, através de medidas de tendência central e medidas de dispersão, onde se obteve a média (*M*), o desvio-padrão (*DP*) e a mediana (*Me*). Posteriormente foi avaliada a sensibilidade psicométrica dos itens, utilizando os indicadores de assimetria (*Sk*) e curtose (*Ku*). De acordo com Marôco (2021), valores de *Ku* superiores a 7 e de *Sk* superiores a 3 consideram-se desvios severos à normalidade univariada e violações à homogeneidade da normalidade. Para analisar a dimensionalidade do modelo de medida procedeu-se à análise fatorial confirmatória (AFC) através do estimador “WLSMV” (Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted) (utilizado especificamente para valores ordinais) e com seguintes índices de ajustamento: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Consideram-se ajustes aceitáveis para valores de CFI e TLI superiores a .9, valores de RMSEA inferiores a .10 e SRMR com valores inferiores a .08 (Kline, 2016, Marôco, 2021). Além dos valores pontuais de RMSEA apresentam-se também intervalos de confiança a 90% para ilustrar os subconjuntos de números reais desse mesmo índice (Chen, 2007). As cargas fatoriais ( $\lambda$ ) dos itens dos instrumentos foram consideradas adequadas quando o valor é igual ou superior a .40 (Hair et al., 2006). A fiabilidade individual dos itens ( $r^2$ ) foi considerada adequada para valores  $\geq .25$  (Marôco, 2021). O ajustamento dos modelos foi melhorado através da análise das correlações entre os erros dos itens (tendo por base os índices de modificação) calculados através de multiplicadores de Lagrange, até um máximo de 11 modificações por escala (Kline, 2016) e



consoante indicações teóricas (Marôco, 2021). A validade convergente que procura avaliar o grau em as variáveis/itens que medem o mesmo construto estão correlacionadas entre si, é avaliada pela variância extraída média (VEM) (ou Average Variance Extracted [AVE]) e foi considerada aceitável para valores superiores a .5, esclarecendo que pelo menos 50% da variância dos itens é explicada pelo fator que estão a medir (Fornell-Larcker, 1981). Já a validade discriminante, que procura avaliar em que medida dois ou mais construtos diferem entre si, foi avaliada utilizando o critério de Fornell-Larcker (1981), ou seja, comparando valores de VEM com os quadrados das correlações entre os diferentes fatores e considerados aceitáveis se estes mesmos valores de VEM forem maiores do que os quadrados das correlações (Marôco, 2021). A fiabilidade foi analisada por meio de dois estimadores de consistência interna, a fiabilidade composta sugerida por Fornell-Larcker (CF), pelo Omega de Macdonald ( $\omega$ ) e pelo alfa ( $\alpha$ ) (Cronbach), onde se consideram valores aceitáveis para as métricas resultados iguais ou superiores a .7 segundo Marôco (2021).

Para responder à questão de investigação, utilizou-se a modelagem de equações estruturais (SEM – *Structural Equation Modeling*) que abarca análises multivariadas de dados combinados entre regressão múltipla, análise multivariada de variância explicada e análise fatorial com o objetivo de estimar relações de dependência e incorporar erros na estimação do modelo teórico previamente apresentado (Kaplan, 2000). Utilizou-se tendencialmente um nível de significância entre 5% e até 10% sendo este último interpretado como marginalmente significativo, utilizado comumente na área da psicologia clínica e da saúde (Olsson-Collentine, Assen, & Hartgerink, 2019). Para avaliar a qualidade das trajetórias utilizou-se o coeficiente de regressão ( $\beta$ ) para representar os efeitos diretos nas relações entre os construtos teóricos. Os valores mensuráveis de índices de ajustamento do modelo mantiveram-se os mesmos anteriormente citados. Procurou-se assim avaliar se a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional predizem certos comportamentos de gestão de peso (como a imitação, a gestão de impulsos e a procura de informação). Não foram avaliadas as covariâncias entre variáveis pois esta medida não é padronizada, ou seja, é dependente das unidades de medidas das variáveis (que são distintas) não permitindo a sua interpretação direta (Schneider, Mozuraitis & Avivi-Reich, 2015).

A análise de dados foi realizada através dos softwares R Core Team através RStudio (versão 4.4.1) com os pacotes “lavaan” (Rosseel, 2012), “semTools” (Jorgensen et al., 2018), “LISREL” (Kaplan, 2000) e IBM SPSS Statistics (versão 29).

## Resultados

### Breve descrição dos comportamentos de gestão de peso nesta amostra (Anexo C)

Neste capítulo, procedeu-se exclusivamente à análise descritiva das variáveis, através do cálculo de médias e desvios-padrão. Não foram realizados testes inferenciais, pelo que não se verificaram os pressupostos de normalidade, uma vez que o objetivo se centrou apenas na descrição (e não na inferência) dos comportamentos de gestão de peso na amostra.

**Tabela 6**

*Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por esta amostra*

| <i>Estratégias mais utilizadas</i> |          |           | <i>Estratégias menos utilizadas</i> |          |           |
|------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|----------|-----------|
|                                    | <i>M</i> | <i>DP</i> |                                     | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Gestão de impulsos-aceitação       | 2.20     | 0.86      | Gestão de impulsos-distração        | 1.97     | 1.02      |
| Programação de dieta e atividade   | 2.18     | 0.97      | Restrição                           | 1.96     | 1.25      |
| Planeamento de conteúdo            | 2.17     | 1.10      | Controlo de Estímulos               | 1.93     | 0.97      |

Legenda:

**M:** Média

**DP:** Desvio Padrão

**Tabela 7**

*Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por mulheres desta amostra*

| <i>Estratégias mais utilizadas</i>    |          |           | <i>Estratégias menos utilizadas</i> |          |           |
|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|----------|-----------|
|                                       | <i>M</i> | <i>DP</i> |                                     | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Regulação-Permissão                   | 2.22     | 1.07      | Restrição                           | 2.00     | 1.26      |
| Gestão de impulsos-consciencialização | 2.22     | 0.84      | Gestão de impulsos-Distração        | 1.99     | 1.00      |
| Planeamento de conteúdo               | 2.21     | 1.09      | Controlo de estímulos               | 1.94     | 1.23      |

Legenda:

**M:** Média

**DP:** Desvio Padrão

**Tabela 8***Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por homens desta amostra*

| <i>Estratégias mais utilizadas</i>    |          |           | <i>Estratégias menos utilizadas</i> |          |           |
|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|----------|-----------|
|                                       | <i>M</i> | <i>DP</i> |                                     | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Programação de dieta e atividade      | 2.16     | 0.94      | Imitação-Modelagem                  | 1.87     | 1.26      |
| Gestão de impulsos-consciencialização | 2.10     | 0.90      | Regulação-Estabelecimento de regras | 1.81     | 1.14      |
| Regulação-permissão                   | 2.09     | 1.14      | Restrição                           | 1.76     | 1.21      |

Legenda:

**M:** Média**DP:** Desvio Padrão**Tabela 9***Estratégias de gestão de peso mais utilizadas consoante o IMC desta amostra*

| <i>Estratégias mais utilizadas</i>                             |                          |          |           |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|-----------|
|                                                                |                          | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| IMC Baixo Peso (IMC<18.4 Kg/M <sup>2</sup> )                   | Regulação-permissão      | 2.35     | 1.17      |
| IMC Peso Normal (IMC entre 18.5 e 24.9 Kg/M <sup>2</sup> )     | Planeamento de conteúdo  | 2.11     | 1.10      |
| IMC Pré Obesidade (IMC entre 25 e 29.9 Kg/M <sup>2</sup> )     | Suporte-ajuda dos outros | 2.59     | 0.93      |
| IMC Obesidade tipo I (IMC entre 30 e 34.9 Kg/M <sup>2</sup> )  | Regulação-Permissão      | 2.69     | 0.98      |
| IMC Obesidade tipo II (IMC entre 35 e 39.9 Kg/M <sup>2</sup> ) | Regulação-Restrição      | 2.58     | 0.99      |

Legenda:

**IMC:** Índice de massa corporal**M:** Média**DP:** Desvio Padrão**Tabela 10***Estratégias de gestão de peso mais e menos utilizadas por pessoas com diagnóstico de perturbação alimentar*

| <i>Estratégias mais utilizadas</i> |          |           | <i>Estratégias menos utilizadas</i> |          |           |
|------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|----------|-----------|
|                                    | <i>M</i> | <i>DP</i> |                                     | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Procura de informação              | 2.45     | 0.89      | Imitação Modelagem                  | 1.77     | 1.33      |
| Auto-monitorização                 | 2.30     | 1.23      | Suporte: motivacional               | 1.72     | 1.13      |
| Estabelecimento de objetivos       | 2.25     | 0.91      | Suporte: Ajuda dos outros           | 1.56     | 1.60      |

Legenda:

**M:** Média

**DP:** Desvio Padrão

### **Análise Fatorial Confirmatória da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)**

As respostas variaram entre o valor mínimo e máximo da escala (0 a 6). Os valores dos coeficientes de assimetria ( $|Sk| < 0.58$ ) e curtose ( $|Ku| < 1.35$ ) dos itens da escala evidenciaram uma sensibilidade psicométrica adequada (Anexo D, tabela 13). Foi realizada uma AFC para avaliar o ajustamento do modelo unidimensional da escala DG-DI (Anexo E). Os índices de ajustamento do modelo original indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo, à exceção do RMSEA com um valor que sugere um ajustamento inaceitável ( $CFI = .98$ ,  $TLI = .97$ ,  $RMSEA = .15$ ,  $IC_{90\%} = [.126, .171]$ ,  $SRMR = .04$ ). Todos os itens da escala apresentaram pesos fatoriais padronizados adequados, com valores a variar entre .62 e .83, assim como fiabilidade individual apropriada ( $.38 \leq r^2 \leq .69$ ) (Anexo D, tabela 14). Com o objetivo de melhorar a qualidade do ajustamento do modelo foram analisados os Índices de Modificação (IM) que sugeriram a correlação entre os erros dos itens DGDI\_5 e DGDI\_6 ( $IM = 36.1$ ). Visto que estes itens parecem remeter para um aspeto muito semelhante do comportamento alimentar - o conflito interno entre o desejo e o controlo alimentar.

Assim, foi realizada nova AFC, considerado a correlação entre os erros dos itens referidos. O modelo modificado (Anexo F) indicou uma melhoria face ao modelo original, revelando um bom ajustamento ( $CFI = .99$ ,  $TLI = .99$ ,  $RMSEA = .09$ ,  $IC_{90\%} = [.069, .118]$ ,  $SRMR = .03$ ). Os pesos fatoriais padronizados mantiveram-se adequados ( $.63 \leq \lambda \leq .85$ ), assim como a fiabilidade individual dos itens ( $.39 \leq r^2 \leq .72$ ) (Anexo D, tabela 14). Relativamente à validade convergente da escala DG-DI, esta foi confirmada, uma vez que o valor da VEM obtido foi superior ao valor de referência ( $VEM = .58$ ). A consistência interna da escala foi

avaliada utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha = .89$ ), o Omega de Macdonald ( $\omega = .87$ ) e a Fiabilidade Compósita (FC = .89), revelando uma boa consistência interna.

### **Análise Fatorial Confirmatória da escala Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)**

As respostas variaram entre o valor mínimo e máximo da escala (0 a 6). Os valores dos coeficientes de assimetria ( $|Sk| < 0.49$ ) e curtose ( $|Ku| < 1.019$ ) dos itens da escala evidenciaram uma sensibilidade psicométrica adequada (Anexo G, tabela 15). Realizou-se uma AFC para avaliar o ajuste do modelo unidimensional da escala SWDB (Anexo H). Os índices de ajustamento do modelo original indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo, com a exceção do RMSEA com um valor que sugere um ajustamento inaceitável (CFI = .93, TLI = .90, RMSEA = .20,  $IC_{90\%} = [.189, .219]$ , SRMR = .07). Os pesos fatoriais padronizados mantiveram-se adequados ( $.66 \leq \lambda \leq .85$ ) com exceção do item 2 que apresentou um peso fatorial de .24. A fiabilidade individual mantém-se adequada em todos os itens com valores a variar entre .44 e .72, mantendo a exceção do item 2 que apresentou um valor de 0.24 (Anexo G, tabela 16). Por este motivo foi realizada nova AFC, sendo retirado o item 2, por este não contribuir significativamente para o construto da variável satisfação.

O novo modelo (Anexo I) manteve-se com um índice de ajustamento aceitável, mas mantendo o RMSEA inaceitável (CFI = .94, TLI = .91, RMSEA = .21,  $IC_{90\%} = [.190, .225]$ , SRMR = .06). Sublinha-se que RMSEA inaceitáveis possam ser justificados por baixos graus de liberdade característicos de escalas unifatoriais como o caso da SWDB (Kline, 2016; Marôco, 2021). A adequação do modelo não deve ser rejeitada com base apenas num índice, uma vez que os restantes três considerados são considerados adequados (Browne & Cudeck, 1993, Kline, 2016, Marôco, 2021). Os pesos fatoriais padronizados mantiveram-se adequados ( $.66 \leq \lambda \leq .85$ ), assim como a fiabilidade individual dos itens ( $.43 \leq r^2 \leq .72$ ) (Anexo G, tabela 17). A validade convergente da escala SWDB foi confirmada, dado que o valor da VEM foi de .59.

Esta escala revelou boa consistência interna e foi avaliada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha = .90$ ), o Omega de Macdonald ( $\omega = .90$ ) e a Fiabilidade Compósita (FC = .91).

### **Análise Fatorial Confirmatória da escala Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)**

As respostas variaram entre o valor mínimo e máximo da escala (0 a 8). Os valores dos coeficientes de assimetria ( $|Sk| < 0.564$ ) e curtose ( $|Ku| < 1.202$ ) dos itens da escala evidenciaram uma sensibilidade psicométrica adequada (Anexo J, tabela 18). Prosseguiu-se para a AFC com o objetivo de avaliar o ajuste do modelo trifatorial da escala TFEQ (Anexo K). Os índices de ajustamento do modelo original indicaram um bom ajustamento global à amostra em estudo ( $CFI = .96$ ,  $TLI = .96$ ,  $RMSEA = .06$ ,  $IC_{90\%} = [.054, .067]$ ,  $SRMR = .05$ ). Com exceção dos itens 14, 15, 16 que apresentaram pesos fatoriais considerados inaceitáveis ( $\lambda \leq .4$ ), todos os restantes itens mantiveram pesos fatoriais adequados a variar entre .44 e .82. A fiabilidade individual manteve-se adequada em todos os itens com exceção dos supracitados ( $.23 \leq r^2 \leq .67$ ) (Anexo J, tabela 19). Por este mesmo motivo retirou-se os itens 14, 15 e 16 e realizou-se nova AFC.

Prosseguiu-se para a nova AFC com o objetivo de avaliar o ajuste do modelo tridimensional da escala TFEQ (Anexo L). Os índices de ajustamento do novo modelo mantiveram um bom ajustamento global à amostra em estudo ( $CFI = .97$ ,  $TLI = .97$ ,  $RMSEA = .06$ ,  $IC_{90\%} = [.189, .219]$ ,  $SRMR = .04$ ). Os pesos fatoriais padronizados mantiveram-se adequados ( $.43 \leq \lambda \leq .82$ ), assim como a fiabilidade individual dos itens ( $.24 \leq r^2 \leq .61$ ), com exceção do item 18 que apresentou fiabilidade individual não aceitável ( $r^2 = .18$ ), não representando nenhuma ameaça ao ajustamento do modelo final (Anexo J, tabela 19). No que respeita ao valor de consistência interna representado pelo  $\alpha$  todos os construtos no novo modelo se encontram adequados ( $.75 \leq \alpha \leq .88$ ). Os fatores descontrolo alimentar e alimentação emocional apresentam valores de  $\omega$  de .87 e .70 e fiabilidade compósita de .89 e .75 respetivamente. A validade convergente destes dois construtos foi confirmada pelo valor da VEM superior a .50. O construto restrição cognitiva apresentou o valor de  $\omega$  de .63 e de VEM de .44, ambos considerados abaixo do valor padrão (Anexo J, tabela 23). Não existe validade discriminante entre os fatores descontrolo alimentar - restrição cognitiva e alimentação emocional - descontrolo alimentar, dado que os valores da correlação ao quadrado são superiores à VEM nestes mesmos construtos (Anexo J, tabela 22).

### **Análise Fatorial Confirmatória da escala Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB)**

As respostas foram entre o valor mínimo e máximo do instrumento (0 a 4). Os coeficientes de assimetria ( $|Sk| < 0.30$ ) e curtose ( $|Ku| < 1.31$ ) dos itens utilizados da escala evidenciaram uma sensibilidade psicométrica apropriada (Anexo M, tabela 24). Seguiu-se a

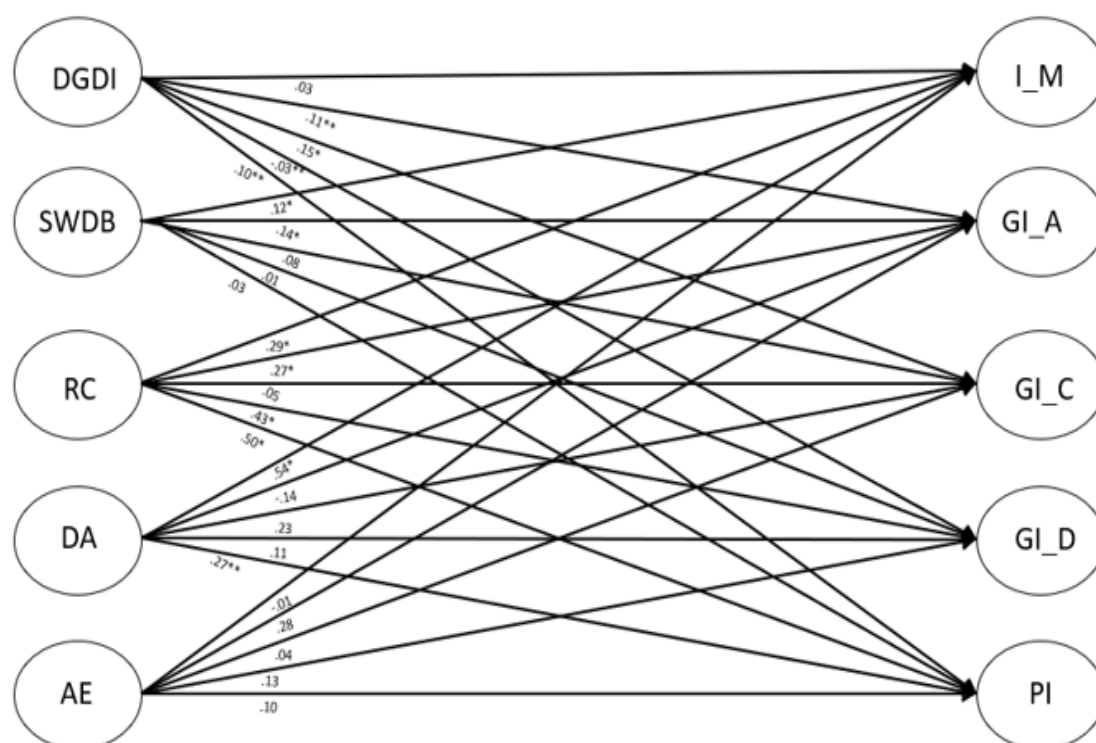
AFC (Anexo N) onde se avaliaram os índices de ajustamento que indicaram um ajustamento bom à escala global, com exceção do RMSEA que se considera inaceitável por se apresentar superior a .10 ( $CFI = .94$ ,  $TLI = .92$ ,  $RMSEA = .11$ ,  $IC_{90\%} = [.103, .118]$ ,  $SRMR = .06$ ). Este valor de RMSEA pode refletir a sensibilidade aos baixos graus de liberdade sendo assim sobre-estimado (Marôco, 2021) e à falta de invariância entre grupos (Chen, 2007). Os itens da escala apresentaram pesos fatoriais padronizados adequados ( $.53 \leq \lambda \leq .90$ ), bem como a sua fiabilidade individual ( $.28 \leq r^2 \leq .82$ ) (Anexo M, tabela 24). A consistência interna de todos os construtos manteve-se adequada, sendo avaliada pelo Alfa de Cronbach ( $.71 \leq \alpha \leq .91$ ), pelo Omega de Macdonald ( $.68 \leq \omega \leq .89$ ) e pela Fiabilidade Compósita ( $.71 \leq FC \leq .91$ ). A validade convergente avaliada pela VEM foi superior a 0.5 em todos os construtos com exceção do construto gestão de impulsos - aceitação que apresentou um valor próximo (ainda que inferior) a 0.5 ( $VEM_{GLA} = 0.45$ ) (Anexo M, tabela 28). A validade discriminante não acontece entre os fatores “gestão de impulsos – aceitação” e “gestão de impulsos – consciencialização”; “gestão de impulsos – distração” e “gestão de impulsos – aceitação”; “gestão de impulsos – distração” e “gestão de impulsos – consciencialização” por apresentar valores de correlação ao quadrado superiores à VEM (Anexo M, tabela 27).

### **Modelo de Equações Estruturais**

Foi desenhado um modelo de equações estruturais que procurou responder a um dos objetivos desta investigação, ou seja, se variáveis como a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional (composto por restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrolo alimentar) prediziam alguns comportamentos funcionais de gestão de peso (imitação/modelagem, gestão de impulsos - aceitação, gestão de impulsos - consciencialização, gestão de impulsos - distração e a procura de informação). O modelo (Figura 1) apresentou um muito bom ajustamento global à amostra em estudo ( $CFI = .95$ ,  $TLI = .94$ ,  $RMSEA = .05$ ,  $IC_{90\%} = [.049, .054]$ ,  $SRMR = .05$ ).

**Figura 1.** Modelo de equações estruturais original

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, IC<sub>90%</sub> = [.049, .054], SRMR = .05)



Legenda:

\*  $p < .05$  (Significativo)

\*\*  $.05 \leq p < .10$  (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar

SWDB: Satisfação com a dieta

RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

AE: Alimentação emocional

I\_M: Imitação/Modelagem

GI\_A: Gestão de impulsos – aceitação

GI\_C: Gestão de impulsos – Consciencialização

GI\_D: Gestão de impulsos – Distração

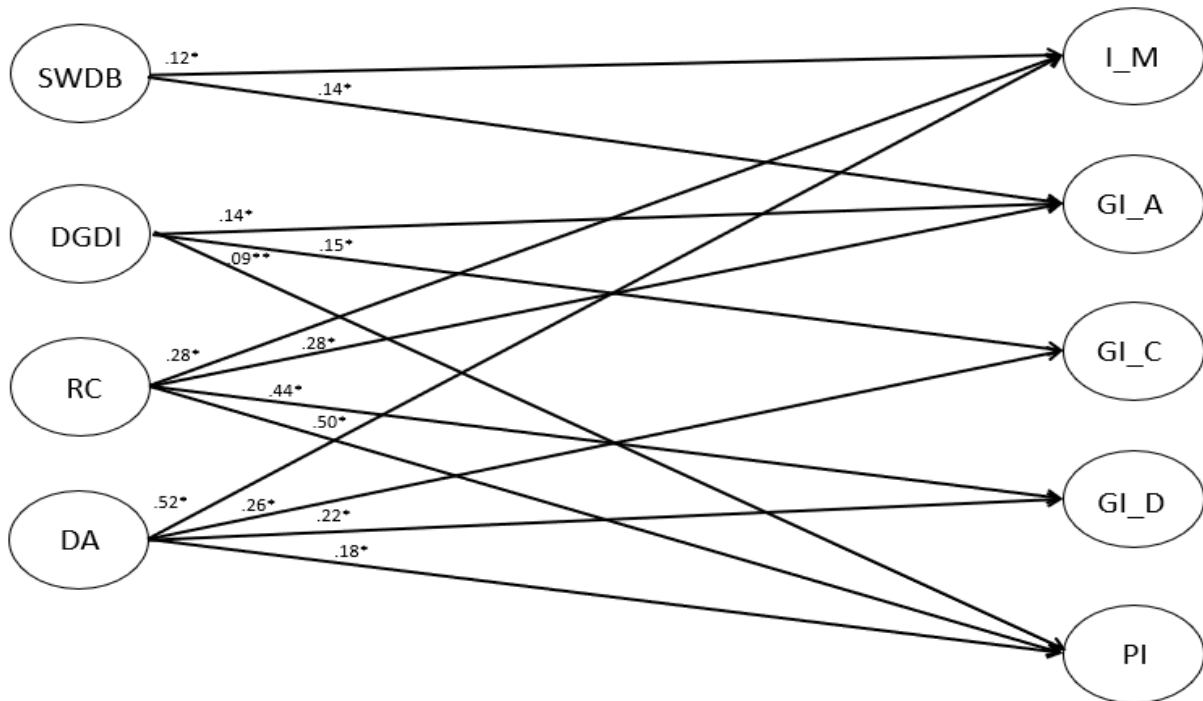
PI: Procura de informação

Todos os valores de  $\beta$  (beta) e de  $p$  ( $p$ -value) do modelo original, encontram-se descritos no anexo O, tabela 34.



**Figura 2.** Modelo de equações estruturais refinado

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, IC<sub>90%</sub> = [.049, .057], SRMR = .05)



**Legenda:**

Só se apresentam valores de  $\beta$  estatisticamente significativos

\*  $p < .05$  (Significativo)

\*\*  $.05 \leq p < .10$  (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar

SWDB: Satisfação com a dieta

RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

I\_M: Imitação/Modelagem

GI\_A: Gestão de impulsos – aceitação

GI\_C: Gestão de impulsos – Consciencialização

GI\_D: Gestão de impulsos – Distração

PI: Procura de informação

O fator alimentação emocional não impactou significativamente nenhuma estratégia de gestão de peso, razão pela qual se refinou o modelo sem a existência deste fator (Anexo P). O modelo refinado de equações estruturais (Anexo P) manteve um muito bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, IC<sub>90%</sub> = [.049, .057], SRMR = .05).

Assim, neste novo modelo refinado as variáveis independentes restrição cognitiva ( $\beta = .500$ ;  $p \leq .001$ ), descontrolo alimentar ( $\beta = .183$ ;  $p = .009$ ) e incongruência alimentar ( $\beta = .088$ ;  $p = .093$ ) predizem significativa e positivamente o comportamento de gestão de peso procura de informação. Contrariamente à satisfação com a dieta ( $\beta = .033$ ;  $p = .422$ ) que não impacta

este comportamento. Assim, quanto maior a restrição cognitiva, o descontrole alimentar e a incongruência alimentar maior a procura de informação.

A satisfação com a dieta ( $\beta = .139$ ;  $p = .003$ ), a restrição cognitiva ( $\beta = .284$ ;  $p \leq .001$ ) e a incongruência desejo-meta alimentar ( $\beta = .142$ ;  $p = .013$ ) predizem positiva e significativamente o comportamento alimentar gestão de impulsos - aceitação. Por outro lado, o descontrole alimentar ( $\beta = .098$ ;  $p = .220$ ) não se relaciona com esta estratégia. Pode dizer-se que maior satisfação com a dieta, maior restrição cognitiva e maior incongruência alimentar contribuem positivamente para a adoção da estratégia de peso gestão de impulsão (aceitação).

O descontrole alimentar ( $\beta = .262$ ;  $p = .002$ ) e a incongruência alimentar ( $\beta = .151$ ;  $p = .013$ ) predizem positivamente o comportamento de gestão de peso gestão de impulsos - consciencialização. Desta forma, maior descontrole alimentar e incongruência alimentar levam a uma maior procura deste tipo de comportamento de gestão de peso. Contrariamente, esta estratégia de gestão de peso não é predita pela satisfação com a dieta ( $\beta = .076$ ;  $p = .150$ ) nem pela restrição cognitiva ( $\beta = .587$ ;  $p = .587$ ).

A estratégia de gestão de peso gestão de impulsos - distração é predita positivamente pelas variáveis independentes restrição cognitiva ( $\beta = .435$ ;  $p \leq .001$ ) e descontrole alimentar ( $\beta = .224$ ;  $p = .008$ ). Quanto mais restrição cognitiva e descontrole alimentar maior a adoção deste comportamento de gestão de peso. Por sua vez, a incongruência desejo-meta alimentar ( $\beta = -.011$ ;  $p = .857$ ) e a satisfação com a dieta ( $\beta = .006$ ;  $p = .890$ ) não se relacionam com esta estratégia.

Por fim, a satisfação com a dieta ( $\beta = .120$ ;  $p \leq .001$ ), a restrição cognitiva ( $\beta = .283$ ;  $p \leq .001$ ) e o descontrole alimentar ( $\beta = .523$ ;  $p \leq .001$ ) predizem positiva e significativamente a imitação/modelagem. Será correto afirmar que maior satisfação com a dieta, maior restrição cognitiva e maior descontrole alimentar levam a uma maior imitação/modelagem como estratégia de gestão de peso. Contrariamente, a incongruência alimentar ( $\beta = .030$ ;  $p = .533$ ) não se relaciona com este comportamento de gestão de peso.

Todos os valores de  $\beta$  (beta) e de  $p$  (p-value) do modelo refinado, encontram-se descritos no anexo O, tabela 35.

## **Discussão**

Estados fisiológicos, cognitivos e emocionais afetam a forma como cada pessoa gere o seu comportamento alimentar e a sua forma de estar face à alimentação (Hamburg et al., 2014), sendo por isso a investigação nesta área uma prioridade. Ainda que grande parte do conhecimento disponível seja respeitante à restrição alimentar ou calórica, o que pode gerar patologias alimentares ou relações alimentares pouco saudáveis (Strain, Herman & Verheijden, 2014), a investigação procura cada vez debruçar-se sobre atitudes, emoções e comportamentos alimentares funcionais (Sproesser et al., 2017).

Sabe-se que os comportamentos funcionais de gestão de peso podem ser influenciados por uma série de fatores como a educação, a família, o nível sócio económico (Petrenko & Gulich, 2024), a genética (Elder et al., 2012) e o ambiente que envolve a alimentação (Paquet, 2019). Muitos destes fatores não são auto regulados (Love, Bhullar & Schutte 2019), pelo que reconhecer fatores que possam ser regulados pelo próprio são um importante ponto de partida para a adoção e modificação de comportamentos de gestão de peso. Não existe muita bibliografia sobre de que forma é que certas variáveis auto reguladas, como a satisfação com a dieta, a incongruência desejo-meta alimentar e o comportamento alimentar disfuncional (avaliado pela restrição cognitiva, a alimentação ou ingestão emocional e o descontrolo alimentar), influenciam estes comportamentos de gestão de peso, tornando este estudo importante e inovador, sobretudo para a prática clínica da psicologia. Dado que estes profissionais trabalham com estados internos e grande parte das vezes auto reguláveis (OPP, 2015). Desta forma, o presente estudo tentou responder aos seguintes objetivos: descrição dos principais comportamentos de gestão de peso utilizados por esta amostra e de que forma determinadas variáveis auto reguladas como a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional podem predizer determinados comportamentos de gestão de peso, como a imitação, a gestão de impulsos e a procura de informação.

A não satisfação com a dieta pode levar à dificuldade em adotar estratégias funcionais de gestão de peso (James et al., 2018) sendo parcialmente corroborado por esta investigação, onde a satisfação com a dieta só prediz os comportamentos de gestão de peso imitação/modelagem e a gestão de impulsos (aceitação). Isto pode acontecer porque instrumentos que procuram mensurar a satisfação com a dieta têm dificuldade em definir o que significa “estar satisfeito com” (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Grande parte dos respondentes pode achar que estar satisfeito com a sua alimentação significa adotar uma dieta

que faça perder peso (Kolotkin et al., 2009) ou que adotou certos tipos de comportamento que o levem a ficar mais satisfeito (Kolotkin et al., 2001). Sendo que neste estudo utilizámos o conceito de satisfação com a dieta como a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021), independentemente se o objetivo fosse o ganho, a manutenção ou a perda de peso.

Ainda que os resultados a que se chegou possam ser congruentes com o facto de a experiência subjetiva de satisfação com a dieta possa predizer o comportamento de imitação e modelagem na medida em que o indivíduo não se sente excluído socialmente, sente-se validado e aceite nas suas escolhas alimentares e está inserido num ambiente onde há consenso sobre o que é “bom” comer se estiver a copiar os hábitos alimentares do grupo onde está inserido. Isto pode dever-se ao facto de os consumidores perceberem que as suas escolhas alimentares estão positivamente alinhadas com a sua preferências pessoais e valores, reforçados por normas sociais e culturais. Cruwys, Bevelander e Hermans (2015) concluíram que a identificação e imitação de comportamentos alimentares num grupo gera uma maior identificação social, aumentando a sensação de auto-eficácia e de satisfação com a escolha alimentar. Já Higgs (2015) demonstrou que perceber positivamente o que os outros estão a comer influencia a forma como comemos e como nos sentimos sobre isso, ou seja, a satisfação com a nossa alimentação. Sendo que estes autores (Cruwys, Bevelander, & Hermans, 2015; Higgs, 2015), referem que esta satisfação pode ser confundida com satisfação social e relacional ao invés de satisfação com a dieta. No que respeita ao resultado de que maior satisfação com a dieta prediz maior a adoção de estratégias de gestão de peso de aceitação do impulso para a alimentação, pode dever-se ao facto de que quanto mais satisfeitas as pessoas estão com a sua dieta, mais provável é que aceitem os seus impulsos (ao invés de suprimi-los), já que a satisfação emocional com a dieta ajuda a reduzir o desejo de comer compulsivamente ou emocionalmente, trazendo assim aumento de consciência – e facilidade na gestão/aceitação - sobre os impulsos alimentares.

Na AFC do instrumento *SWDB*, utilizado para avaliar a satisfação com a dieta, foi retirado o item 2 (“*Eu gostaria que os meus padrões alimentares fossem mais saudáveis*”) pela carga fatorial ter sido considerada inaceitável, opção esta não corroborada pela principal bibliografia consultada (Martins et al., 2024). Algumas das justificações possíveis podem advir da própria construção semântica do item, como por exemplo estar construída no pretérito imperfeito (projetada para o futuro). Outras das opções pode ser porque este item parece sugerir uma mensuração de motivação para a mudança ou intenção de melhorar, o que pode não ser interpretado como um construto de satisfação. Embora este item esteja construído na

negativa (item invertido) parece exigir uma percepção de insatisfação e não de satisfação. Ainda, o item 2 pode estar conflituante com o viés de socialização, ou seja, pode ser interpretado por alguns respondentes como uma necessidade de melhorar algo que pode não ser percebido como um problema (por exemplo se as pessoas já adotarem padrões alimentares saudáveis), ou seja, pessoas que consideram que já têm padrões alimentares saudáveis podem responder de forma neutra gerando uma carga fatorial naturalmente baixa. Poderia sugerir-se alteração do item para “Eu estou confiante de que os meus padrões alimentares são saudáveis” ou então “Eu acredito que os meus padrões alimentares são saudáveis”. Dado este conflito semântico, pode sugerir-se que talvez esta escala procure avaliar a satisfação da vida relacionada com a alimentação e não este aspeto cognitivo entre os objetivos traçados para a dieta e a concretização desses mesmos objetivos (que era o que se pretendia neste estudo). Isto porque a satisfação com a vida pode definir-se como uma avaliação geral de emoções e cognições sobre a vida individual, podendo dirigir-se a um dado tema (como a dieta), podendo ser positiva ou negativa (Schnettler et al., 2015). Grunert e colaboradores (2007) produziram um instrumento de satisfação com a vida que se relaciona com padrões alimentares e engloba itens como “estou globalmente satisfeito com a minha alimentação”, item semanticamente semelhante a “*estou satisfeito com o meu comportamento alimentar atual* (item 1 do instrumento SWDB” o que pode corroborar com esta hipótese. Love, Bhullar e Schutte (2019) referem ainda que satisfação com o comportamento alimentar gera maior satisfação com a vida, complementando esta possibilidade destes conceitos estarem altamente relacionados e por isso não serem percecionadas por quem respondeu ao questionário.

Ainda que este instrumento tenha mostrado um bom ajuste cultural, tanto numa amostra não clínica da população brasileira (Martins et al., 2024), como numa amostra clínica da população chinesa (Li et al., 2021), não havendo necessidade de melhorar os índices de ajustamento ou de retirar itens, no presente estudo tal não se verificou. Desta forma não se pode afirmar que este instrumento seja totalmente sensível a variações culturais (e semânticas).

Refletindo sobre outro fator que impacta os comportamentos de gestão de peso, a incongruência alimentar que se refere à distância que existe entre o desejo alimentar e o objetivo alimentar (Love, Bhullar, & Schutte, 2019) prediz positivamente as estratégias de gestão de impulsos (aceitação e consciencialização) e a procura de informação. Maior incongruência alimentar parece relacionar-se positivamente com maior ausência de autocontrolo (Finlayson et al., 2011). A aceitação e a consciencialização parecem afetar a autoconsciência e a autorregulação (Leary & Kowalski, 1990), na medida que é preciso que estas existam para que exista também autocontrolo (Tackett & McAdams, 2012). Se a

incongruência alimentar parece levar a uma maior ausência de autocontrole, a aceitação pode ser uma estratégia eficaz para lidar contra essa mesma incongruência. Isto porque um indivíduo em vez de lutar contra esses desejos ou sentir-se de certa forma culpado por tê-los, pode aceitá-los e assim lidar melhor com os impulsos ajudando-o a manter-se controlado sobre o seu comportamento alimentar, apesar da discrepância entre o seu desejo alimentar e a sua meta face à dieta. Mas para haver uma aceitação é preciso primeiro existir uma consciência de que esse conflito interno existe (Tackett & McAdams, 2021). Ao invés de ser combativo face a este conflito interno, estas estratégias de gestão de peso permitem ao indivíduo sentir desejo por determinado alimento, sem que por isso seja controlado por ele, ajudando-o a reduzir a pressão interna associada a uma escolha aceitante e consciente e por isso mais controlada. A incongruência alimentar pode relacionar-se, por outro lado, com a procura de informação na medida em que, ao tomar consciência deste conflito o indivíduo tende a procurar estratégias, conhecimentos ou orientações que o ajudem a lidar melhor com esse conflito. Li e colaboradores (2021) referem que este instrumento assenta numa avaliação cognitiva e, assim sendo, é possível utilizarmos este racional para corroborar os achados desta investigação: a consciência de que existe uma distância entre o desejo alimentar e as metas individuais sobre a dieta pode também gerar uma maior aceitação sobre os comportamentos de gestão de peso necessários, promovendo estratégias mais ajustadas de regulação como a gestão de impulsos sem ceder-lhes automaticamente.

Outro dos achados interessantes deste estudo foi o facto desta variável (i.e., incongruência desejo-meta alimentar) não se relacionar com a restante estratégia de comportamentos de gestão de peso que diz também respeito à gestão de impulsos (distração). Embora a incongruência alimentar possa gerar desconforto, a distração (como estratégia de gestão de peso) parece atuar como uma fuga ao desejo alimentar e não propriamente relacionada com o conflito entre o desejo e o objetivo alimentar. Esta mesma variável (incongruência alimentar) também não se relacionou com a ocorrência da imitação ou modelagem como estratégia de gestão de peso; isto pode dever-se ao facto de a incongruência ser intrapessoal e a imitação interpessoal. Adicionalmente, alguém que procure imitar comportamentos de gestão de peso de amigos ou familiares pode não apresentar-se incongruente com os seus desejos e com as suas metas para a dieta. Love, Bhullar e Schutte (2019) colocaram a hipótese de que maior incongruência alimentar parece estar relacionada com impulsos/cravings mais intensos/frequentes, sendo isto corroborado com a não relação a que este estudo chegou entre esta variável e a procura de informação, isto porque: a incongruência é vivida no momento do impulso entre aquilo que se deseja e aquilo que se

objetiva para a dieta, contrariamente à procura de informação que é um comportamento proativo e deliberado.

No que respeita à AFC da escala *DG-DI*, utilizada para avaliar a incongruência alimentar, foi sugerido um índice de modificação entre os itens 5 (“*Eu frequentemente tenho conflitos internos quando penso sobre o que comer*”) e 6 (“*Eu gosto tanto de certos alimentos, que é difícil de resistir-lhes, mesmo quando eles não estão de acordo com as minhas metas*”) que parece não ser frequente em bibliografia de validação da mesma escala (Love, Bhullar & Schutte, 2019, Martins et al., 2024). Ainda assim, importa referir que podemos estar na presença de um fator latente não modelado, ou seja, ambos os itens parecem partilhar uma característica psicológica comum – o conflito interno – que não surgiu na AFC do instrumento original (Love, Bhullar & Schutte 2019).

Refletir sobre o papel que variáveis como a restrição cognitiva e o descontrolo alimentar (neste caso não funcionais) possam ter na predição positiva de certos comportamentos funcionais de perda de peso pode ser considerado um desafio. Neste estudo, estas variáveis são as que mais se relacionam com as diferentes estratégias de gestão de peso.

A AFC do instrumento TFEQ-18 (composto pelos fatores alimentação descontrolada, alimentação emocional e restrição cognitiva) revelou não haver validade discriminante entre os fatores alimentação descontrolada (AD) e alimentação emocional (AE), resultado este corroborado pela bibliografia consultada (Martins et al., 2018). Karlsson e colaboradores (2000b) referem que ambos os fatores se referem a comer em excesso, existindo por isso uma proximidade teórica; no entanto nem todos os itens da alimentação descontrolada se relacionam com emoções, contrariamente à alimentação ou ingestão emocional. Os mesmos autores (Karlsson et al., 2000b) referenciam que os itens da alimentação emocional estiveram na génese do fator descontrolo alimentar (antes da versão reduzida da escala) e que estas questões conceptuais podem estar na origem desta ameaça à validade discriminante, pois estes fatores demonstraram estar altamente relacionados ( $r = .91$ ). Ainda sobre este instrumento, na AFC o construto restrição cognitiva (RC) não apresentou validade convergente, demonstrando que os itens que correspondem a este construto podem não o avaliar, o que pode ser o reflexo da baixa carga fatorial apresentada pelos itens 15 e 16. Ainda que a bibliografia consultada (Martins et al., 2018) descreva validade convergente neste fator num pré-teste e intervalos de valor de VEM entre .47 e .70 (sendo que o mínimo é considerado pela bibliografia como inaceitável) e intervalos de VEM entre .52 e .67 para a amostra seleccionada, os valores de VEM são aceitáveis, ainda que se aproximem do limiar inferior. Ainda na análise da AFC, o item 14 que carrega no

fator descontrolo alimentar (*“Com que frequência sente fome?”*) apresentou uma baixa carga fatorial e isto pode dever-se ao facto deste poder carecer de interpretação funcional ou disfuncional, ou seja, alguns participantes podem ter associado “ter fome” a um sinal de descontrolo ao invés de outros que podem ter associado a fome a um comportamento normal e natural (sem que por isso seja descontrolo). Esta carga fatorial baixa pode ainda ter resultado da interpretação que se dá ao conceito de fome. Vejamos, a fome é influenciada por fatores internos (como hormonas e metabolismo basal) e fatores externos (como o ambiente social e os intervalos entre refeições) (Marcelino et al., 2001), e corresponde a uma perceção fisiológica (Stevenson, 2023), enquanto o descontrolo alimentar (fator que diz respeito a este item) faz referência a um processo cognitivo e mental (Duarte, Palmeira, & Pinto-Gouveia, 2020). Já o item 15 (*“Com que frequência evita “armazenar” alimentos tentadores?”*) parece ser sensível a fatores culturais (Wrzecionkowska & Aragón, 2021), sendo uma possibilidade futura a de investigar até que ponto as diferenças culturais ou a divergência na interpretação deste mesmo item podem contribuir para a fraqueza do mesmo (razão pela qual foi excluído em amostras de populações de diferentes países). O item que se encontra relacionado com o fator restrição cognitiva e que foi excluído por baixa carga fatorial pode dever-se também à diferença que alguns respondentes podem ter feito entre uma ação (armazenar) e a própria capacidade de desviar pensamentos sobre os alimentos tentadores, ou seja, o próprio pensamento cognitivo. O item 16 (*“Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que quer?”*) que se encontra no fator restrição cognitiva também foi excluído pela carga fatorial, isto pode dever-se ao facto de “comer menos do que quer” poder ser uma estratégia influenciada por fatores como a motivação pessoal e por isso ser interpretado de forma pouco consistente. Alguns estudos que utilizaram esta mesma escala, com uma amostra italiana (Rossi et al., 2024), com uma amostra populacional mexicana (Wrzecionkowska & Aragón, 2021), com uma amostra grega (Kavazidou et al., 2012) e com uma amostra francesa (Lauzon et al., 2004), retiraram o item 15 também por baixo peso fatorial. Num estudo realizado a uma amostra portuguesa (Palmeira et al., 2016), os itens 14 e 15 foram também excluídos por apresentarem carga fatorial inaceitável e assim retirados ao modelo original, sendo este resultado compatível com este estudo. Embora o ajustamento ao modelo refinado tenha sido aceitável, alguns autores como Karlsson e colaboradores (2000b) apresentaram dificuldades a ajustar o modelo. Outro dos pontos que é preciso ressaltar sobre este instrumento é que ele avalia apenas alguns componentes do comportamento alimentar, neste caso disfuncional (Martins et al., 2020) não permitindo extrair toda a informação deste perfil comportamental. Áreas como a insatisfação corporal poderiam também ser contempladas neste instrumento porque podem considerar-se



fatores centrais na compreensão do comportamento alimentar, estando associados tanto à adoção de estratégias disfuncionais, como a restrição cognitiva, a alimentação emocional e a alimentação descontrolada, como à dificuldade em manter comportamentos de gestão de peso funcionais (Sepulveda, Carrobbles, & Gandarilhas, 2008).

A restrição cognitiva, no âmbito da alimentação, diz respeito aos traços de evitamento alimentar, consciente, como uma resposta à saciedade, sendo que pessoas com elevados níveis de restrição apresentam menos apetite ou interesse pela gestão do comportamento alimentar (Hirsch et al., 2014). Este tipo de comportamento é muitas vezes motivado por preocupações com o peso, mas pode ser ineficaz no que respeita à procura de estratégias para o combater (Bryant et al., 2008). Esta variável relacionou-se significativamente com todas as estratégias de gestão de peso com exceção da gestão de impulsos – consciencialização. Este achado é coincidente com a literatura sobre o tema ao demonstrar que pessoas com elevados níveis de restrição cognitiva tendem a estar menos focadas na sua alimentação, nomeadamente no que diz respeito à prática de *mindfulness eating* (Beshara, Hutchinson & Wilson, 2013; Camilleri et al., 2015). Isto pode acontecer porque pessoas com elevados níveis de restrição cognitiva não tendem a apresentar um controlo muito ativo sobre a sua forma de agir (o que seria esperado na gestão de impulsos por consciencialização) (Karlsson et al., 2000). Embora esta seja uma estratégia alimentar consciente e voluntária (Karlsson et al., 2000), estes indivíduos podem tender a adotar estratégias mais passivas (como por exemplo imitar outros ou distrair-se) ou depender de soluções externas (como procurar informação), ao procurarem contornar as suas limitações ao nível do auto-controlo e da toma deliberada de decisões, talvez porque só a sua restrição cognitiva já exige tanto a nível mental que pode não haver espaço para outras pensar sobre outras tarefas. Em suma, pessoas com maior restrição cognitiva procuram estratégias de gestão de peso que envolvam menos processamento cognitivo ou procuram contornar esta limitação com ajuda de fatores externos.

O descontrolo alimentar (DA) associou-se positivamente a diferentes estratégias de gestão de peso: procura de informação, gestão de impulsos por distração e por consciencialização, bem como à modelagem social (imitação). Estes dados sugerem que nesta amostra, indivíduos com níveis mais elevados de DA recorrem a estratégias cognitivas e comportamentais como forma de lidarem com estes episódios de perda de controlo alimentar, indo ao encontro de literatura anterior (Camilleri et al., 2015; Polivy & Herman, 2002). A procura de informação como estratégia de controlo alimentar parece representar um esforço consciente para modificar estes hábitos descontrolados, podendo funcionar como uma

estratégia compensatória (Bryant et al., 2008). No mesmo sentido, a gestão por impulsos por distração parece funcionar como um mecanismo utilizado para redirecionar a atenção do impulso ou ato de comer descontroladamente para outras atividades neutras (Kristeller & Wolever, 2011). A gestão de impulsos por via da consciencialização, pode refletir diversas tentativas de desenvolver uma maior auto-consciência emocional e comportamental, frequentemente observadas em intervenções baseadas na 3.<sup>a</sup> geração (como o *mindfulness*), que se têm mostrado eficazes na redução de episódios de alimentação compulsiva (Tapper et al., 2009). No que respeita à imitação, pessoas com maior propensão ao descontrolo alimentar tendem a reproduzir comportamentos alimentares de outros, particularmente em contextos sociais, reforçando o papel da influência externa sobre o comportamento alimentar (López-Guimerà et al., 2010). Por sua vez, não se observar uma correlação significativa entre o descontrolo alimentar e a gestão de impulsos por aceitação, pode explicar uma menor capacidade de tolerância a sensações desconfortáveis sem recurso à alimentação como forma de regulação (Svaldi et al., 2012). Pessoas com elevados níveis de descontrolo alimentar tendem a recorrer a múltiplas estratégias para contrariar estes comportamentos (Svaldi et al., 2012); no entanto a ausência de aceitação emocional pode claramente comprometer a eficácia destas suas ações, perpetuando ciclos de descontrolo alimentar e potenciado a possibilidade de perturbação do comportamento alimentar (Wonderlich et al., 2017).

Numa perspetiva mais global sobre a caracterização dos comportamentos de gestão de peso nesta amostra, este estudo indica que os comportamentos de gestão de peso, mais frequentemente utilizados por esta amostra foram: “programação da dieta e atividade”, “gestão de impulsos por aceitação” e “planeamento de conteúdo”. Estas estratégias parecem refletir abordagens mais estruturadas, conscientes e deliberadas no comportamento alimentar, evidenciando estratégias de autorregulação. Estes comportamentos podem estar associados a maior autonomia e sustentabilidade do comportamento alimentar como sugerido na literatura (Hartmann-Boyce, 2016; Teixeira et al., 2015). O “planeamento de conteúdo”, a “regulação” e a “restrição” são as principais estratégias de gestão de peso adotadas por uma amostra de cinco países diferentes (Estados Unidos, Portugal, Alemanha, Finlândia e Grécia) onde se inclui Portugal (Paixão et al., 2020), sendo parcialmente corroborado com a atual investigação. A estratégia “planeamento de conteúdo” é identificado como uma das estratégias mais utilizadas em amostras com peso normal, sendo concordante com este estudo (Hartmann-Boyce et al., 2017). Contudo, a estratégia de “gestão de impulsos por aceitação” foi das mais frequentes na amostra em questão, sendo que não figura entre os domínios mais frequentes

utilizados na taxonomia OxFAB. Esta discrepância pode refletir-se em diferenças culturais e características específicas da amostra ou numa maior adesão a abordagens baseadas na aceitação emocional (Forman et al., 2013; Kristeller & Wolever, 2011). Num estudo realizado com uma amostra de mulheres de meia-idade portuguesas, as estratégias “planeamento de conteúdo”, “gestão de impulsos-aceitação” e “regulação-permissão” (Leitão et al., 2023) sendo congruente com os resultados a que este estudo chegou se utilizarmos apenas o sexo biológico feminino para esta comparação (dado que o intervalo de idades utilizado não contempla pessoas de meia-idade).

Já os comportamentos de gestão de peso menos utilizados por esta amostra foram: controlo de estímulos, restrição e gestão de impulsos - distração. A adoção destes comportamentos podem indicar menor uso de estratégias de evitamento, que apesar de eficazes (Gardner et al., 2012, Michalak et al., 2019), parecem ser menos praticadas por esta amostra.

## **Limitações**

O formato online utilizado para a recolha de dados poderá ter restringido a amostra a indivíduos com acesso à internet e com competências de literacia digital. Apesar de se ter obtido um total de 601 participantes, a dimensão amostral poderia ter sido superior.

A amostra não probabilística e voluntária pode ter conduzido à inclusão de pessoas motivadas e interessadas para o tema, afetando a heterogeneidade da amostra, colocando também dificuldades à representatividade da amostra.

O fato de ser um questionário de autorresposta pode enviesar questões como o peso e altura (condicionando o IMC) ou o diagnóstico de perturbação mental ou alimentar. É sabido que pessoas com sexo biológico masculino tendem a sobre-reportar dados como o peso e altura quando comparados com indivíduos com o sexo biológico feminino (Merrill & Richardson, 2009).

Ainda respeitante ao questionário, este continha um elevado número de itens, o que pode ter gerado fadiga aos participantes, podendo comprometer a qualidade das respostas. Instrumentos como o OxFAB têm a recomendação para serem reduzidos em estudos futuros (Leitão et al., 2023).

O desenho transversal do estudo impede a formulação de inferências causais. Não existe muita literatura sobre estas variáveis em particular sendo que a discussão do tema deve ser interpretada com parcimónia e por isso considerada exploratória.

A desejabilidade social pode ainda promover a escolha de comportamentos de gestão de peso, por parte dos respondentes, que sejam socialmente melhor aceites, como a prática de exercício físico ou a escolha de alimentação saudável, quando comparadas com outras estratégias como a imitação/modelação.

Outras limitações que não poderiam deixar de ser notadas dizem respeito às próprias restrições teóricas do estado de arte, destacando-se: a baixa carga fatorial em vários itens dos instrumentos utilizados (SWDB e TFEQ-18). Isto pode acontecer porque os itens não são suficientemente representativos do fator em questão ou então o instrumento pode não estar completamente ajustado à amostra de população inquirida. Além disso, a definição teórica de alguns conceitos como “satisfação com a dieta” não parece clara e parece variar muito na bibliografia consultada (e consequentemente nos respondentes do questionário). A escala TFEQ, apesar de amplamente utilizada, não diferencia entre tipos distintos de restrição cognitiva: Westenhoefer e colaboradores (1991) distinguem entre restrição rígida (punitiva e associada a risco de perturbações alimentares) e restrição flexível (mais adaptativa), sendo que os indivíduos que responderam ao estudo podem também ter tido esta dúvida conceptual.

### **Possibilidades para estudos futuros**

Dado que a restrição cognitiva foi uma das variáveis que mais predisse os comportamentos de gestão de peso, seria interessante utilizar-se a distinção entre restrição cognitiva rígida e flexível (Westenhoefer et al., 1991), com o objetivo de compreender como é que os comportamentos de gestão de peso funcionais podem ser preditos por cognições de restrição mais ou menos adaptativas.

Pode, por exemplo, sugerir-se a exploração de uma área ainda pouco estudada, como o jejum intermitente e o seu impacto no comportamento alimentar funcional e disfuncional, porque esta prática, embora frequentemente promovida como uma estratégia de gestão de peso funcional (ou não), pode, em certos contextos, desencadear comportamentos disfuncionais como restrição cognitiva excessiva, episódios de alimentação descontrolada e alimentação emocional, sobretudo em indivíduos vulneráveis.

Do mesmo modo poderia ser interessante testar a eficácia de um conjunto de recursos psicológicos positivos (como o capital psicológico) na adoção de estratégias de gestão de peso, como fator mediador, percebendo se atua como um fator potenciador ou não. Isto porque o capital psicológico diz respeito a um conceito da psicologia positiva, que se refere a um

conjunto de recursos internos (e por isso autorreguláveis) – otimismo, resiliência, esperança e autoeficácia - que influenciam diretamente o bem-estar individual, a capacidade de adaptação e o desempenho (Luthans & Youssef, 2004). A sua inclusão enquanto variável mediadora justificar-se-ia pelo fato de que estratégias de gestão de peso podem exigir persistência, superação de recaídas, motivação sustentada e capacidade de lidar com frustrações – características intimamente ligadas aos componentes do capital psicológico. Investigar o papel desse constructo permitiria compreender se indivíduos com níveis mais elevados desses recursos apresentam maior adesão aos comportamentos de peso, e se tais recursos funcionam como potenciadores no enfrentamento das dificuldades associadas à mudança de hábitos alimentares.

Apesar de todo o trabalho de investigação sobre comportamentos de gestão de peso, as intervenções comportamentais têm-se revelado insuficientes na manutenção da perda de peso a longo prazo (Forman & Butryn, 2014). Uma das críticas que existe à abordagem e intervenção em comportamentos de gestão de peso diz respeito à pouca consideração que existe nos ganhos em saúde mental, uma vez que a introdução de certas medidas de comportamentos de gestão de peso pode potenciar sofrimento e angústia psicológica, daí que nesta tipologia de intervenção faça sentido incluir profissionais de saúde mental, melhorando o cuidado e diminuindo o risco de causar danos psicológicos (Pearl, 2018, Peckmezian & Hay, 2017). Este aspeto destaca a necessidade urgente de integrar profissionais de saúde mental junto das pessoas que adotam estratégias de gestão de peso (independente do seu objetivo), podendo facilitar o processo, mas sobretudo reduzindo danos psicológicos. É fundamental que estas intervenções tenham em consideração fatores emocionais e psicológicos dos indivíduos, pois estes desempenham um papel central nos comportamentos alimentares individuais. A introdução de variáveis auto reguladas com a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional oferece um caminho promissor para compreender as motivações internas e subjetivas que podem impactar o uso de diferentes estratégias de gestão de peso. A partir desse entendimento, podem ser desenvolvidas diferentes estratégias de gestão de peso e, por isso, personalizadas, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis e sustentáveis, levando em consideração as necessidades e características individuais de cada pessoa. Estes resultados permitem concluir que não existe só uma forma de abordar os comportamentos de gestão de peso, mas sim uma possível combinação de diferentes estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais sendo possível a sua individualização e personalização.

## Referências

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379–387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>.
- Alhalel, N., Schueller, S., & O'Brien, M. (2018). Association of changes in mental health with weight loss during intensive lifestyle intervention: does the timing matter? *Obesity Science & Practice, 4*(2), 153–158. <https://doi.org/10.1002/osp4.157>.
- Alvarenga, M. (2015). Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In M. Alvarenga, M. Figueiredo, F. Timerman, & C. Antonaccio (Eds.), *Nutrição Comportamental*. Manole.
- Alvarenga, M., & Koritar, P. (2019). Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In M. Alvarenga, M. Figueiredo, F. Timerman, & C. Antonaccio (Eds.), *Nutrição Comportamental*. Manole.
- Alvarenga, M., Scagliusi, F., & Philippi, S. (2012). Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*, 435-444.
- Amaral, A., Stice, E., & Ferreira, M. (2019). A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. *Psicologia Reflexão e Crítica, 32*(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0126-3>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2018). *Emerging adulthood*. <https://dictionary.apa.org/emerging-adulthood>.
- American Psychological Association (2018). *Taxonomy*. <https://dictionary.apa.org/taxonomy>.

American Psychological Association (2023). *Adulthood*. <https://dictionary.apa.org/adulthood>.

American Psychological Association (2021). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>.

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C., . . . Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>.

Andreyeva, T., Long, M., Henderson, K., & Grode, G. (2010). Trying to Lose Weight: Diet Strategies among Americans with Overweight or Obesity in 1996 and 2003. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 535–542. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.12.029>.

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A., Martinez-Jimenez, M., Redel-Macías, M., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>.

Apfeldorfer, G., & Zermati, J. (2001). Cognitive restraint in obesity. History of ideas, clinical description. *Presse Medicale*, 30(32), 1575-80.

Barros, G., Da Silva, S., Andaki, A., & De Sousa, T. (2021). Sobrepeo e obesidade em universitários: prevalências e fatores associados. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 26, 1–9. <https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0225>.

Barte, J., Ter Bogt, N., Bogers, R., Teixeira, P., Blissmer, B., Mori, T., & Bemelmans, W. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews*, 11(12), 899–906. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2010.00740.x>.

- Barzic (2008). Le syndrome de restriction cognitive: de la norme au désordre du comportement alimentaire. *Diabetes & Metabolism*, 27(4).
- Benucci, S. B., Fioravanti, G., Silvestro, V., Spinelli, M. C., Brogioni, G., Casalini, A., Allegrini, L., Altomare, A. I., Castellini, G., Ricca, V., & Rotella, F. (2024). The impact of following Instagram influencers on women's body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *Nutrients*, 16(16), 2730. <https://doi.org/10.3390/nu16162730>.
- Beshara, M., Hutchinson, A., & Wilson, C. (2013). Does mindful eating improve weight loss? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 538–549.
- Birch, L. & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101 (2), 539-49.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D., Schulz, K., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>.
- Brans, K., & Verduyn, P. (2014). Intensity and Duration of Negative Emotions: Comparing the Role of Appraisals and Regulation Strategies. *PLoS ONE*, 9(3), e92410. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092410>.
- Breton, E., Fuemmeler, B. & Abrams, L. (2011). Weigh loss – there is an app for that! But does it adhere to evidence – informed practices?. *Translational Behavioral Medicine*, 1 (4), 523-529. <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0076-5>.
- Bryant, E., King, N., & Blundell, J. (2008). Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9(5), 409–419. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00426.x>.



- Brytek-Matera, A., Rogoza, R., & Czepczor-Bernat, K. (2017). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Polish version: factor structure analysis among normal weight and obese adult women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3), 81–90. <https://doi.org/10.12740/app/76342>.
- Butryn, M., Webb, V., & Wadden, T. (2011). Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatric Clinics*, 34 (4), 841-859.
- Camilleri, G. Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V., Hercberg, S., & Péneau, S. (2015). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: correlations and demographic and behavioral associations in a French population-based sample. *Appetite*, 95, 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.009>.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. (2002). Food and emotion. *Behavioral Processes*, 60(2), 157–164. [https://doi.org/10.1016/S0376-6357\(02\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S0376-6357(02)00036-0).
- Cappelleri, J., Bushmakin, A., Gerber, R., Leidy, N., Sexton, C., Lowe, M., & Karlsson, J. (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity*, 33(6), 611–620. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.74>.
- Castro, A., Gomez-Arbelaiz, D., Crujeiras, A., Granero, R., Aguera, Z., Jimenez-Murcia, S., Sajoux, I., Lopez-Jaramillo, P., Fernandez-Aranda, F., & Casanueva, F. (2018). Effect of A Very Low-Calorie Ketogenic Diet on Food and Alcohol Cravings, Physical and Sexual Activity, Sleep Disturbances, and Quality of Life in Obese Patients. *Nutrients*, 10(10), 1348. <https://doi.org/10.3390/nu10101348>.
- Chen, F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural. Equ. Modeling* 14, 464–504. doi: 10.1080/10705510701301834
- Cho, Y., Hong, N., Kim, K., Cho, S., Lee, M., Lee, Y., Lee, Y., Kang, E., Cha, B., & Lee, B. (2019). The Effectiveness of Intermittent Fasting to Reduce Body Mass Index and Glucose Metabolism: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1645. <https://doi.org/10.3390/jcm8101645>.

- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between *Facebook* and *Instagram* appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>.
- Coneu, T. et al. (1995). Dietary Satisfaction Correlated with Adherence in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics*, 95 (11), 1301-1306. 10.1016/S0002-8223(95)00341-X.
- Connors, M., Bisogni, C., Sobal, J., & Devine, C. (2001). Managing values in personal food systems. *Appetite*, 36 (3), 189-200. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0400>.
- Cooper, T., Simmons, E., Webb, K., Burns, J., & Kushner, R. (2015). Trends in Weight Regain Following Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 25(8), 1474–1481. <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1560-z>.
- Craig, C., Marshall, A., Sjostrom, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J., & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000078924.61453.fb>.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- Craigie, A., Lake, A., Kelly, S., Adamson, A., & Mathers, J. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*, 70(3), 266–284. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.005>.
- Cruwys, T., Bevelander, K., & Hermans, R. (2015). Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite*, 86, 3–18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035>.

- Davis, A. (2013) *Americans' Desire to Shed Pounds Outweighs Effort*.  
<https://news.gallup.com/poll/166082/americans-desire-shed-pounds-outweighs-effort.aspx>.
- Davy, B., & Sothorn, M.(2007). Internet weight-management information-seeking behavior and diet, weight, and physical activity outcomes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(5), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.003>.
- De Queiroz, F., Raposo, A., Han, H., Nader, M., Ariza-Montes, A., & Zandonadi, R. (2022). Eating Competence, Food Consumption and Health Outcomes: An Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4484. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084484>.
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – Programa Nacional de Combate à Obesidade*. <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Combate-%C3%A0-Obesidade.pdf>
- Dombrowski, S., Knittle, K., Avenell, A., Araujo-Soares, V., & Sniehotta, F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*, 348, 14 (6). <https://doi.org/10.1136/bmj.g2646>
- DPhil, M., & Rolls, B. (2001). Dysfunctional eating in the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 235-248. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70220-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70220-3).
- Duarte, P., Palmeira, L., & Gouveia, J. (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). <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0561-7>.

Durmaz, S., Keser, A., & Tunçer, E. (2022). Effect of emotional eating and social media on nutritional behavior and obesity in university students who were receiving distance education due to the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health*, 31(10), 1645–1654. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01735-x>.

Ek, A., Chamberlain, K. L., Ejderhamn, J., Fisher, P. A., Marcus, C., Chamberlain, P., & Nowicka, P. (2015). The More and Less Study: a randomized controlled trial testing different approaches to treat obesity in preschoolers. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1912-1>.

Ek, A., Nyström, C. D., Chirita-Emandi, A., Tur, J., Nordin, K., Bouzas, C., Argelich, E., Martínez, J., Frost, G., Garcia-Perez, I., Saez, M., Paul, C., Löf, M., & Nowicka, P. (2019). A randomized controlled trial for overweight and obesity in preschoolers: the More and Less Europe study - an intervention within the STOP project. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7161-y>.

Elder, S., et al. (2012). Genetic and Environmental Influences on Eating Behavior - A Study of Twin Pairs Reared Apart or Reared Together. *The Open Nutrition Journal*, 6 (1), 59-70. DOI:10.2174/1874288201206010059.

Ello-Martin et al. (2007). Dietary energy density in the treatment of obesity: a year-long trial comparing 2 weight-loss diets. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85 (6), 1465-1477. <https://doi.org/10.1093/ajcn/85.6.1465>.

Evers, C., Stok, F. M., & de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792–804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>.

Faria, A., Almeida, S., & Ramos, T. (2021). Impacts and consequences of fad diets and supplementation on eating behavior. *Research, Society and Development*, 10 (10), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19089>.

- Finch, L., Cummings, J., & Tomiyama, A. (2019). Cookie or clementine? Psychophysiological stress reactivity and recovery after eating healthy and unhealthy comfort foods. *Psychoneuroendocrinology*, 107, 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.022>.
- Fineberg, N., Potenza, M., Chamberlain, S., Berlin, H., Menzies, L., Bechara, A., Sahakian, B., Robbins, T., Bullmore, E., & Hollander, E. (2009). Probing Compulsive and Impulsive Behaviors, from Animal Models to Endophenotypes: A Narrative Review. *Neuropsychopharmacology*, 35(3), 591–604. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.185>.
- Finlayson, G., et al. (2011). Implicit wanting and explicit liking are markers for trait binge eating. A susceptible phenotype for overeating. *Appetite*, 57 (3), 722-728. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.012>.
- Fioravanti, G., Benucci, S. B., Ceragioli, G., & Casale, S. (2022). How the Exposure to Beauty Ideals on Social Networking Sites Influences Body Image: A Systematic Review of Experimental Studies. *Adolescent Research Review*, 7(3), 419–458. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4>.
- Fitzpatrick, S. L., Coughlin, J. W., Appel, L. J., Tyson, C., Stevens, V. J., Jerome, G. J., Dalcin, A., Brantley, P. J., & Hill-Briggs, F. (2014). Application of Latent Class Analysis to Identify Behavioral Patterns of Response to Behavioral Lifestyle Interventions in Overweight and Obese Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 471–480. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9446-y>.
- Ford, P., & Dzewaltowski, D. (2008). Disparities in obesity prevalence due to variation in the retail food environment: three testable hypotheses. *Nutrition Reviews*, 66(4), 216–228. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00026.x>.
- Forman, E., et al. (2013). Acceptance-based behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21(6), 1119–1126. DOI: 10.1002/oby.21601.

- Forman, E., & Butryn, M. (2014). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 16 (84), 171-180. doi: 10.1016/j.appet.2014.10.004.
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.2307/3151312>.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- French, S., Jeffery, R., & Wing, R. (1994). Food intake and physical activity: A comparison of three measures of dieting. *Addictive Behaviors*, 19 (4), 401-409. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90063-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90063-9).
- Fuller, N., Burns, J., Sainsbury, A., Horsfield, S., Da Luz, F., Zhang, S., Denyer, G., Markovic, T., & Caterson, I. (2017). Examining the association between depression and obesity during a weight management programme. *Clinical Obesity*, 7(6), 354–359. <https://doi.org/10.1111/cob.12208>.
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of ‘habit-formation’. *British Journal of General Practice*, 62(605), 664–666. doi: 10.3399/bjgp12X659466.
- Gilhooly, C., Das, S., Golden, J., McCrory, M., Dallal, G., Saltzman, E., Kramer, F., & Roberts, S. (2007). Food cravings and energy regulation: the characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction. *International Journal of Obesity*, 31(12), 1849–1858. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803672>.
- Gobbo, J., & Dellazzana-Zanon, L. (2023). Sentido na vida na adultez emergente: Contribuições para a Psicologia do Desenvolvimento. *Subjetividades*, 23 (2), 1-12. 10.5020/23590777.rs.v23iEsp. 1.e12968.

- Grimm, R., & Steinle, N. (2011). Genetics of eating behavior: established and emerging concepts. *Nutrition Reviews*, 69(1), 52–60. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00361.x>.
- Grunert, K. et al. (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49 (2), 486-493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.010>.
- Guerrieri, R., & et al. (2007). The influence of trait and induced state impulsivity on food intake in normal-weight healthy women. *Appetite*, 49 (1), 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.11.008>.
- Guh, D., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>.
- Gullo, M., Loxton, N., & Dawe, S. (2013). Impulsivity: four ways five factors are not basic to addiction. *Addictive Behaviors*, 39 (11), 1547-1556. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.002>.
- Ha, O., & Lim, S. (2023). The role of emotion in eating behavior and decisions. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1265074>.
- Haam, J., Kim, B. T., Kim, E. M., Kwon, H., Kang, J., Park, J. H., Kim, K., Rhee, S. Y., Kim, Y., & Lee, K. Y. (2023). Diagnosis of Obesity: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 32(2), 121–129. <https://doi.org/10.7570/jomes23031>.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hamburg, M., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2014). Food for love: the role of food offering in empathic emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00032>.

- Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Koshiaris, C., & Jebb, S. A. (2016). Development of tools to study personal weight control strategies: OxFAB taxonomy. *Obesity*, 24(2), 314–320. <https://doi.org/10.1002/oby.21341>.
- Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Piernas, C., Koshiaris, C., Velardo, C., Salvi, D., Jebb, S. (2018). Cognitive and behavioural strategies for weight management in overweight adults: Results from the Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB) cohort study. *PLOS ONE*, 13 (8), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202072>.
- Hartmann-Boyce, J., Harmer, G., Hobson, A., Bateman, P., Tudor, K., Aveyard, P., & Jebb, S. (2022). Oxford Food and Activity Behaviors 20-item questionnaire to assess personal weight management strategies: Development and testing. *Obesity*, 30(9), 1752–1759. <https://doi.org/10.1002/oby.23479>.
- Hartmann-Boyce, J., Jebb, S., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2014). Self-Help for Weight Loss in Overweight and Obese Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 105(3), e43–e57. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302389>.
- Hartmann-Boyce, J., Jebb, S., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2017). The Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy. *Obesity Reviews*, 18(3), 292–300.
- Hartmann-Boyce, J., Johns, D., Jebb, S., & Aveyard, P. (2014). Effect of behavioral techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obesity Reviews*, 15(7), 598–609. <https://doi.org/10.1111/obr.12165>.
- Heatherton, T., & Baumeister, R. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>.
- Heatherton, T., & Baumeister, R. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2018). *Motivation and Action*. In Springer eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-65094-4>.



- Herman, C., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating<sup>1</sup>. *Journal of Personality*, 43(4), 647–660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>.
- Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviors. *Appetite*, 86, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.021>.
- Hirsch, O., Kluckner, V. J., Brandt, S., Moss, A., Weck, M., Florath, I., Wabitsch, M., Hebebrand, J., Schimmelmann, B. G., & Christiansen, H. (2014). Restrained and External-Emotional Eating Patterns in Young Overweight Children—Results of the ULM Birth Cohort Study. *PLoS ONE*, 9(8), e105303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105303>.
- Hofmann, W., Friese, M., & Wiers, R. W. (2008). Impulsive versus reflective influences on health behavior: a theoretical framework and empirical review. *Health Psychology Review*, 2(2), 111–137. <https://doi.org/10.1080/17437190802617668>.
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>.
- Hultgren, B., Turrisi, R., Cleveland, M., Mallett, K., Reavy, R., Larimer, M., Geisner, I., & Hospital, M. (2019). Transitions in drinking behaviors across the college years: A latent transition analysis. *Addictive Behaviors*, 92, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.12.021>.
- Hund, E. (2017). Measured Beauty: Exploring the aesthetics of Instagram's fashion influencers. *Proceedings of the 8th International Conference on Social Media & Society*, 44, 1–5. <https://doi.org/10.1145/3097286.3097330>.
- James, B. et al. (2018). Validation of the Diet Satisfaction Questionnaire: a new measure of satisfaction with diets for weight management. *Obesity Science & Practice*, 4 (6), 506–514. <https://doi.org/10.1002/osp4.299>.

- Jang, S., & Kim, J. (2017). Informational support and online information seeking: The role of social support in health behavior change. *Health Communication*, 32(5), 529-537. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1150603>.
- Jasinska, A. et al. (2012). Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite*, 59 (3), 738-747. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.001>.
- Jensen, M., Ryan, D., Apovian, C., Ard, J., Comuzzie, A., Donato, K., Hu, F., Hubbard, V., Jakicic, J., Kushner, R., Loria, C., Millen, B., Nonas, C., Pi-Sunyer, F., Stevens, J., Stevens, V., Wadden, T., Wolfe, B., & Yanovski, S. (2013). 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 129. 10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee.
- Joki, A. et al. (2020). Exploration of finnish adults' successful weight management over the life course: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1). doi: 10.1186/s12889-019-8128-8.
- Jorge, R., Santos, I., Carraça, E. V., Teixeira, V. H., & Teixeira, P. J. (2019). Behavioral and psychological predictors of weight loss and long-term weight loss maintenance: a conceptual review of reviews. *Acta Portuguesa De Nutrição*, 17, 16–20. <https://doi.org/10.21011/apn.2019.1703>
- Jorgensen, T., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A., & Rosseel, Y. (2018). *SemTools: Useful tools for structural equation modeling*. <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>.
- Kakoschke, N., Aarts, E., & Verdejo-García, A. (2019). The Cognitive Drivers of Compulsive Eating Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00338>.
- Kaplan, D. (2000). *Structural equation modeling. Foundations and extensions*. Sage Publications.

- Karlsson, J., Persson, L., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ). *Eating Behaviors*, 1(1), 17–31.
- Karlsson, J., Persson, L., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000b). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1715–1725. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801442>.
- Kavazidou, E., Proios, M., Liolios, I., Doganis, G., Petrou, K., Tsatsoulis, A., & Tsiligioglou-Fachantidou, A. (2012). Structure validity of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 in Greek population, *Journal of Human Sport and Exercise*, 7 (1), 218-226.
- Kim, J. (2020). Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 30(1), 20–31. <https://doi.org/10.7570/jomes20065>.
- Kitahara, C., Flint, A., De Gonzalez, A., Bernstein, L., Brotzman, M., MacInnis, R., Moore, S., Robien, K., Rosenberg, P., Singh, P., Weiderpass, E., Adami, H., Anton-Culver, H., Ballard-Barbash, R., Buring, J., Freedman, D., Fraser, G., Freeman, L., Gapstur, S., . . . Hartge, P. (2014). Association between Class III Obesity (BMI of 40–59 kg/m<sup>2</sup>) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies. *PLoS Medicine*, 11(7), e1001673. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001673>.
- Klassen, K., Douglass, C., Brennan, L., Truby, H., & Lim, M. (2018). Social media use for nutrition outcomes in young adults: a mixed-methods systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0696-y>.
- Klaus, G. et al. (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49 (2), 486-493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.010>.
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford.

- Kristeller, J., & Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>.
- Kolotkin, R., Crosby, R., Kosloski, K., & Williams, G. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 9(2), 102–111. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.13>.
- Kolotkin, R., Norquist, J., Crosby, R., Suryawanshi, S., Teixeira, P., Heymsfield, S., Erond, N., & Nguyen, A. (2009). One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-53>.
- Kontinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1017/s0029665120000166>.
- Korkeila, M., Rissanen, A., Kaprio, J., Sørensen, T., & Koskenvuo, M. (1999). Weight-loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70(6), 965–975. <https://doi.org/10.1093/ajcn/70.6.965>.
- Lambert, K., Neal, T., Noyes, J., Parker, C., & Worrel, P. (1991). Food-related stimuli increase desire to eat in hungry and satiated human subjects. *Current Psychological Research & Reviews*, 10(4), 297–303. <https://doi.org/10.1007/bf02686902>.
- Laska, M., Lytle, L., Nanney, M., Moe, S., Linde, J., & Hannan, P. (2016). Results of a 2-year randomized, controlled obesity prevention trial: Effects on diet, activity and sleep behaviors in an at-risk young adult population. *Preventive Medicine*, 89, 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.001>.
- Lau, D., Wharton, S., Department of Medicine, Cumming School of Medicine, University of Calgary; Julia McFarlane Diabetes Research Centre; Libin Cardiovascular Institute of Alberta, & Michael G. DeGroote School of Medicine; McMaster University; The Wharton Medical Clinic; Adjunct Professor, York University. (2020). The Science of

- Obesity. In *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines*. <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/3-The-Science-of-Obesity-v5-with-links-FINAL-1.pdf>
- Lauzon, B. et al. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population. *The Journal of Nutrition*, 134 (9). 2372-2380. <https://doi.org/10.1093/jn/134.9.2372>.
- Leary, M., & Kowalski, R. (1990). The Role of Self-Awareness in Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 896-907.
- Lee, C., Huxley, R., Wildman, R., & Woodward, M. (2008). Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61 (7), 646-653. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.08.012>.
- Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, FR, Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in Middle-Aged Women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a Portuguese sample. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775>.
- Leitão, M., Pimenta, F., Pérez-López, F. R., & Marôco, J. (2024). Psychometric properties of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) in middle-aged women. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 2182-8407.
- Li, X., Shan, Y., Gao, Y., Jiang, X., Wang, H., Yang, X., & Ding, Y. (2021). The Cross-Cultural Adaptation and the Reliability Test for the Chinese-Version Dietary Behavior and Psychological Series Scales in Maintenance Hemodialysis Patients. *Patient Preference and Adherence*, Volume 15, 1903–1912. <https://doi.org/10.2147/ppa.s322868>.
- Liguori, C., Nikolaus, C., & Nickols-Richardson, S. (2020). Cognitive distraction at mealtime decreases amount consumed in healthy young Adults:A Randomized crossover

- exploratory study. *Journal of Nutrition*, 150(5), 1324–1329. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa022>.
- Linde, J., & McKee, S. (2014). Overweight and obese adults have low intentions of seeking weight-related care: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14, 582. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-582>.
- Ljubičić, M., Sarić, M. M., Klarin, I., Rumbak, I., Barić, I. C., Ranilović, J., Dželalija, B., Sarić, A., Nakić, D., Djekic, I., Korzeniowska, M., Bartkiene, E., Papageorgiou, M., Tarcea, M., Černelič-Bizjak, M., Klava, D., Szűcs, V., Vittadini, E., Bolhuis, D., & Guiné, R. P. F. (2023). Emotions and Food Consumption: Emotional Eating Behavior in a European Population. *Foods*, 12(4), 872. <https://doi.org/10.3390/foods12040872>.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., & Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1. [www.ian-af.up.pt](http://www.ian-af.up.pt).
- López-Guimerà, G., Levine, M., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387–416. <https://doi.org/10.1080/15213269.2010.525737>.
- Love, H., Bhullar, N. & Schutte, N. (2019). Psychological aspects of diet: Development and validation of three measures assessing dietary goal-desire incongruence, motivation, and satisfaction with dietary behavior. *Appetite*, 138, 223–232. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.018>.
- Lowe, M., & Timko, C. (2004). What a difference a diet makes: Towards an understanding of differences between restrained dieters and restrained nondieters. *Eating Behaviors*, 5(3), 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.01.006>.

- Lowe-Calverley, E., Grieve, R., 2021. Do the metrics matter? An experimental investigation of Instagram influencer effects on mood and body dissatisfaction. *Body Image*, 36, 1–4.
- Luthans, F., & Youssef, C. (2004). Human, social, and now psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143–160. DOI: 10.1016/j.orgdyn.2004.01.002.
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*, 33(1), 129–139. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0236>.
- Mahajan, K., & Batra, A. (2017). Obesity in adult asian indians- the ideal BMI cut-off. *Indian Heart Journal*, 70(1), 195. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.11.020>.
- Mai, R., Hoffmann, S., Helmert, J. R., Velichkovsky, B. M., Zahn, S., Jaros, D., Schwarz, P. E., & Rohm, H. (2011). Implicit food associations as obstacles to healthy nutrition: the need for further research. *The British Journal of Diabetes*, 11(4), 182–186. <https://doi.org/10.1177/1474651411410725>.
- Marcelino, A., Adam, A., Couronne, T., Köster, E., & Sieffermann, J. (2001). Internal and external determinants of eating initiation in humans. *Appetite*, 36(1), 9–14. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0375>
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais, fundamentos teóricos, software & Aplicações* (3ª edição). Report Number.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber.
- Martins, B., Da Silva, W., Maroco, J., & Campos, J. (2020). Psychometric characteristics of the Three-Factor Eating Questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 26(2), 525–536. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00885-9>.
- Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2024). Psychometric evaluation in a Brazilian context of three instruments proposed to investigate affective and cognitive

- aspects of eating. *Current Psychology*, 43(24), 21146–21161. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05942-5>.
- Martins, B., Marôco, J., Barros, M., & Campos, J. (2020b). Lifestyle choices of college students. *Peer*, 8. <https://doi.org/10.7717/peerj.9830>.
- Maslow, H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>.
- Mendenhall, E. & Singer, M. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. *The Lancet*, 393, 10.1016/S0140-6736(19)30310-1.
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do questionário de marcadores da adultez junto de jovens portugueses. *Psychologica*, 51, 147-168.
- Merrill, R. & Richardson, J. (2009). Validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2006. *Preventing Chronic disease*, 6(4),
- Metcalfe, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*, 106(1), 3–19. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.1.3>.
- Michalak, J., Mander, J., & Heidenreich, T. (2019). Implementation and dissemination of Mindfulness-Based interventions. *Mindfulness*, 11(2), 275–278. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01250-3>.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>.



- Mingoia, J., Hutchinson, A., Gleaves, D., & Wilson, C. (2019). The Relationship Between Posting and Photo Manipulation Activities on Social Networking Sites and Internalization of a Tanned Ideal Among Australian Adolescents and Young Adults. *Social Media + Society*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/2056305118820419>.
- Mitchell, N., Catenacci, V., Wyatt, H., & Hill, J. (2011). Obesity: overview of an epidemic. *Psychiatric Clinics*, 34 (4), 717-732, 10.1016/j.psc.2011.08.005.
- Moradi, F. et al. (2021). Association between dietary satisfaction and depression, anxiety and stress in obese and overweight patients during the coronavirus pandemic. *Clinical Nutrition*, 45, 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.07.013>
- Mosquera, J., & Stobaus, C. (1982). Vida adulta: Visão existencial e subsídios para a teorização. *Educação*, 5, 94-112.
- Natacci, L., & Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire – R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Nutrition*, 24 (3). <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>.
- Neto, D., & Baptista, T. (2021). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Intervenções Clínicas*. Edições Sílabo.
- Nordmo, M., Danielsen, Y., & Nordmo, M. (2019). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/obr.12949>.
- Ogden, J. et al. (2013). Distraction, the desire to eat and food intake. Towards an expanded model of mindless eating. *Appetite*, 62 (1), 199-126. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.023>.
- Olsson-Collentine, A., Assen, M., & Hartgerink, C. (2019). The prevalence of marginally significant results in psychology over time. *Psychology Science*, 30 (4), 567-586. doi: 10.1177/0956797619830326.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Intervenção Psicológica em crise e em catástrofe*.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao\\_psicologica\\_e\\_m\\_crise\\_e\\_catastrofe.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_e_m_crise_e_catastrofe.pdf).

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* — versão consolidada.  
[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento\\_ao\\_637\\_2021.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_ao_637_2021.pdf).

Organização Mundial de Saúde (2024). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Pagodo, S., Schneider, K., Mirjana, J., Michele, D., & Devin, M. (2013). Evidence-Based Strategies in weight-loss mobile apps. *American Journal of Preventive Medicine*, 45 (5), 576-582. 10.1016/j.amepre.2013.04.025.

Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (1ª ed.). Climepsi.

Paixão, C., Dias, C., Jorge, R., Carraça, E., Yannakoulia, M., de Zwaan, M., et al. (2020). Successful weight loss maintenance: A systematic review of weight control registries. *Obesity. Reviews*. 21 (5). doi: 10.1111/obr.13003.

Palmeira L, Garcia T, Pinto-Gouveia J, Cunha M (2016) The revised Portuguese version of the Three-Factor Eating Questionnaire: a confirmatory factor analysis. *BMC Health Serv Res* 16:S3. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1423-5>.

Paquet, C. (2019). Environmental Influences on Food Behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (15). DOI:10.3390/ijerph16152763.

Park, S., Choi, M., & Lee, M. (2021). Effects of anthocyanin supplementation on reduction of Obesity Criteria: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*, 13(6), 2121. <https://doi.org/10.3390/nu13062121>.

- Pearl, R. (2018). Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Social Issues and Policy Review*, 12(1), 146–182. <https://doi.org/10.1111/sipr.12043>.
- Peçanha, T., & Lins, M. A. (2023). Intervenções baseadas em compaixão para comportamentos alimentares e controle de peso: uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde*, 34(2), 203–215. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872023001000203&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872023001000203&script=sci_arttext).
- Peckmezian, T., & Hay, P. (2017). A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0143-5>.
- Pelchat, M., & Schaefer, S. (2000). Dietary monotony and food cravings in young and elderly adults. *Physiology & Behavior*, 68(3), 353–359. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(99\)00190-0](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(99)00190-0).
- Pereira, R. & Alvarenga, M. (2007). Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectrum*, 20 (3), 141-148. <https://doi.org/10.2337/diaspect.20.3.141>.
- Petrenko, O., & Gulich, M. (2024). Features of eating behavior of early school-age children in the context of the implementation of the school meals reform. *ScienceRise Medical Science*, 2 (59), 51-57. DOI: 10.15587/2519-4798.2024.308220.
- Pineda, E., Stockton, J., Scholes, S., Lassale, C., & Mindell, J. S. (2024). Food environment and obesity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition Prevention & Health*, 7(1), 204–211. <https://doi.org/10.1136/bmjnp-2023-000663>.
- Pi-Sunyer, X. (2000). Obesity: criteria and classification. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(4), 505–509. <https://doi.org/10.1017/s0029665100000732>.
- Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>.

- Portal Estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos (PORDATA) (2022). *Taxa de obesidade*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/saude/estado-de-saude/taxa-de-obesidade>.
- Portal Estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos (PORDATA) (2023). *População com perceção positiva do seu estado de saúde por sexo (%)*. [://www.pordata.pt/pt/estatisticas/saude/estado-de-saude/populacao-com-percecao-positiva-do-seu-estado-de-saude-por-sexo](https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/saude/estado-de-saude/populacao-com-percecao-positiva-do-seu-estado-de-saude-por-sexo).
- Racine, S. & et al. (2009). The possible influence of impulsivity and dietary restraint on associations between serotonin genes and binge eating. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (16), 1278-1286. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.05.002>.
- Rahimi-Ardabili, H., Vartanian, L. R., Zwar, N., Sharpe, A., & Reynolds, R. C. (2020). Efficacy and acceptability of a pilot dietary intervention focusing on self-compassion, goal-setting and self-monitoring. *Public Health Nutrition*, 23(15), 2746–2758. <https://doi.org/10.1017/s1368980020000658>.
- Ramage, S., Farmer, A., Eccles, K. A., & McCargar, L. (2013b). Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 39(1), 1–20. <https://doi.org/10.1139/apnm-2013-0026>.
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L., & Kirk, S. F. (2017). “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(1), 1306421. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>.
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A., & Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 290–299. <https://doi.org/10.1017/s0029665120007004>.

- Reid, D., & Weigle, P. (2014). Social Media Use among Adolescents: Benefits and Risks. *Adolescent Psychiatry*, 4(2), 73–80. <https://doi.org/10.2174/221067660402140709115810>.
- Romano, K., & Lipson, S. (2019). Dietary restraint patterns and eating disorder help-seeking. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 26(1), 159–168. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00833-2>.
- Romesin, H., & Porksen, B. (2004). *Del ser al hacer: Los Origenes de la biología del conocer*. J C Saez Editor.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R Package for Structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.
- Rossi, A., Pietrabissa, G., Castelnovo, G., & Mannarini, S. (2024). Cognitive restraint, uncontrolled eating, and emotional eating. The Italian version of the Three Factor Eating Questionnaire-Revised 18 (TFEQ-R-18): a three-step validation study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 29(1). <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01642-y>
- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Lemmens, S. G., Born, J. M., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2008). Acute Stress-related Changes in Eating in the Absence of Hunger. *Obesity*, 17(1), 72–77. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.493>.
- Saiphoo, A. & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>.
- Santos, B., & Antunes, D. (2007). *Vida adulta, processos motivacionais e diversidade*. Educação, 1 (61), 149-164.

- Santos, I., Andrade, A., & Teixeira, P. (2017). Tentativas de controlo do peso na população adulta portuguesa: prevalência, motivos e comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 77-86.
- Satter, E. (2007). Eating Competence: Nutrition Education with the Satter Eating Competence Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(5), S189–S194. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.177>.
- Schneider, B., Mozuraitis, M., & Avivi-Reich (2015). A cautionary note on the use of the analysis of covariance (ANCOVA) in classification designs with and without within-subject factors. *Frontiers in Psychology*, 6. DOI:10.3389/fpsyg.2015.00474.
- Schnettler, B., Miranda, H., Lobos, G., Orellana, L., Sepúlveda, J., Denegri, M., Etchebarne, S., Mora, M., & Grunert, K. G. (2015). Eating habits and subjective well-being. A typology of students in Chilean state universities. *Appetite*, 89, 203–214. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.008>.
- Schnettler, B., Lobos, G., Miranda-Zapata, E., Denegri, M., Ares, G., & Hueche, C. (2017). Diet Quality and Satisfaction with Life, Family Life, and Food-Related Life across Families: A Cross-Sectional Pilot Study with Mother-Father-Adolescent Triads. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1313. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111313>.
- Schüler, J., Hofstetter, J., & Wolff, W. (2019). The Interplay of Achievement Motive-Goal Incongruence and State and Trait Self-Control: A Pilot Study Considering Cortical Correlates of Self-Control. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00235>.
- Sepulveda, A., Carrobbles, J., & Gandarillas, A. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-102>.

- Sheldon, K., & Elliot, A. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Silliman, R., & Finkelstein, J. (2013). Weight management information overload challenges in 2007 HINTS. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6), 543-551. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.02.001>.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C., & Woolacott, N. (2015). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>.
- Sobal, J., & Bisogni, C. (2009). Constructing Food Choice Decisions, *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 37-46. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9124-5>.
- Soihet, J. & Silva, A. (2019). Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. *Nutrição Brasil*. 18(1).
- SPEO - Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade (2023) *World Obesity Day*. <https://www.speo-obesidade.pt/world-obesity-day-posicao-speo-e-spedm/>.
- Sproesser, G., Klusmann, V., Ruby, M., Arbit, N., Rozin, P., Schupp, H., & Renner, B. (2017). The positive eating scale: relationship with objective health parameters and validity in Germany, the USA and India. *Psychology and Health*, 33(3), 313–339. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1336239>.
- Stevenson, R. J. (2023). The psychological basis of hunger and its dysfunctions. *Nutrition Reviews*, 82(10), 1444–1454. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad092>
- Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6). <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>.
- Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M. (2014). Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 76 (1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.015>.

- Stubbs, J., Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., Engel, D., Shepherd, R., Mcconnon, Á., Gilbert, P., & Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behaviour change. *Obesity Reviews*, 12(9), 688–708. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2011.00883.x>.
- Stunkard, A. & 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).
- 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).
- Stunkard, A., & Messick, S. (1985b). 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).
- Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Emotion suppression but not reappraisal is associated with psychopathology in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(4), 464–468. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.08.001>.
- Szűcs, V., Szabó, E., & Bánáti, D. (2015). Exploration of healthy nutrition attitudes using a questionnaire survey. *Orvosi Hetilap*, 156(16), 636–643. <https://doi.org/10.1556/oh.2015.30129>.
- Tackett, J., & McAdams, D. (2012). Self-Consciousness and the Self-Regulation of Behavior. *Journal of Research in Personality*, 46(4), 408-420.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396–404. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.012>.



- Tay, P., & Diener, L. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (2), 354-365.
- Teixeira, P., Silva, M., Mata, J., Palmeira, A., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 22. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-22>.
- Tiggemann, M. & Anderberg, I. (2020). Muscles and bare chests on Instagram: the effect of influencers' fashion and fitspiration images on men's body image. *Body Image*, 35, 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.001>.
- Tiggemann, M., & Kemps, E. (2005). The phenomenology of food cravings: The role of mental imagery. *Appetite*, 45(3), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.06.004>.
- Timmerman, G., & Acton, G. (2001). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in Mental Health Nursing*, 22 (7), 691-701. <https://doi.org/10.1080/01612840119628>.
- Türkmen, H. & Sivrikaya, S. (2020). The dietary habits and life satisfaction according to the food groups consumed by young people. *Progress in Nutrition*, 22(4). <https://doi.org/10.23751/pn.v22i4.8199>.
- United Nations Children's Fund (2020). *Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period - UNICEF Programming Guidance*. <https://www.unicef.org/media/93981/file/Complementary-Feeding-Guidance-2020.pdf>.
- Van Alebeek, H., Jones, C., Reichenberger, J., Pannicke, B., Schüz, B., & Blechert, J. (2024). Goal pursuit increases more after dietary success than after dietary failure: examining conflicting theories of self-regulation using ecological momentary assessment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01566-x>.

- Vaterlaus, J. & et al. (2015). #Gettinghealthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Computers in human behavior*, 45, 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.013>.
- Vignola, R., & Tucci, A. (2013). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.
- Wadden, T., & Phelan, S. (2002). *Handbook of obesity treatment*. Guilford Press.
- Wadden, T., Brownell, K., & Foster, G. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510–525. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.510>.
- Wardle, J. (1988). Cognitive control eating. *Journal of psychosomatic Research*, 32 (6), 607-612. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(88\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(88)90009-8).
- Warkentin, L., Das, D., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., & Padwal, R. S. (2013). The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*, 15(3), 169–182. <https://doi.org/10.1111/obr.12113>.
- Weidner, G., Kohlmann, C., Dotzauer, E., & Burns, L. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress and Coping*, 9(2), 123-133. DOI:10.1080/10615809608249396.
- Weiner, B. (2012). *Handbook of Theories of Social Psychology*. SAGE Publications.
- Westenhoefer, J. (1991). *Dietary restraint and disinhibition: Is restraint a homogeneous construct?*. *Appetite*, 16 (1), 45-55. [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(91\)90110-E](https://doi.org/10.1016/0195-6663(91)90110-E).
- Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R., & Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083–1096. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60318-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60318-4).

Wrzecionkowska, D., & Aragón, S. R. (2021). Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18) Spanish Version: Factor Structure Analysis among Normal Weight and Overweight Adults. *Acta De Investigación Psicológica*, 11(1), 84–94.  
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.376>

Wonderlich, J. et al. (2017). The relation between craving and binge eating: Integrating neuroimaging and ecological momentary assessment. *Appetite*, 117, 294-302.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.005>.

## **Anexo A: Revisão da Literatura**

### **Obesidade**

No ano de 2022, a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2024) afirmou que 1 em cada 8 pessoas no mundo tem obesidade, sendo que este valor duplicou desde 1990 em pessoas adultas. Ao referir-se a adolescentes, a OMS refere que este valor quadruplicou (OMS, 2024).

Relativamente a Portugal, a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) apresenta os seus dados mais recentes relativos ao ano de 2021, com a estimativa de que existem 28,7% de adultos obesos e de que 67,6% da população portuguesa adulta tem níveis de pré-obesidade (SPEO, 2023). O portal estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos (PORDATA) refere que no ano de 2022, Portugal ocupa o 17º lugar entre 26 países da União Europeia no que se refere aos níveis de obesidade ainda que 51% dos portugueses com mais de 16 anos considere o seu estado de saúde como bom ou muito bom (PORDATA, 2023).

A investigação parece concordar que a obesidade está positiva e fortemente associada às desigualdades sociais, sendo esta mais comum entre classes sociais mais baixas e entre indivíduos com níveis de escolaridade menor (Ek et al., 2015, 2019). Em Portugal esta relação é particularmente evidente, sendo que a obesidade é quase três vezes mais frequente nas pessoas com menos escolaridade (Lopes et al., 2017).

Considerada uma doença crónica complexa, recidivante, multifactorial e endémica define-se por excesso de ingestão de gordura quando comparado com o gasto calórico ou energético, sendo considerada prejudicial para a saúde individual (OMS, 2024), podendo reduzir a esperança média de vida até 14 anos (Kitahara et al., 2014). A obesidade aumenta o risco de comorbilidades como o caso de doenças cardiovasculares, oncológicas, endócrinas (como o caso da diabetes) e mentais (como ansiedade e depressão) (Guh et al., 2009). Estruturas cerebrais como a área límbica, mesolímbica, hipotálamo e córtex frontal são responsáveis pela regulação energética proveniente da dieta ingerida. Nas dietas de perda de peso, surgem diferentes modificações metabólicas e hormonais que parecem compensar o défice de aporte calórico e consequentemente uma diminuição do gasto de energia, levando a um novo aumento de peso (Lau et al., 2020). Querendo com isto dizer que intervenções que se focam apenas na modificação de comportamentos de estilo de vida têm uma eficácia reduzida, representando um ganho de peso em aproximadamente 80%, cerca de 3 a 5 anos, após este tipo de intervenções (Nordmo et al., 2019).

A obesidade é também uma das maiores causas de mortalidade e comorbilidades passível de ser prevenida (Direção Geral de Saúde, 2005). Esta, condiciona fortemente a qualidade de vida individual que se pode refletir em várias e diversas áreas que impactam diretamente a qualidade de vida, como o sono, índices de fertilidade ou a motricidade (SPEO, 2023). Ainda que a informação e a educação sobre este tema aumente todos os anos, os estudos parecem mostrar que estes esforços são insuficientes para causar uma mudança significativa e duradoura na população (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Globalmente, isto cria um problema adicional para todos os países: aumento da despesa de saúde (com custos adicionais para o estado) e redução significativa da produtividade económica (Whitlock et al., 2009).

O seu diagnóstico é clínico e calcula-se maioritariamente através do índice de massa corporal (IMC). IMC iguais ou superiores a 25 consideram a pessoa com excesso de peso, sendo que superior ou igual a 30 já se considera obesidade (OMS, 2024). Ainda que exista atualmente uma discórdia crescente face ao uso desta métrica, isto porque fica possível diagnosticar como obeso um atleta de alta competição que tenha um elevado nível de massa muscular (sem que por isso tenha excesso de peso) ou ignorar uma pessoa com excesso de gordura mas que mantenha o IMC inferior a 30 (Haam et al., 2023; Pi-Sunyer, 2000). Novos estudos sugerem o diagnóstico de obesidade através de dois níveis: obesidade clínica (pessoas com IMC considerado elevado e outras comorbilidades como doenças cardiovasculares) e obesidade pré-clínica (pessoas com risco de excesso de peso mas ainda sem problemas de saúde relevantes) (Lee et al., 2008, Mahajan & Batra, 2017, Park et al., 2021).

A pandemia, devido ao coronavírus, fez desenvolver e aumentar os comportamentos alimentares disfuncionais e ditos pouco saudáveis, bem como o sedentarismo, tendo como consequência o aumento de pessoas no mundo com excesso de peso e obesidade (Ammar et al., 2020).

Para o tratamento da obesidade, só o apoio nutricional tem-se revelado ineficaz ou insuficiente, pois apoia-se essencialmente em restrição de ingestão calórica gerando a longo prazo o conhecido *efeito yo-yo* ou *rebound* (Simmonds et al., 2015). É consensual que o tratamento mais eficaz para a obesidade requer intervenções psicológicas não só comportamentais mas cognitivas que promovam uma perda efetiva de peso, previnam o ganho de peso e que o perpetuem no tempo (Santos, Andrade & Teixeira, 2015). Em concomitância existem ainda outras opções, como o uso de medicação que auxilie a perda de peso e a cirurgia bariátrica (Cooper et al., 2015).

## **Hábitos alimentares de adultos emergentes e adultos**

Ser adulto é um acontecimento normal do desenvolvimento humano que traz consigo novas responsabilidades, novos paradigmas existenciais, novas realizações e a procura pela compreensão mais profunda e ampla desta que é a maior etapa do ciclo vital (Santos & Antunes, 2007). A distinção entre faixas etárias ou ciclos vitais de desenvolvimento não parece consensual na literatura, ficando difícil definir quais as idades ou momentos da vida que correspondem à idade adulta (Romesin & Porksen, 2004). Para Mosquera & Stobaus (1982), a adultez divide-se em três etapas: adultez jovem inicial (entre os 20 e os 25 anos), adultez jovem plena (dos 25 aos 35 anos) e adultez jovem final (que compreende pessoas dos 35 aos 40 anos). Já Gobbo & Dellazzana-Zanon (2023) referem-se ao conceito de adultez emergente ao abranger pessoas que se situam entre os 18 e os 29 anos, correspondendo ao período de desenvolvimento do ser humano que se situa entre a adolescência e a idade adulta. A American Psychological Association (2018, 2023) define a idade adulta emergente dos 18 aos 25 anos e a idade adulta jovem dos 20 aos 35 anos. Ainda que a denominação da idade adulta não seja consensual, é sabido que as pessoas já não são consideradas adolescentes mas ainda não consolidaram os atributos normativos da fase adulta (Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009). Esta fase caracteriza-se por ser um período de instabilidade, de maior responsabilidade, desafios de identidade, início da independência financeira e mudanças de vida associadas muitas vezes ao início da vida universitária e que parecem contribuir para o ganho de peso (Barros et al., 2021, Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009). Jovens adultos, como estudantes universitários, parecem desenvolver padrões alimentares menos saudáveis, com a elevada ingestão de comida processada e consumo insuficiente de nutrientes (Hultgren et al., 2019). Estudantes universitários, correspondem muitas vezes ao início da independência característica da fase adulta e também independência alimentar, uma vez que muitas vezes esta fase da vida corresponde à saída de casa dos pais obrigando-os a serem os principais responsáveis pelo seu comportamento alimentar (Klassen et al., 2018). Weider e colaboradores (1996) referem que o stress associado às atividades académicas parece relacionar-se positivamente com alimentação inadequada e pouco saudável. Embora, os jovens adultos e adultos utilizem cada vez mais a internet e aplicativos que auxiliam no controlo de peso, algumas investigações vieram demonstrar que muitos destes aplicativos não se apoiam em evidência científica (Pagoto et al., 2013). Aquelas aplicações ou informações disponíveis que parecem suportar-se de investigação científica parecem corresponder a intervenções mais intensivas e altamente inflexíveis que dificilmente resultam fora de contextos altamente estruturados e supervisionados (Breton,

Fuemmeler & Abroms, 2011). O comportamento alimentar que se estabelece na idade adulta jovem parece permanecer na idade adulta (Craigie et al., 2011), sendo assim uma fase da vida considerada fulcral na construção de bons comportamentos alimentares que promovam saúde física e mental (Laska et al., 2016). Apesar de toda a informação disponível sobre promoção de comportamentos alimentares saudáveis e prevenção de riscos associados ao consumo alimentar pouco saudável na população adulta (OMS, 2024), isto não parece refletir-se nos seus hábitos alimentares que estão a deteriorar-se (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Tal fenómeno comportamental parece dever-se ao facto da alimentação não cumprir só os deveres nutricionais e de sobrevivência, mas também um conjunto de amplos desejos como o sentido de pertença, o prazer, a comunicação com os pares (Tay & Diener, 2011). Tay & Diener (2011) desafiam a estrutura hierárquica definida por Maslow (1943), definindo a sua teoria como uma extensão ao mesmo modelo, ao sugerir que diferentes necessidades (como a alimentação) podem ser satisfeitas simultaneamente (ou não), ao invés de seguir uma estrutura, dependendo da idade e da fase de vida do sujeito.

### **Taxonomia Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB)**

A taxonomia entende-se como a ciência da classificação utilizada para descrever e agrupar classificações científicas (American Psychological Association, 2018). Estas classificações são importantes para organizar os elementos de uma intervenção, através da criação de uma linguagem partilhada, identificando os elementos fundamentais facilitando a aplicação de intervenções eficazes na prática (Michie et al., 2013). Estas classificações têm sido progressivamente mais utilizadas nas investigações sobre mudança comportamental, seguindo normas nacionais e internacionais (Boutron et al., 2008). As taxonomias desempenham um papel crucial na criação de um vocabulário uniforme e no reconhecimento dos principais aspectos das intervenções comportamentais (Craig et al., 2008).

Esta taxonomia baseou-se em informação existente sobre estratégias de gestão de peso, teorias de mudança de comportamentos e taxonomias previamente existentes (Hartmann-Boyce et al., 2016). Ainda assim, na última década foram pensadas diferentes taxonomias com o objetivo de criar categorias, enumerar diversificadas técnicas de mudança de comportamento e conduzir intervenções (Michie et al., 2013) ao invés de perpetuá-las no tempo (Hartmann-Boyce et al., 2016).

Distinguindo-se das demais, a OxFAB dá maior enfoque às estratégias comportamentais e cognitivas que a população utiliza (ao invés das intervenções baseadas apenas em mudança comportamental) (Hartmann-Boyce et al., 2017). Os protocolos atualmente existentes que procuram investigar os comportamentos para a perda de peso encontram-se geralmente limitados à quantidade e tipo de consumo alimentar e o balanço com a perda energética, concluindo com um conjunto de comportamentos em vez de estratégias comportamentais e cognitivas que geram ganhos efetivos e duradouros (Craig et al., 2003). Esta taxonomia procurou responder a esta falha: a ausência de uma estrutura padronizada que categorizá-se e avalia-se ações específicas relacionadas com a gestão de peso, permitindo concluir-se que estratégias são adotadas pelas pessoas e compreender quais delas são mais eficazes na gestão, perda e manutenção do peso (Hartmann-Boyce et al., 2016, 2018).

O desenvolvimento desta taxonomia passou por três diferentes fases (Hartmann-Boyce et al., 2016). Primeiramente, surgiu uma lista de domínios que tinham em comum estratégias de gestão de peso, com materiais governamentais e comerciais. A fase dois e três apoiou-se na taxonomia da técnica de mudança de comportamento (Abraham & Michie, 2008). Criaram-se categorias de domínios amplos e as estratégias foram comparadas com taxonomias, classificações e teorias já existentes. Por último, criou-se um manual de codificação para avaliar a aplicabilidade das estratégias encontradas que concretizou e ajustou a taxonomia que hoje conhecemos (Hartmann-Boyce et al., 2016). Esta taxonomia compreende 117 questões que se inserem ao longo de 23 domínios (Hartmann-Boyce et al., 2016). Adicionalmente e mais tarde, foram introduzidos dois novos domínios: o re enquadramento (como uma mudança de pensamento sobre a própria alimentação - e.g. Passar a considerar a mudança da dieta como um ganho em saúde) e a auto experimentação (testar diferentes comportamentos ou estratégias alimentares e fazer uma escolha consciente de acordo com os resultados obtidos) (Hartmann-Boyce et al., 2017).

A taxonomia OxFAB procura promover a sistematização e descrição de estratégias comportamentais e cognitivas que se utilizam em intervenções de gestão de peso, assegurando que a mesma estratégia se apresente de forma uniforme, facilitando a análise e a integração desses mesmos resultados, junto da pessoa e possíveis investigações (Hartmann-Boyce et al., 2016).

## **Tabela 11**



*Descrição dos 23 domínios originais do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)*

| <b>Domínio</b>                                       | <b>Caracterização</b>                                                                                                            | <b>Exemplo</b>                                                                                                          |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Compensação de energia *</b>                      | Padrão consciente de comportamento que procura balançar entre a ingestão alimentar e/ou gasto calórico face aos dias anteriores. | Ao fazer uma refeição copiosa, praticar-se (mais) exercício para compensar o excesso de calorias.                       |
| <b>Estabelecimento de objetivos *</b>                | Delimitação clara de intenções ou metas.                                                                                         | Definir quanto peso se quer perder até um dado momento.                                                                 |
| <b>Imitação/Modelagem *</b>                          | Imitar comportamentos que se relacionem com a dieta (atividade física ou hábitos alimentares).                                   | Escolher uma determinada dieta porque alguém que conhece também o fez.                                                  |
| <b>Gestão de impulsos: aceitação *</b>               | Aceitar de forma consciente os impulsos que surgem.                                                                              | Durante a prática desportiva que se pode tornar desconfortável, aceitar o desconforto e continuar a prática desportiva. |
| <b>Gestão de impulsos: consciência dos motivos *</b> | Avaliar de forma consciente os motivos que levam a determinados impulsos.                                                        | Quando se sente vontade de comer, questionar se se trata de fome emocional ou física.                                   |
| <b>Gestão de impulsos: distração *</b>               | Utilizar a distração como forma de resposta aos impulsos.                                                                        | Recorrer a outras atividades quando se sente o impulso por comida.                                                      |
| <b>Procura de informação *</b>                       | Exploração informação que aumente o conhecimento sobre a gestão de peso.                                                         | Ler rótulos alimentares ou utilizar aplicações de controlo de peso.                                                     |

|                                               |                                                                                  |                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivação</b>                              | Utilizar estratégias que intensifiquem a vontade de gerir o peso.                | Ver uma fotografia do corpo que desejava.                                                                                              |
| <b>Planeamento de conteúdo *</b>              | Programar o tipo atividade física ou o tipo de alimentação.                      | Elaborar um plano de exercício ou uma lista de compras de supermercado.                                                                |
| <b>Programação da dieta e da atividade *</b>  | Organizar o momento e o ambiente da atividade física e/ou alimentação.           | Programar a atividade física antes de chegar ao local onde se vai realizar.                                                            |
| <b>Regulação: Permissão *</b>                 | Consumir livremente e sem restrições certos alimentos em situações particulares. | Permitir a ingestão sem restrição de certos alimentos.                                                                                 |
| <b>Regulação: Restrição *</b>                 | Restringir ou evitar certos alimentos em situações particulares.                 | Negar certos tipos de alimentos em determinados locais (ex: fast food).                                                                |
| <b>Regulação: Estabelecimento de regras *</b> | Definir objetivos em situações particulares.                                     | Solicitar meias-doses quando faz refeições fora.                                                                                       |
| <b>Restrição *</b>                            | Restringir conscientemente certos alimentos.                                     | Não se permitir comer mais do que se idealizou.                                                                                        |
| <b>Recompensa</b>                             | Obter benefícios quando se cumpre uma meta.                                      | Permitir refeições copiosas após um período longo de restrição.                                                                        |
| <b>Auto-monitorização *</b>                   | Registar práticas ou comportamentos                                              | Elaborar diários alimentares.                                                                                                          |
| <b>Controlo de estímulos *</b>                | Modificar o ambiente ou contexto de forma a facilitar certos comportamentos.     | Solicitar que familiares/amigos não se alimentem de determinados alimentos que são considerados para si como desejáveis/irresistíveis. |

|                                       |                                                                                                                                   |                                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Suporte: Ajuda dos outros *</b>    | Utilizar os outros no cumprimento de determinados comportamentos.                                                                 | Realizar exercício físico com alguém.                                |
| <b>Suporte: Motivacional *</b>        | Elaborar estratégias que sejam partilháveis com os outros.                                                                        | Partilhar com alguém os seus objetivos na gestão e controlo de peso. |
| <b>Suporte: Profissional</b>          | Solicitar ajuda profissional.                                                                                                     | Contratar um personal trainer ou consultar um nutricionista.         |
| <b>Auxiliares ao controlo de peso</b> | Utilizar e conhecer estratégias diferentes de controlo de peso (diferentes de exercício físico ou controlo de ingestão calórica). | Utilizar substitutos alimentares.                                    |

\* Validado para uma amostra da população portuguesa (Leitão et al., 2023)

Adaptado de Hartmann-Boyce et al. (2016).

## **Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB)**

Ancorado na taxonomia OxFAB, este instrumento surgiu através de meios existentes de gestão de peso como teorias de mudança de comportamentos e outras taxonomias prévias. Como objetivo de estruturar estratégias cognitivas e comportamentais adotadas por pessoas que tentam ativamente gerir o seu peso (Leitão et al., 2023).

Em resposta à grande parte dos questionários que existem que visam apenas calcular e avaliar o binómio ingestão vs gasto calórico como estratégia para a gestão de peso (Stunkard & Messick, 1985), ao invés de procurar estratégias cognitivas e comportamentais que levem a comportamentos duradouros, surge a OxFAB (com apoio na taxonomia OxFAB) na tentativa de colmatar a esta falha (Hartmann-Boyce et al., 2014). Este questionário procura projetar o mundo interno do indivíduo e todo o empenho que ele dedica (ou não) ao cumprir (ou não) com os seus objetivos de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016).

Desde o início da sua divulgação e utilização que o questionário Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB) tem sido utilizado em diferentes revisões, no entanto pelo seu extenso comprimento inicial (117 itens e 23 domínios), exige um elevado grau de compromisso e concentração por parte dos seus correspondentes (Hartmann-Boyce et al., 2022), levando muitas vezes a elevados níveis de abandono e não conclusão do mesmo. Existem atualmente versões mais reduzidas de forma a colmatar estas falhas (Hartmann-Boyce et al., 2022, Leitão et al., 2023). O mesmo questionário já se aplicou num estudo de coorte, onde se mantiveram os mesmos 117 itens organizados em 21 domínios (Hartmann-Boyce et al., 2018).

Este questionário tem como objetivo investigar quais os comportamentos e intervenções que as pessoas utilizam na gestão do seu peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). Este, pode ainda contribuir para que sejam identificáveis os aspectos centrais que motivam as pessoas a ter comportamentos de gestão de peso, permitindo numa intervenção, o profissional focar-se e individualizar-se nessas áreas ditas sensíveis (Hartmann-Boyce et al., 2018). Outra das vantagens da utilização deste questionário pode considerar-se a criação de novas e diferentes estratégias que o indivíduo podia não estar alerta e que podem efetivamente resultar consigo (Hartmann-Boyce et al., 2018).

### **Comportamentos de gestão de peso**

Os comportamentos de gestão de peso são procedimentos ativos que incluem um momento pré comportamentos de gestão de peso; um momento dinâmico de perda de peso e um momento pós comportamentos de gestão peso (manutenção de resultados) (Stubbs et al., 2011). Os sucessos destes comportamentos definem-se não só pela quantidade de peso perdido como pela manutenção do mesmo (Jorge et al., 2019).

Num estudo realizado em Portugal (Santos, Andrade & Teixeira, 2015) no ano de 2014, concluiu que numa amostra de 1098 indivíduos portugueses, 44% dos inquiridos tinha comportamentos de gestão de peso, sendo estes mais frequentes nas pessoas do sexo biológico feminino. As principais metas que estes portugueses procuravam com estes comportamentos dizem respeito à melhoria da sua saúde física e promoção do bem-estar. O principal comportamento adotado foi a programação da dieta e atividade (como comer apenas certos tipos de alimentos) e o menos adotado foi a modelagem/imitação.

Já uma revisão da literatura (Paixão et al., 2020) onde se incluíram resultados de 5 países (Portugal, Finlândia, Grécia e Estados Unidos) concluiu que as estratégias de gestão de peso

mais utilizadas (ancoradas na taxonomia OxFAB) foram o planeamento do conteúdo, compensação de energia e a auto-regulação.

Compreender os mecanismos pelos quais os comportamentos de gestão de peso podem ser modificados para alcançar metas relacionadas com uma saúde melhor torna-se essencial para aprimorar as intervenções direcionadas à gestão de peso (Van Alebeek et al., 2024). Programas que abordam os comportamentos de gestão de peso são naturalmente eficazes (Abraham & Michie, 2008). No entanto, esta eficácia parece variar consoante a abordagem. A investigação sobre comportamentos de gestão de peso, já não aborda apenas a ingestão calórica, o gasto e a sua diferença (Hartmann-Boyce et al., 2016). Esta tem-se debruçado sobretudo nas mudanças individuais de comportamento que são realizadas (Dombrowski et al., 2014) e que são mantidas (Hartmann-Boyce et al., 2014, Mitchell et al., 2011). Importa referir que os comportamentos de gestão de peso, além da perda efetiva de peso, apresentam ainda mais ganhos secundários imensuráveis para a saúde individual, tais como melhoria de resultados bioquímicos (colesterol, glicose, insulina e triglicerídeos) e melhoria de resultados biométricos (mudança de peso, melhoria da pressão arterial e diminuição do volume da cintura/gordura visceral) (Ramage et al., 2013b).

A perda de peso parece associar-se positivamente a ganhos na saúde mental (Alhalel et al., 2018; Fuller et al., 2017). Ainda assim, os ganhos em saúde mental parecem ser mais questionáveis quando se abordam as intervenções que abordam comportamentos de gestão de peso (Rand et al., 2017; Warkentin et al., 2013), isto quando se podem associar a comportamentos restritivos podendo promover comportamentos disfuncionais e aumentar o sofrimento psicológico (Peckmezian & Hay, 2017), daí a importância do acompanhamento psicológico a estas pessoas.

Várias investigações demonstram que programas comportamentais de gestão de peso, com o objetivo de perda de peso são eficazes, sobretudo através de alterações estruturais à dieta e manutenção de atividade física (Hartmann-Boyce et al., 2015; Kim, 2020), mas só uma percentagem de pessoas consegue beneficiar destes apoios com ajuda mais formal e organizada (Davis, 2013). Grande parte das pessoas que adotam comportamentos de gestão de peso, apresenta resultados apenas a curto prazo, sendo o peso o principal indicador de sucesso e que é recuperado entre três a cinco anos após o início das intervenções (Jensen et al., 2013), por isso o pouco sucesso deste tipo de comportamentos é estudado há vários anos (Herman & Mack, 1975). Sabe-se que os esforços individuais (grande parte das vezes sem apoio) para a gestão de peso, em pessoas com excesso de peso e obesidade, são importantes, no entanto desconheciam-

se os papéis das estratégias autodirigidas (cognitivas e comportamentais) possam ter neste objetivo de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2018). Diferentes grupos de pessoas utilizam diferentes estratégias de gestão de peso, tais aspetos devem ser considerados em intervenção com estes mesmos grupos (Paixão et al., 2020). As estratégias de autoajuda mais eficazes para a gestão de peso são: a compensação de energia (Andreyeva et al., 2010), a restrição (Korkeila et al., 1999), a auto-monitorização e a definição de objetivos acessíveis e claros (Hartmann-Boyce et al., 2015). A literatura não é unânime face a quais são as estratégias mais utilizadas e qual a sua eficácia nos comportamentos de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2018). Ainda que recentemente, o jejum intermitente e a restrição alimentar parece que ganharam popularidade em todo o mundo (Cho et al., 2019). Kim (2020) refere que adultos preferem optar por restrição alimentar, balanço energético, substitutos alimentares e planeamento de metas e objetivos. A investigação parece mostrar-nos que a eficácia das estratégias adoptadas atualmente está positivamente relacionada com intervenções exaustivas, geralmente associadas ao contacto com múltiplos profissionais (Hartmann-Boyce et al., 2018), que pode não ser acessível a uma grande maioria de pessoas (Barte et al., 2010). Ainda que hoje em dia, controlar e gerir o peso através de comportamentos seja parte constituinte do dia a dia de muitas pessoas (Wadden & Phelan, 2002). A combinação de intervenções comportamentais, cognitivas e acompanhadas por profissionais parece reduzir o peso corporal entre 7% a 10%, fazendo-se acompanhar da diminuição do risco de doenças cardiovasculares (Butryn, Webb & Wadden, 2011).

### ***A imitação ou modelagem como estratégia de gestão de peso***

As dietas, sugestões alimentares e a prescrição de suplementos encontrados em redes sociais e nos media ou até junto de amigos e familiares, prometendo resultados fáceis, ausentes de esforços e mais ou menos duradouros pouco se ancoram em dados científicos (Faria, Almeida & Ramos, 2021). Estas sugestões, de fácil acesso, são procuradas por muitas pessoas que muitas vezes não têm possibilidade de recorrer a acompanhamento profissional e que procuram igualar resultados e aspeto físico (e até emocionais) de certas personalidades ou pessoas conhecidas (Soihet & Silva, 2019). Embora as redes sociais e o convívio social permitam às pessoas uma maior conexão social, este contacto pode tornar-se tóxico sobretudo com a tentativa de imitar a aparência e os comportamentos (positivos ou negativos) de quem é visto (Cohen, Newton-John, Slater, 2017). Ainda que o poder das redes sociais e do passa palavra possa ser positivo na transmissão de muita informação sobre estilos de vida, não é

possível esquecer que muitos nutricionistas e psicólogos (e outros profissionais de saúde) divulgam informações e intervenções de forma gratuita e global, ou seja, pouco personalizada para as pessoas que muitas vezes os visualizam, abrindo um grande para a criação destes conteúdos de forma descontrolada (Benucci et al., 2024). Isto gera a utilização de certos comportamentos de imitação pouco ou nada individualizados para cada caso, sobretudo com foco na aparência, criando perturbações à satisfação com a imagem corporal, menor satisfação com o peso, maior autocrítica para com o aspecto físico e possibilitando o aumento de comportamentos alimentares disfuncionais (Fioravanti et al., 2022, Holland & Tiggemann, 2016, Saiphoo & Vahedi, 2019). Um estudo, com 111 mulheres entre os 17 e os 40 anos, de Low-Calverley e Grieve (2021), provou que estas quando expostas a imagens de influenciadores refletem um aumento significativo de humor dito negativo e de maior insatisfação com a sua imagem corporal (quando comparadas com um grupo de controlo que foi exposto a imagens neutras de paisagens). Isto porque os influenciadores digitais apresentam uma imagem física ideal, aderindo ao comum convencionado da beleza feminina (Hund, 2017). Noutro estudo de Tiggerman e Anderberg (2020) realizada a 300 homens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, com o objetivo de perceber o efeito da exposição de imagens de influenciadores do instagram na satisfação corporal e alimentar, concluiu que homens que visualizaram imagens de influenciadores comumente aceites como mais atraentes fisicamente, demonstraram uma menor satisfação com o seu corpo e com as opções alimentares adotadas (quando comparados com o grupo de homens exposto a imagens consideradas neutras).

Atualmente, um dos maiores fatores que parece influenciar os comportamentos de gestão de peso e o comportamento alimentar em adultos jovens é a imitação de padrões de internalização cognitiva sugeridos pelas redes sociais ou por pessoas conhecidas que são facilmente idealizadas (Aparicio-Martinez et al., 2019, Deliens et al., 2014). Por internalização cognitiva entende-se um processo mental que reflete crenças e ações individuais (Mingoia et al., 2019).

### ***A gestão de impulsos como estratégia de gestão de peso***

Costumes e hábitos internalizados estão na base do comportamento e atitude alimentar exigindo pouca ou nenhuma tomada de decisão individual (Connors et al., 2001). Traços como a impulsividade parecem relacionar-se com aptidões que cedem a comportamentos alimentares disruptivos (Jasinska et al., 2012). Tipicamente os impulsos são associados a perturbações do

comportamento alimentar (Rennhak et al., 2023), com maior referência à compulsão alimentar (American Psychiatric Association, 2013). Ainda que a impulsividade possa ser considerada como um traço característico de personalidade (fenotípico) que pode conter diferentes elementos, como o auto-controlo e o sentimento face à recompensa, sem ser por isso patológico (Gullo, Loxton, Dawe, 2014). Estes elementos parecem ser fundamentais para a manutenção de uma alimentação e peso considerados saudáveis (Wardle 1988). Considera-se que na impulsividade o auto-controlo está diminuído (Fineberg et al., 2009) parecendo ser um forte preditor para uma alimentação desregulada (Guerrieri et al., 2007) sobretudo como resposta a estados emocionais mais negativos (Racine et al., 2009).

A aceitação dos impulsos como estratégia de gestão de peso tem ganho cada vez mais enfoque, sobretudo na forma de intervenções que se focam na auto-compaixão, associados à terapia cognitivo-comportamental e integrativa de 3.<sup>a</sup> geração (Neto & Baptista, 2021). Neste tipo de intervenções procura-se que a pessoa aceite o seu estado emocional negativo e que isso favoreça uma relação saudável consigo mesma (Rahimi-Ardabili et al., 2020). Ao aceitar os seus impulsos e ao ter compaixão por esses sentimentos ditos negativos, isso pode funcionar como protetor contra o comportamento alimentar disfuncional, contra o ganho de peso e contra a insatisfação corporal (Peçanha & Lins, 2023).

Importa ressaltar que tendencialmente não existe consciência sobre o porquê da adoção de determinados comportamentos impulsivos no que respeita ao comportamento alimentar e à saúde individual (Wadden, Brownell & Foster, 2002). Isto porque existe a tendência em favorecer a comodidade e o prazer hedónico e momentâneo face a metas que incluam esforços a longo prazo (Mai et al., 2011). Assim, uma maior consciência sobre a forma como se gere os impulsos alimentares parece resultar em resoluções alimentares mais saudáveis (Metcalf & Mischel, 1999).

Ainda que a distração aos impulsos alimentares possa ser considerada uma estratégia de gestão de peso tanto em homens quanto em mulheres (Liguori et al., 2020), a literatura parece não ser unânime referindo que a distração (e.g. Assistir televisão, ver redes sociais ou estar num computador) parece fazer aumentar o consumo alimentar (Ogden et al., 2013).

### ***A procura de informação como estratégia de gestão de peso***

A internet e as redes sociais são hoje um importante agente de mudança comportamental sobretudo nos jovens e jovens adultos (Reid & Weigle, 2014). Com o uso da tecnologia dita



convergente (aceder a diferentes tipos de tecnologia do mesmo dispositivo), o uso das redes sociais não se restringe à comunicação com pares mas muitas vezes à partilha e procura de informação de diversos tipos (Vaterlaus et al., 2015). Com a quantidade de informação que existe disponível e de fácil acesso sobre alimentação e comportamentos de gestão de peso, torna-se difícil ao consumidor perceber quais as informações que são fidedignas ou não (Szűcs et al., 2015). Alguns autores referem que a procura de informação sobre gestão individual de peso parece influenciar os hábitos alimentares, o nível de atividade física e consequentemente o peso. Isto porque a procura de informação revela motivação intrínseca e curiosidade sobre o comportamento, sendo que estas pessoas parecem adotar dietas mais equilibradas e comportamentos de gestão de peso após a procura por informação (Davy & Sothorn, 2007, Jang & Kim, 2017). Já Silliman e Finkelstein (2013) referem que a quantidade de informação que existe disponível sobre a perda e gestão de peso dificulta a adoção de comportamentos alimentares saudáveis e de uma abordagem individualizada. Pessoas com excesso de peso parecem procurar pouca informação sobre comportamentos de gestão de peso por uma questão de vergonha/estigma ou por se considerarem ser pouco capazes para cumprir as estratégias propostas, atrasando muitas vezes a procura de ajuda profissional (Linde & McKee, 2014).

Importa referir que a procura de informação sobre os comportamentos e estratégias para gerir o peso incluem conhecimento sobre hábitos alimentares, saúde e nutrição e que para isso importa existir uma consciencialização sobre a própria saúde individual (Leitão et al., 2023).

Um estudo transversal realizado na Turquia a 1000 estudantes universitários concluiu que 81,1% dos respondentes procuram notícias sobre nutrição nas redes sociais e 31,9% refere que segue e lê notícias sobre alimentação, nomeadamente estratégias de perda de peso (Durmaz et al., 2022).

### **Atitude alimentar Vs Comportamento alimentar**

A alimentação não é apenas uma necessidade humana fundamental, pois contém dimensões internas e externas do ser humano, fundamentais à sobrevivência e ao bem-estar global (Birch & Fisher, 1998), o que torna a investigação sobre o tema uma tarefa exigente (Martins et al., 2020). O ato de comer torna visível o estilo de vida que pode ser definido por diversos contextos: sociais, psicológicos, económicos e culturais que têm um forte impacto na forma como os alimentos são criados, repartidos, comprados, comercializados e por fim

consumidos (Satter, 2007). Ainda que a sobrevivência da nossa espécie pareça ser consensual quando se pensa no principal objetivo da alimentação (Sobal & Bisogni, 2009).

Alguns autores (Kakoschke et al., 2019, Martins et al., 2020) dedicam-se a explorar como as emoções, os sentimentos, o desejo alimentar e os hábitos alimentares compulsivos ou restritivos se relacionam entre si, condicionando a atitude alimentar.

A atitude alimentar em conjunto com a aceitação alimentar, a regulação interna e a gestão do contexto alimentar formam a competência alimentar (CE) que serve para caracterizar todo o comportamento que se relaciona diretamente com a alimentação (De Queiroz et al., 2022). A atitude alimentar diz respeito a emoções positivas e negativas (Macht, 1999), crenças e pensamentos que impactam a relação de um indivíduo com a sua alimentação, afetando diretamente as suas escolhas alimentares e por consequência a saúde individual (Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2012) e o estilo de vida (Martins et al., 2020b). Diz respeito à forma como a pessoa se relaciona com a sua alimentação, através de emoções, cognições e ações (Alvarenga & Koritar, 2019). Estes aspectos ditos mais psicológicos da atitude alimentar parecem associar-se à escolha, obtenção e ingestão de determinados alimentos (Heatherthorn & Baumeister, 1991), sobretudo na procura de bem-estar (Evers, Stok & Ridder, 2010) em situações de interação social ou para aliviar estados emocionais sentidos como desagradáveis (Heatherthorn & Baumeister, 1991). Os aspectos considerados mais cognitivos deste conceito podem considerar-se os objetivos ou metas e os entendimentos ou percepções (Love, Bhullar & Schutte, 2019). A atitude alimentar começa a formar-se na infância e desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença física e mental (UNICEF, 2020).

Já o comportamento alimentar pode descrever-se como uma junção entre fatores psicológicos, emocionais, fisiológicos, sociais e genéticos que contribuem positivamente para a quantidade e qualidade de alimentos ingeridos (Ford & Dziewaltowski, 2008) e para as opções alimentares selecionadas individualmente (Grimm & Steinle, 2011). Alvarenga (2015) acrescenta ainda que esta definição não se pode caracterizar só pela qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, mas deve também incluir a forma como cada um se sente em lidar com a sua alimentação (aproximando-se do conceito de atitude alimentar). French, Jeffrey e Wing (1994) e Lauzon e colaboradores (2004) referem que este conceito (atitude alimentar) é considerado multidimensional e um construto latente pois não consegue ser avaliado de forma direta mas através de múltiplos aspectos (Martins et al., 2020).

## **Fatores que se relacionam com a atitude alimentar**

Certos fatores como o ambiente em que se realizam as refeições (Pineda et al., 2024), o nível social e económico (Ford & Dzewaltowski, 2008) e a genética (Grimm & Steinle, 2011) parecem influenciar a auto-regulação do comportamento alimentar e consequentemente a atitude face à alimentação. Alguns destes fatores não podem ser diretamente controlados pela pessoa, como o caso da carga genética (Love, Bhullar & Schutte, 2019). O meio obesogénico (ambiente promotor de escolhas alimentares pouco saudáveis), determinantes sociais, culturais e o próprio sistema de abastecimento alimentar podem ser desafios à mudança da atitude alimentar (Kim, 2020). A associação entre alimentação e saúde parece evidente, no entanto, a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis vai muito além das escolhas pessoais, uma vez que fatores físicos, políticos, culturais, económicos, psicológicos e sociais parecem ter impacto tanto positivo como negativo na atitude alimentar individual (Kim, 2020, Satter, 2007, Apfeldorfer & Zermati, 2001). Sabe-se que meios obesogénicos, fatores biológicos e psicológicos contribuem ativamente para os comportamentos alimentares (Mendenhall & Singer, 2019).

Enfatizando a importância que o contexto social tem, Canetti, Bachar e Berry (2002), referem que mecanismos como a imitação e a socialização são importantes fatores que impactam a atitude alimentar. Mas pensar só e apenas nesta vertente mais cognitiva da atitude alimentar parece ser insuficiente para avaliar o processo alimentar de uma pessoa, uma vez que este sofre a influência de diversos componentes mais psicológicos (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Existem fatores psicológicos como a incongruência entre o desejo-objetivo alimentar, satisfação com a dieta e comportamento alimentar desajustado ou disfuncional que parecem ser relevantes para a forma como cada um se relaciona com a alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019).

## **Incongruência desejo-objetivo alimentar**

Sheldon e Elliot (1999) referem que o bem-estar individual é negativamente impactado quando as pessoas procuram objetivos diários que não se encaixam nos seus desejos implícitos (preferências mais ou menos estáveis por certos tipos e estilos de incentivos [Schüler et al., 2019]). Ainda assim, satisfazer os seus próprios desejos implícitos requer definir com clareza os objetivos para os atingir (Schüler et al., 2019).

Por incongruência desejo-objetivo alimentar entende-se o desacordo que existe entre o objetivo alimentar e o desejo impulsivo alimentar (Hofmann et al., 2008). Este conceito surgiu por Hofmann, Friese e Wiers (2008) que analisaram um modelo teórico, numa perspectiva dual, em que os impulsos ou desejos automáticos e os objetivos conscientes parecem influenciar certos comportamentos de saúde, como a atitude face à alimentação. Por objetivo (ou meta) entende-se qualquer cognição consciente (exemplo: comer mais legumes, comer menos açúcar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019). A dualidade percebida (ou não) entre estas duas entidades (desejo/afeto vs objetivo/cognição) diz-se incongruência alimentar. Van Alebeek et al. (2024) fazem referência ao conceito de incongruência alimentar como uma falha. Heckhausen & Heckhausen (2018) referem que objetivos pouco congruentes com o desejo podem requerer demasiado esforço individual e recursos mentais (como o auto-controlo). Maior incongruência entre desejos e objetivos parece enfraquecer a auto-eficácia e reduzir as expectativas no que diz respeito a alcançar resultados positivos, reduzindo o esforço individual para a congruência e a procura por objetivos alcançáveis. Por sua vez, desejos congruentes com objetivos, fortalecem a auto-eficácia através do sentido de competência, gerando uma maior expectativa para alcançar o sucesso, emoções consideradas positivas e uma maior auto-regulação no que respeita aos objetivos individualmente propostos (Weiner, 2012). Seguindo o mesmo raciocínio, Love, Bhullar e Schutte (2019) referem que só o objetivo ou meta são insuficientes para proporcionar uma atitude positiva face à alimentação, uma vez que a incongruência desejo-objetivo alimentar pode levar a uma diminuição da auto regulação e tendo como consequência, ações prejudiciais à saúde individual.

O instrumento Dietary Goal-Desire Incongruence (DG-DI) permite estimar esta incongruência desejo-objetivo alimentar, através da avaliação do acordo ou desacordo que existe entre um comportamento idealizado e os objetivos desejados (Li et al., 2021).

Num estudo com uma amostra brasileira conclui-se que pessoas com o sexo biológico feminino apresentam uma maior incongruência entre o que desejam e o seu objetivo alimentar, possivelmente associado à pressão social existente face à estética e aparência corporal desta amostra em particular (Martins et al., 2024). O aumento da incongruência desejo-objetivo alimentar parece estar também relacionado com as pessoas que já realizaram dietas restritivas para o controlo de peso, isto porque estas parecem ter mais dificuldade em gerir a sensação de fome que parece sobrepor-se aos seus objetivos alimentares (Love, Bhullar e Schutte, 2019).

### **Satisfação com a dieta**

A satisfação com a dieta, no controlo de peso, é uma variável que pode facilitar ou dificultar o processo de perda de peso (James et al., 2018). A definição do construto parece díspar na literatura consultada e sobretudo associada à satisfação com a vida (Türkmen & Sivrikaya, 2020). Fitzpatrick, e colaboradores (2014) referem-se ao conceito como um balanço entre a capacidade de aderir a uma determinada dieta e a capacidade de mantê-la com o objetivo de satisfazer o desejo de perda de peso. Para Coney e colaboradores (1995), a satisfação com a dieta deriva da sensação de prazer derivada da alimentação. Este conceito aparece também definido como um pensamento individual, positivo ou não, sobre os seus próprios hábitos alimentares (Grunert, et al., 2007). Já Ello-Martin e colaboradores (2007) associam a satisfação com a dieta com um tipo de alimentação que ajude no controlo da saciedade através da ingestão de quantidades de alimentos que sejam satisfatórias. A satisfação com a dieta pode também considerar-se uma parte cognitiva importante da atitude alimentar, uma vez que diz respeito à visão que a pessoa tem sobre a congruência das suas ações com os seus objetivos individuais e conscientes sobre a alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019).

Diferentes definições levam a que a satisfação relacionada com os processos de perda de peso digam muitas vezes respeito à satisfação geral ou à qualidade de vida, sem por isso especificar a dieta ou alimentação (James et al., 2018).

O instrumento *Satisfaction With Dietary Behavior (SWDB)* (Questionário de satisfação com o comportamento alimentar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite confirmar a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021), procurando estimar a perceção que a pessoa tem entre o seu comportamento e as metas que estabelece para a sua dieta, avaliando conceito de satisfação com o comportamento alimentar (Martins et al., 2024).

Numa amostra de população adulta, maiores níveis de satisfação com a dieta parecem estar positivamente associados a melhores hábitos alimentares (Schnettler et al., 2017) e negativamente associados à possibilidade de comportamento alimentar disfuncional (Moradi et al., 2021). Outro estudo, realizado a uma amostra de população brasileira refere que as pessoas com sexo biológico feminino tendem a apresentar menor satisfação com os seus comportamentos alimentares quando comparadas com pessoas do sexo masculino (Martins et. al, 2024).

### **Comportamento alimentar disfuncional (CAD)**

O comportamento alimentar disfuncional difere de perturbação alimentar, no entanto este tipo de comportamento é responsável por comorbilidades, sofrimento físico e psicológico e um elevado investimento financeiro por parte do estado (DPhil & Rolls, 2001) podendo ser um forte preditor de perturbações alimentares (Amaral et al., 2019).

Este tipo de comportamento caracteriza-se por formas de agir face à alimentação pouco adaptativas ou pouco saudáveis na tentativa de controlar ou perder peso, recorrendo a técnicas ou atitudes problemáticas como compulsão alimentar, alimentação descontrolada, excessiva preocupação com a imagem corporal, comer em segredo, cumprimento de dietas restritivas ou purgativas, vigilância constante de calorias ou alimentos ou alimentação emocional (Pereira & Alvarenga, 2007). Todas estas formas de agir disfuncionais e pouco adaptativas consideram-se fatores de risco para o desenvolvimento de patologia severa do comportamento alimentar (Amaral et al., 2019). Stunkard and Messick (1985), descreveram a “desinibição” (fatores desinibidores que facilitam ou diminuem a ocorrência de certos estados emocionais negativos), a “restrição cognitiva” (restrição em consciência de certos alimentos tendo como função manter ou perder peso) e a “fome” (sensação de não saciedade) como uns dos principais construtos que têm impacto no comportamento alimentar e que são avaliados no seu instrumento *The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)* (Questionário Alimentar de Três Fatores), ainda que versões mais recentes incluam construtos como alimentação emocional, alimentação descontrolada e restrição cognitiva alimentar de forma a incluir uma visão mais contemporânea sobre o comportamento alimentar disfuncional, particularmente em contextos onde existe perturbação e patologia alimentar (Strien, 2008, Stunkard & Messick, 1985).

### ***Alimentação emocional (AE)***

Karlsson e colaboradores (2000) referem que a alimentação emocional ou ingestão emocional diz respeito ao conjunto de comportamentos alimentares adotados em resposta a estados emocionais negativos (como ansiedade, tristeza e inquietação).

Existem inúmeros estudos que procuram investigar a relação que existe entre as emoções e o consumo alimentar, sabendo que esta é uma relação bidirecional, pois as emoções afetam o consumo alimentar e vice-versa (Ljubičić et al., 2023, Konttinen, 2020). As emoções parecem ser um forte preditor de comportamentos e decisões sobre hábitos alimentares (Ha & Lim, 2023, Kakoschke et al., 2019). Emoções negativas que surgem como resposta a situações ou eventos percebidos como ameaçadores e causadores de sofrimento (Brans & Verduyn, 2014), parecem

predizer hábitos alimentares mais hedônicos e momentâneos quando comparados com emoções positivas (Ha & Lim, 2023). Nas pessoas com tendência a uma alimentação emocional, ou seja, com tendência a consumir excesso de alimentos como uma resposta a estados emocionais ao invés de uma resposta fisiológica (Reichenberger et al., 2020), as emoções negativas parecem impulsionar hábitos alimentares pouco saudáveis como uma estratégia de evitamento (Ha & Lim, 2023, Konttinen, 2020). Muitos indivíduos têm como resposta ao stress o aumento do consumo alimentar porque é reconhecido como sendo reconfortante (Finch, Cummings & Tomiyama, 2019). Godet et al. (2022) explicam que o aumento do consumo alimentar como um resposta a um estado emocional sentido como desagradável relaciona-se com o sistema límbico (responsável por emoções, comportamentos sociais e prazer) podendo esta ser uma explicação para o facto destes comportamentos serem sentidos como irresistíveis face ao controlo cognitivo sobre os mesmos. Quando expostos a emoções negativas, os indivíduos tendem a procurar e a consumir grandes quantidades de alimentos pouco saudáveis com elevado nível de gordura, sal e açúcares saturados (Finch, Cummings & Tomiyama, 2019, Rutters et al., 2008).

Processos mentais, como a flexibilidade cognitiva e a aprendizagem, parecem estar intimamente relacionados com os comportamentos alimentares restritivos ou compulsivos (Kakoschke et al., 2019). Indivíduos com menos flexibilidade cognitiva e capacidade de aprender por modelagem parecem apresentar uma maior propensão para vir a ser diagnosticados com obesidade e perturbações do comportamento alimentar como: bulimia e compulsão alimentar (Kakoschke et al., 2019). Já Timmerman e Acton (2001) referem que a alimentação emocional pode refletir a necessidade de pertença, auto-estima, realização, amor e segurança.

### ***Alimentação descontrolada/Descontrolo alimentar/ Ingestão descontrolada (DA)***

O descontrolo alimentar ou a alimentação descontrolada pode definir-se como a ausência de auto controlo ou consumo excessivo de alimentos, na presença ou ausência de saciedade física (Gilhooly et al., 2007) e pode também encontrar-se na literatura sobre o comportamento alimentar como “desinibição” (Stunkard & Messick, 1985). A disponibilidade de certos alimentos e a presença de certos estímulos parecem aumentar as probabilidades de perda de controlo alimentar e aumento da ingestão alimentar, podendo ocorrer em momentos de saciedade ou não, o que reflete que o ato de comer pode não estar especificamente relacionado com a fome fisiológica (Lambert et al., 1991). Algumas variáveis como o humor, o auto controlo emocional, o aumento de peso corporal e a repetição alimentar parecem ser

gatilhos para a alimentação descontrolada (Gilhooly et al., 2007, Pelchat & Schaefer, 2000, Tiggemann & Kemps, 2005).

Comumente associada à compulsão alimentar (ou *binge-eating*), este descontrole alimentar pode associar-se como a tentativa individual de fuga a estados emocionais sentidos como desagradáveis, sendo associado a uma forma pouco adaptada de enfrentá-los (Heatherton & Baumeister, 1991).

### ***Restrição cognitiva (RC)***

A restrição cognitiva, diz respeito à adesão em consciência de certos comportamentos alimentares pouco adequados, compulsivos ou restritivos, tendo como principais metas a manutenção ou a perda de peso (Karlsson et al., 2000).

O aumento do acesso à alimentação e o próprio aumento do consumo, pode ser causador de alterações emocionais e cognitivas como a restrição cognitiva (que diz respeito ao ato cognitivo e consciente de qualquer pessoa sobre a sua alimentação com o objetivo de reduzir ou restringir a ingesta) (Lowe & Timko, 2004). Quem se restringe cognitivamente obriga-se e proíbe-se a certas escolhas alimentares (Herman & Mack, 1975, Natacci & Júnior, 2011). Um indivíduo ao privilegiar certos comportamentos restritivos em favor de sinais fisiológicos (como sede ou fome) de forma a controlar o seu comportamento alimentar, torna a restrição cognitiva um dos principais responsáveis para o insucesso nas tentativas de gestão de peso (Barzic, 2008). Este tipo de comportamento pouco adaptativo parece relacionar-se com a adoção de estratégias de gestão de peso quando não acompanhadas por um profissional, através da criação de certas crenças (geralmente disfuncionais e não adaptadas à pessoa em questão) (Stunkard & Messick, 1985b). Exemplos de restrição cognitiva alimentar podem ser o jejum intermitente, monitorização de quantidade de calorias ingeridas e gestão de porções alimentares (Romano & Lipson, 2019). Quando em restrição cognitiva, as pessoas tendem a ingerir menos alimentos, no entanto, em certas situações aumentam em muito o seu consumo (Herman & Mack, 1975). Castro et al. (2018) referem que este tipo de comportamento acaba por ter o efeito contrário levando à ingestão alimentar excessiva ou ao desejo incontrollável por comida.

Martins e colaboradores (2020b) concluíram, num estudo com uma amostra da população brasileira, que indivíduos do sexo biológico feminino tendem a demonstrar mais comportamentos de restrição cognitiva quando comparados com indivíduos do sexo biológico masculino.



## Anexo B: Protocolo Completo – Versão Portuguesa

### Protocolo Completo – Versão Portuguesa

#### Informações iniciais:

Este estudo insere-se numa investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica realizado no Instituto Universitário (ISPA) em colaboração com a Universidade Estadual Paulista (UNESP). Convidamo-lo/a a colaborar connosco através do preenchimento deste questionário cujo objetivo é compreender a atitude cognitiva e afetiva face à alimentação dos adultos portugueses. Para esta investigação procuramos indivíduos de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. A participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento. O questionário é anónimo, não permitindo a identificação do respondente em nenhum momento. Agradecemos a sua colaboração sabendo que esta é essencial para o aumento do conhecimento nesta área. Caso pretenda esclarecer alguma dúvida, contacte as principais investigadoras através de: [comportamentosalimentar@gmail.com](mailto:comportamentosalimentar@gmail.com)

Muito gratas pela vossa participação: Inês Pratas e Leonor Silva

#### Consentimento informado

☐ Tomei conhecimento sobre a informação acerca do estudo, declaro que aceito participar nesta investigação.

#### Parte 1 - Caracterização Sociodemográfica e de Saúde - Instrumento de caracterização da amostra

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qual é a sua nacionalidade?                      | <input type="checkbox"/> Portuguesa<br><input type="checkbox"/> Brasileira<br><input type="checkbox"/> Dupla nacionalidade<br><input type="checkbox"/> outra/s                                                          |
| Idade                                            | anos                                                                                                                                                                                                                    |
| Sexo biológico                                   | <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Prefiro não responder                                                                      |
| É estudante?                                     | <input type="checkbox"/> Sim, sou só estudante.<br><input type="checkbox"/> Sim, sou estudante e trabalhador.<br><input type="checkbox"/> Não, sou só trabalhador.<br><input type="checkbox"/> Não estudo nem trabalho. |
| Se sim, qual é o ciclo de estudos que frequenta? | <input type="checkbox"/> 1.º Ciclo: Licenciatura <input type="checkbox"/> 2.º Ciclo: Mestrado <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo: Doutoramento <input type="checkbox"/> Outros                                          |
| Pratica exercício físico?                        | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                            |
| Com que frequência pratica exercício físico?     | Dias por semana: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7           |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Já fez dieta com a intenção de modificar o corpo?                                                  | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência <input type="checkbox"/> sempre                                                                                                                                                                                |
| Se sim, qual o principal objetivo das suas dietas?                                                 | <input type="checkbox"/> emagrecer <input type="checkbox"/> ganhar massa muscular <input type="checkbox"/> engordar/ganhar peso <input type="checkbox"/> Gestão de alguma doença (alergias ou intolerâncias alimentares, e.g. Lactose, Glúten) <input type="checkbox"/> adoção de um estilo de vida saudável                                                    |
| Com que frequência faz dietas?                                                                     | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1x ao ano <input type="checkbox"/> 2x ao ano <input type="checkbox"/> A cada três meses <input type="checkbox"/> Todos os meses <input type="checkbox"/> Durante toda a semana                                                                                                                          |
| Quantas vezes realiza/já realizou essas dietas com o acompanhamento de um médico ou nutricionista? | <input type="checkbox"/> Nenhuma vez<br><input type="checkbox"/> Poucas dietas que realizei tiveram acompanhamento<br><input type="checkbox"/> A maior parte das dietas que realizei tiveram acompanhamento <input type="checkbox"/> Todas as dietas que realizei tiveram acompanhamento                                                                        |
| Como se sente em relação à sua alimentação?                                                        | <input type="checkbox"/> Muito Insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem insatisfeito, nem satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito                                                                                                                                       |
| Como avalia o seu acesso aos alimentos que gosta de consumir?                                      | <input type="checkbox"/> Nunca tenho acesso <input type="checkbox"/> tenho acesso raramente <input type="checkbox"/> Às vezes tenho acesso <input type="checkbox"/> Frequentemente tenho acesso <input type="checkbox"/> tenho acesso sempre                                                                                                                    |
| Já foi diagnosticado com alguma perturbação alimentar?                                             | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Se sim, qual?                                                                                      | <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa <input type="checkbox"/> Compulsão alimentar <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                                                |
| Como considera a sua alimentação?                                                                  | <input type="checkbox"/> Muito má <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Nem boa, nem má <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> muito boa                                                                                                                                                                                          |
| Que critério utilizou na questão anterior para ter avaliado dessa forma a sua alimentação?         | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Quantas refeições faz por dia? (Incluindo lanche da manhã, lanche da tarde e ceia, se houver)      | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 ou mais                                                                                                                                                            |
| Quais os seus três alimentos preferidos?                                                           | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Refira três alimentos que não gosta                                                                | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Qual é seu o peso atual?                                                                           | kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Qual é a sua altura?                                                                               | m                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Como classificaria o seu peso?                                                                     | <input type="checkbox"/> Baixo peso (IMC<18,50kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Peso normal para altura (IMC: 18,50  —24,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Excesso de peso (IMC: 25,00  —29,99 kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Obesidade (IMC≥30,0kg/m <sup>2</sup> )                                               |
| Como classificaria o peso do seu pai?                                                              | <input type="checkbox"/> Baixo peso (IMC<18,50kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Peso normal para altura (IMC: 18,50  —24,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Excesso de peso (IMC: 25,00  —29,99 kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Obesidade (IMC>30,0kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Não sei responder |
| Como classificaria o peso do seu pai?                                                              | <input type="checkbox"/> Baixo peso (IMC<18,50kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Peso normal para altura (IMC: 18,50  —24,99 kg/m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Excesso de peso (IMC: 25,00  —29,99 kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Obesidade (IMC≥30,0kg/m <sup>2</sup> )<br><input type="checkbox"/> Não sei responder |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Já foi diagnosticado com alguma das seguintes doenças?                                           | <input type="checkbox"/> Perturbação de ansiedade <input type="checkbox"/> Perturbação de pânico <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Perturbação bipolar <input type="checkbox"/> esquizofrenia <input type="checkbox"/> Fobia específica <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Perturbação dismórfica corporal <input type="checkbox"/> Outros:<br><input type="checkbox"/> Não fui diagnosticado com nenhuma doença                                                                                                 |
| Tem cuidado com a sua saúde mental?                                                              | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Se sim, que cuidados tem?                                                                        | <input type="checkbox"/> procuro manter um estilo de vida saudável <input type="checkbox"/> faço terapia <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> utilizo medicamentos<br>Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Durante a pandemia, sentiu que sua ingestão de alimentos:                                        | <input type="checkbox"/> Diminuiu muito <input type="checkbox"/> Diminuiu <input type="checkbox"/> Nem diminuiu, nem aumentou<br><input type="checkbox"/> Aumentou <input type="checkbox"/> Aumentou muito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| No momento pós-pandemia, sentiu que a sua ingestão de alimentos:                                 | <input type="checkbox"/> permaneceu a mesma do momento pandêmico;<br><input type="checkbox"/> aumentou após a pandemia;<br><input type="checkbox"/> diminuiu após a pandemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Acredita que suas emoções influenciam a sua alimentação?                                         | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Às Vezes <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Se respondeu diferente de NUNCA como descreve essa influência?                                   | <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Qual é o rendimento mensal bruto do seu agregado familiar?                                       | <input type="checkbox"/> Até 550,21€<br><input type="checkbox"/> Mais de 550,21€ e até 831,14€<br><input type="checkbox"/> Mais de 831,14€ e até 1176,57€<br><input type="checkbox"/> Mais de 1176,57€ e até 1522,93€<br><input type="checkbox"/> Mais de 1522,93€ e até 1939€<br><input type="checkbox"/> Mais de 1939€ e até 2842,21€<br><input type="checkbox"/> Mais de 2842,21€ e até 3714,07€<br><input type="checkbox"/> Mais de 3714,07€ e até 5799,93€<br><input type="checkbox"/> Mais de 5799,93€<br><input type="checkbox"/> Não sei/Prefiro não responder                   |
| Qual é o nível de escolaridade mais elevado que existe no seu agregado familiar?                 | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade<br><input type="checkbox"/> 1.º Ciclo completo/2.º Ciclo incompleto<br><input type="checkbox"/> 2.º Ciclo completo/3.º Ciclo incompleto<br><input type="checkbox"/> 3.º Ciclo completo/ Ensino secundário incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino secundário completo/ Ensino Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> Formação Profissional incompleta<br><input type="checkbox"/> Formação Profissional completa<br><input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo<br><input type="checkbox"/> Não sei/Prefiro não responder |
| Há mais alguma informação que gostaria de partilhar connosco em relação à sua alimentação atual? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**Parte 2. Versão em português da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).**

Vignola, R., & Tucci, A. (2013). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes afirmações sobre sintomas psicológicos. Descreva entre 0 (Nunca) a 3 (Quase sempre) como se sentiu durante a última semana.

0 – Nunca

1- Às vezes

2- Muitas vezes

3- Quase sempre

| Item                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Escala de resposta: 0=Nunca; 1=Às vezes; 2=Muitas vezes; 3=Quase sempre                                                                                                        |
| 1. Tive dificuldade em acalmar-me.                                                                                                                                             |
| 2. Estava consciente de que a minha boca estava seca.                                                                                                                          |
| 3. Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo.                                                                                                                       |
| 4. Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico).                                                           |
| 5. Tive dificuldade em ter iniciativa para fazer as coisas.                                                                                                                    |
| 6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações.                                                                                                                  |
| 7. Senti tremores (por exemplo nas mãos).                                                                                                                                      |
| 8. Senti que estava geralmente muito nervoso/a..                                                                                                                               |
| 9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo/a.                                                                                        |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.                                                                                                                              |
| 11. Senti que estava agitado/a.                                                                                                                                                |
| 12. Tive dificuldade em relaxar.                                                                                                                                               |
| 13. Senti-me desanimado/a e deprimido/a.                                                                                                                                       |
| 14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava a fazer.                                                                                        |
| 15. Senti que ia entrar em pânico.                                                                                                                                             |
| 16. Não consegui entusiasmar-me com nada.                                                                                                                                      |
| 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.                                                                                                                               |
| 18. Senti que estava sensível.                                                                                                                                                 |
| 19. Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca). |

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| 20. Senti-me assustado/a sem ter uma boa razão. |
| 21. Senti que a vida estava sem sentido.        |

Parte 3. Versão em português da *Motivation for Dietary Self-control Scale* (MDSC).

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2024). Psychometric evaluation in a Brazilian context of three instruments proposed to investigate affective and cognitive aspects of eating. *Current Psychology*, 43(24), 21146–21161. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05942-5>.

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes afirmações. Descreva entre 0 (não me descreve de forma alguma) e 6 (descreve-me completamente), o quanto é que estas afirmações o descrevem?

- 0 – Não me descreve de forma alguma
- 1 – Descreve-me muito pouco
- 2 – Descreve-me pouco
- 3 – Descreve-me razoavelmente
- 4 – Descreve-me bem
- 5 – Descreve-me muito bem
- 6 – Descreve-me completamente

| Fatores    | Item<br># | Afirmações                                                                                                               |
|------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interna    | 1         | Eu tento evitar comer alguns alimentos porque quero ser mais saudável.                                                   |
|            | 4         | Eu tento comer mais alimentos saudáveis porque me sinto bem quando me alimento dessa maneira.                            |
|            | 6         | Eu tenho forte motivação para controlar o que como.                                                                      |
|            | 9         | Eu gosto de estar no controlo dos meus padrões alimentares.                                                              |
| Externa    | 2         | Eu tento controlar o que como para que as outras pessoas pensem bem de mim.                                              |
|            | 5         | Eu quero controlar a minha alimentação porque as imagens que eu vejo nos media fazem com que eu me sinta pouco atraente. |
|            | 8         | Eu tento prestar atenção ao que eu como por recomendação médica.                                                         |
|            | 10        | Eu tento resistir a alguns alimentos por causa da pressão das pessoas à minha volta.                                     |
| Amotivação | 3         | Melhorar a minha dieta é uma prioridade baixa na minha vida neste momento.                                               |
|            | 7         | Eu não vejo nenhuma razão para controlar a minha alimentação.                                                            |
|            | 11        | Eu não tento resistir a um alimento tentador.                                                                            |

#### Parte 4. Versão em português da *Satisfaction with Dietary Behavior Scale* (SWDB).

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2024). Psychometric evaluation in a Brazilian context of three instruments proposed to investigate affective and cognitive aspects of eating. *Current Psychology*, 43(24), 21146–21161. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05942-5>.

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes afirmações. Descreva entre 0 (não me descreve de forma alguma) e 6 (descreve-me completamente), o quanto é que estas afirmações o descrevem?

0 – Não me descreve de forma alguma

1 – Descreve-me muito pouco

2 – Descreve-me pouco

3 – Descreve-me razoavelmente

4 – Descreve-me bem

5 – Descreve-me muito bem

6 – Descreve-me completamente

| Item # | Afirmações                                                             |
|--------|------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Eu frequentemente sinto-me orgulhoso/a de minhas escolhas alimentares. |
| 2      | Eu gostaria que os meus padrões alimentares fossem mais saudáveis.     |
| 3      | Eu estou satisfeito/a com a quantidade de comida que como.             |
| 4      | Não há necessidade de mudar nada no meu comportamento alimentar atual. |
| 5      | Eu acredito que a minha alimentação atual é nutritiva.                 |
| 6      | Eu estou satisfeito/a com os tipos de alimentos que como.              |
| 7      | A minha alimentação faz-me sentir bem.                                 |
| 8      | Estou satisfeito/a com o meu comportamento alimentar atual.            |

Parte 5. Versão em português do *Three-Factor Eating Questionnaire-18* (TFEQ-18).

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2020). Psychometric characteristics of the Three-Factor Eating Questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 26(2), 525–536. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00885-9>.

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes afirmações sobre hábitos alimentares e sensação de fome. Há 4 hipóteses de resposta, escolha a alternativa que melhor se aplica a si.

| Item                                                                                                                                                   | Definitivamente verdadeiro | Na maior parte verdadeiro | Na maior parte falso | Definitivamente falso |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. Quando sinto o cheiro de um alimento de que gosto muito, acho muito difícil privar-me de o comer, mesmo que tenha acabado de realizar uma refeição. |                            |                           |                      |                       |
| 6. Eu como intencionalmente pequenas quantidades como uma forma de controlar o meu peso.                                                               |                            |                           |                      |                       |
| 9. Quando me sinto ansioso/a, como mais.                                                                                                               |                            |                           |                      |                       |
| 19. Estar com alguém que está a comer, muitas vezes deixa-me com fome suficiente para comer também.                                                    |                            |                           |                      |                       |
| 15. Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar.                                                                                      |                            |                           |                      |                       |
| 20. Quando me sinto triste, muitas vezes como em excesso.                                                                                              |                            |                           |                      |                       |
| 22. Quando vejo uma verdadeira iguaria, muitas vezes fico com tanta fome que preciso de comer imediatamente.                                           |                            |                           |                      |                       |
| 24. Fico com tanta fome que o meu estômago, muitas vezes, parece interminável.                                                                         |                            |                           |                      |                       |
| 26. Estou sempre com fome, portanto, parar de comer antes de terminar a comida no meu prato é-me difícil para mim.                                     |                            |                           |                      |                       |
| 27. Quando sinto sozinho/a, eu como para me consolar.                                                                                                  |                            |                           |                      |                       |
| 28. Conscientemente, contendo-me nas refeições para não ganhar peso.                                                                                   |                            |                           |                      |                       |
| 33. Não consumo alguns alimentos porque eles fazem-me engordar.                                                                                        |                            |                           |                      |                       |
| 34. Estou sempre com fome o suficiente para comer a qualquer momento.                                                                                  |                            |                           |                      |                       |



|                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                  |                                         |                                   |   |   |   |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---------------------------------------------------|
| 39. Com que frequência sente fome?                                                                                                                                                                                | Só na hora das refeições<br>1     | As vezes entre as refeições<br>2 | Frequentement e entre as refeições<br>3 | Quase sempre<br>4                 |   |   |   |                                                   |
| 43. Com que frequência evita “armazenar” alimentos tentadores?                                                                                                                                                    | Quase nunca<br>1                  | Raramente<br>2                   | Geralmente<br>3                         | Quase sempre<br>4                 |   |   |   |                                                   |
| 48. Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que quer?                                                                                                                                              | Improvável<br>1                   | Pouco provável<br>2              | Moderadamen te provável<br>3            | Muito provável<br>4               |   |   |   |                                                   |
| 49. Já deu por si a comer compulsivamente embora não esteja com fome?                                                                                                                                             | Nunca<br>1                        | Raramente<br>2                   | Às vezes<br>3                           | Pelo menos uma vez na semana<br>4 |   |   |   |                                                   |
| 50. Numa escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição em comer (como o que quero e quando quero) e 8 significa restrição total (limito a ingestão de alimentos e nunca cede), que número daria a si mesmo? | Come o que quer, quando quer<br>1 | 2                                | 3                                       | 4                                 | 5 | 6 | 7 | Limita constantemente o que come, nunca cede<br>8 |

Parte 6. Versão em português da *Dietary Goal-Desire Incongruence Scale* (DG-DI).

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2024). Psychometric evaluation in a Brazilian context of three instruments proposed to investigate affective and cognitive aspects of eating. *Current Psychology*, 43(24), 21146–21161. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05942-5>

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes afirmações. Descreva entre 0 (não me descreve de forma alguma) e 6 (descreve-me completamente), o quanto é que estas afirmações o descrevem?

0 – Não me descreve de forma alguma

1 – Descreve-me muito pouco

2 – Descreve-me pouco

3 – Descreve-me razoavelmente

4 – Descreve-me bem

5 – Descreve-me muito bem

6 – Descreve-me completamente

| Item # | Afirmações                                                                                                                     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Quando penso em alguns alimentos, sinto uma forte vontade de comê-los, mesmo que eu não esteja com fome.                       |
| 2      | Eu não posso confiar que os meus desejos alimentares me levem à escolha de alimentos saudáveis.                                |
| 3      | Sinto que é cansativo lutar contra os meus desejos alimentares.                                                                |
| 4      | Eu sinto-me tentado/a por alimentos não saudáveis.                                                                             |
| 5      | Eu frequentemente tenho conflitos internos quando penso sobre o que comer.                                                     |
| 6      | Eu gosto tanto de certos alimentos, que é difícil de resistir-lhes, mesmo quando eles não estão de acordo com as minhas metas. |

## Anexo 7. Versão em português OxFAB-MAW

Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, FR, Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in Middle-Aged Women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a Portuguese sample. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775>.

**Instrução:** De seguida, vai encontrar diferentes estratégias de gestão de peso. Avalie o quão frequentemente implementou cada uma destas estratégias nos no **último mês**.

Há 5 hipóteses de resposta, escolha a alternativa que melhor se aplica a si.

| Quão frequentemente ...                                                                                                                                                                             | Nunca | Raramente | As vezes | Frequentemente | Sempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| 1. Ajustou, durante o dia, aquilo que comeu em função do que iria comer/comeu ou iria exercitar/exercitou (ex., se comeu muito num determinado momento do dia, comeu menos durante o resto do dia)? |       |           |          |                |        |
| 2. Ajustou, durante o dia, a atividade física que fez em função do que iria comer/comeu ou iria exercitar/exercitou (ex., se comeu muito num determinado dia, fez mais atividade física)?           |       |           |          |                |        |
| 3. Estabeleceu objetivos em relação àquilo que comeu (ex., quantidades, tipo de comida, etc.)?                                                                                                      |       |           |          |                |        |
| 4. Estabeleceu objetivos de atividade física (ex., dias para fazer atividade física, duração)?                                                                                                      |       |           |          |                |        |
| 5. Estabeleceu objetivos relacionados com perda de peso (ex., definiu como meta vestir um determinado número de calças)?                                                                            |       |           |          |                |        |
| 6. Imitou o comportamento de dieta de outras pessoas (ex., dieta feita por familiares ou amigos)?                                                                                                   |       |           |          |                |        |
| 7. Imitou o comportamento de atividade física de outras pessoas (ex., atividade física feita por familiares ou amigos)?                                                                             |       |           |          |                |        |
| 8. Imitou o comportamento de controlo de peso de outras pessoas (ex., pesou-se semanalmente tal como viu fazer um familiar ou um amigo)?                                                            |       |           |          |                |        |
| 9. Aceitou a sensação de fome, quando ela surgiu (ex., aceitou essa sensação e agiu de acordo com as suas necessidades)?                                                                            |       |           |          |                |        |
| 10. Aceitou um forte desejo ( <i>cravings</i> )                                                                                                                                                     |       |           |          |                |        |

|                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| para comer, quando ele surgiu (ex., aceitou esse forte desejo e não comeu)?                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 11. Aceitou aspectos desconfortáveis da atividade física (ex., tolerou a dor ou a sudorese associadas)?                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
| 12. Perguntou a si próprio se estava com fome, quando lhe apeteceu comer ou quando já estava a fazer uma refeição?                                                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 13. Perguntou a si próprio o porquê de não lhe apetecer fazer atividade física?                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| 14. Encontrou outra atividade para fazer quando lhe apeteceu comer?                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 15. Distraiu-se com algo, quando se sentiu desconfortável enquanto fazia atividade física?                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
| 16. Interrompeu ou adiou comer algo, apesar de ter um forte desejo (craving) para o comer?                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
| 17. Fez outras atividades, em vez de comer mais, para reduzir o desejo de comer (ex., foi lavar os dentes ou foi dormir)?                                                                                                               |  |  |  |  |  |
| 18. Procurou informação acerca dos componentes ou calorias dos alimentos?                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |
| 19. Procurou informação acerca das calorias que queimou durante a atividade física?                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 20. Procurou informação acerca de como gerir o seu peso?                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |
| 21. Usou estratégias para se motivar a si própria para perder peso (ex., monitorizou progressos através de gráficos/apps, viu fotografias em que estava com mais ou menos peso para se motivar)?                                        |  |  |  |  |  |
| 22. Planeou o que iria comer durante o seu dia (ex., levou comida de casa; preparou a lista de compras; andou com snacks saudáveis)?                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| 23. Planeou a atividade física que iria fazer durante o seu dia (ex., incorporou atividade física no trajeto para o trabalho; explorou tipos de atividade física que gostava; criou um plano de exercícios físicos)?                    |  |  |  |  |  |
| 24. Permitiu a si próprio consumir determinados alimentos/bebidas, sem limite de quantidades (ex., comeu/bebeu aquilo que quis, depois de um período de restrição; teve um dia/refeição de "asneira" ou fora do plano alimentar usual)? |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 25. Permitiu a si próprio fazer atividade física mais leve (ou não fazer qualquer atividade física num determinado dia), depois de estar alguns dias a exercitar de forma regular?                            |  |  |  |  |  |
| 26. Evitou comprar ou comer determinados alimentos (ex., evitou comer comida de que gosta muito)?                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 27. Evitou comer a determinadas horas do dia (ex., saltou a última refeição do dia ou comeu em menor quantidade)?                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 28. Evitou saídas com amigos/colegas ou determinados locais (ex., restaurantes), de forma a evitar comer certos alimentos?                                                                                    |  |  |  |  |  |
| 29. Estabeleceu regras para regular aquilo que comeu (ex., comeu devagar; levantou-se da mesa assim que acabou de comer; não comeu a comida que estava no prato até ao fim)?                                  |  |  |  |  |  |
| 30. Maximizou o potencial da atividade física, quando estava ativa (ex., percorreu o caminho mais longo sempre que ia a pé para o trabalho; andou com passo mais acelerado, em vez de andar mais lentamente)? |  |  |  |  |  |
| 31. Limitou a sua alimentação, de forma rígida (ex., não ingeriu vários alimentos, com o objetivo de controlar ou perder peso)?                                                                               |  |  |  |  |  |
| 32. Limitou a atividade física que fez, de forma rígida (ex., fez constantemente apenas um tipo de atividade física, por acreditar que era a melhor para gerir o seu peso)?                                   |  |  |  |  |  |
| 33. Recompensou-se a si própria quando atingiu as metas a que se tinha proposto (ex., pôs dinheiro de parte para recompensar-se, depois de conseguir alcançar as suas metas)?                                 |  |  |  |  |  |
| 34. Estabeleceu horários para comer refeições ou comprar comida (ex., comeu em horários específicos, mesmo que não tivesse fome; comeu antes de ir comprar comida, para não ir com fome)?                     |  |  |  |  |  |
| 35. Estabeleceu horários para fazer atividade física (ex., desistiu de outra coisa para ter tempo para fazer atividade física; fez atividade física num horário em que havia menos pessoas)?                  |  |  |  |  |  |
| 36. Deitou-se, regularmente, à mesma                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| hora?                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| 37. Mediu ou pesou aquilo que comeu (ex., anotou as calorias, pesou os alimentos)?                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 38. Mediu a quantidade de atividade física que fez (ex., anotou o tempo despendido)?                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 39. Mediu o seu peso ou a sua forma corporal (ex., avaliou o quão apertada/larga estava a roupa, mediu a cintura com fita métrica)?                                                                                      |  |  |  |  |  |
| 40. Limitou as quantidades disponíveis de comida, para controlar melhor aquilo que comeu (ex., usou pratos mais pequenos à refeição; comprou comida em menor quantidade; não teve em casa comida/bebidas não saudáveis)? |  |  |  |  |  |
| 41. Deu dicas a si própria para fazer ou aumentar a prática de atividade física (ex., colocou um alarme a cada duas horas para se levantar e andar um pouco)?                                                            |  |  |  |  |  |
| 42. Fez dieta juntamente com um amigo ou familiar?                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 43. Fez atividade física juntamente com um amigo ou familiar?                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 44. Pediu às pessoas à sua volta para não lhe oferecerem alimentos que estava a evitar comer?                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 45. Participou em grupos que fazem atividade física?                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 46. Procurou apoio ou partilhou com os outros (ex., família, colegas) os seus planos ou metas para gerir o seu peso?                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 47. Procurou ajuda profissional para gerir o seu peso (ex., médicos, nutricionistas, psicólogos, etc.)?                                                                                                                  |  |  |  |  |  |

## Anexo C: Breve caracterização dos comportamentos de gestão de peso nesta amostra

**Tabela 12**

*Caracterização dos comportamentos de gestão de peso desta amostra*

| <i><b>Domínio</b></i>                                     | <i><b>Itens</b></i> | <i><b>M</b></i> |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 9, 10, 11, 16       | 2.20            |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 34, 35, 36          | 2.18            |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 22, 23              | 2.17            |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 24, 25              | 2.15            |
| <i>Procura de informação</i>                              | 18, 19, 20, 21      | 2.14            |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 3, 4, 5, 33         | 2.08            |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 1, 2                | 2.07            |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 26, 27, 28          | 2.06            |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 44, 45, 46          | 2.06            |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 12, 13              | 2.05            |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 37, 38, 39          | 2.02            |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 42, 43, 47          | 2.01            |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 6, 7, 8             | 2.00            |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 14, 15, 17          | 1.97            |
| <i>Restrição</i>                                          | 31, 32              | 1.96            |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 29, 30              | 2.05            |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 40, 41              | 1.93            |

Legenda:

*M* – Média

**Tabela 13***Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o sexo biológico -Masculino*

| <i><b>Domínio</b></i>                                     | <i><b>M<sub>Masculino</sub></b></i> | <i><b>DP<sub>Masculino</sub></b></i> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 1.99                                | 1.07                                 |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 2.16                                | 0.94                                 |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 2.05                                | 1.27                                 |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 2,09                                | 1.14                                 |
| <i>Procura de informação</i>                              | 2,01                                | 1.08                                 |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 1.99                                | .94                                  |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 1.93                                | 1.12                                 |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 1.90                                | 1.08                                 |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 1.89                                | 1.17                                 |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 2.10                                | .90                                  |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 1.95                                | 1.18                                 |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 1.91                                | 1.16                                 |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 1.87                                | 1.26                                 |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 1.83                                | 1.08                                 |
| <i>Restrição</i>                                          | 1.76                                | 1.21                                 |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 1.81                                | 1.14                                 |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 1.83                                | 1.21                                 |

Legenda:

*M* – Média*DP* – Desvio-padrão



**Tabela 14***Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o sexo biológico -Feminino*

| <b><i>Domínio</i></b>                                     | <b><i>M<sub>Feminino</sub></i></b> | <b><i>DP<sub>Feminino</sub></i></b> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 2.08                               | 1.03                                |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 2.19                               | 0.99                                |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 2.21                               | 1.09                                |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 2.22                               | 1.07                                |
| <i>Procura de informação</i>                              | 2.17                               | 1.06                                |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 2.07                               | .97                                 |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 2.12                               | 1.14                                |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 2.10                               | 1.09                                |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 2.02                               | 1.27                                |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 2.22                               | .84                                 |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 2.04                               | 1.2                                 |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 2.02                               | 1.15                                |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 2.02                               | 1.29                                |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 1.99                               | 1.00                                |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 2.11                               | 1.19                                |
| <i>Restrição</i>                                          | 2.00                               | 1.26                                |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 1.94                               | 1.23                                |

Legenda:

*M* – Média*DP* – Desvio-padrão

**Tabela 15**

*Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante o IMC*

| <b>Domínio</b>                                           | <b><i>M</i><sub>Baixo</sub></b> | <b><i>DP</i><sub>Baixo</sub></b> | <b><i>M</i><sub>Beso</sub></b> | <b><i>DP</i><sub>Beso</sub></b> | <b><i>M</i><sub>Pré</sub></b> | <b><i>DP</i><sub>Pré</sub></b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>DP</i></b> | <b><i>M</i></b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
|                                                          | peso                            | peso                             | Normal                         | Normal                          | Obesidade                     | Obesidade                      | Obesidade       | Obesidade        | Obesidade       | Obesidade        | Obesidade       |
|                                                          |                                 |                                  |                                |                                 |                               |                                | <i>I</i>        | <i>I</i>         | <i>II</i>       | <i>II</i>        | <i>III</i>      |
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                     | 1.84                            | .77                              | 2.13                           | .85                             | 2.23                          | 0.87                           | 2.46            | .78              | 2.49            | .86              | 1.25            |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                  | 1.67                            | 1.39                             | 2.09                           | .98                             | 2.25                          | 0.96                           | 2.45            | .94              | 2.65            | .99              | 2.00            |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                           | 1.63                            | 1.22                             | 2.11                           | 1.10                            | 2.23                          | 1.11                           | 2.41            | 1.03             | 2.16            | 1.20             | 2.00            |
| <i>Regulação: permissão</i>                              | 2.35                            | 1.17                             | 2.04                           | 1.07                            | 2.24                          | 1.13                           | 2.69            | .98              | 2.23            | 1.01             | 1.50            |
| <i>Procura de informação</i>                             | 1.49                            | 1.10                             | 1.99                           | 1.09                            | 2.30                          | 1.03                           | 2.49            | .87              | 2.50            | .67              | 3.00            |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                      | 1.49                            | .95                              | 1.92                           | .97                             | 2.16                          | 0.92                           | 2.52            | 0.90             | 2.66            | .96              | 1.75            |
| <i>Compensação de energia</i>                            | 1.13                            | 1.09                             | 1.94                           | 1.12                            | 2.25                          | 0.08                           | 2.53            | 1.11             | 2.37            | .88              | 2               |
| <i>Regulação: restrições</i>                             | 1.44                            | 1.17                             | 1.90                           | 1.11                            | 2.24                          | 1.05                           | 2.38            | .88              | 2.35            | 1.34             | 1.00            |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                             | 1.33                            | 1.34                             | 1.81                           | 1.25                            | 2.21                          | 1.18                           | 2.36            | .84              | 2.44            | 1.10             | 1.33            |
| <i>Gestão de impulsos: Conscencialização dos motivos</i> | 1.72                            | .84                              | 1.94                           | 1.03                            | 2.13                          | 1.06                           | 2.44            | 1.23             | 2.29            | 1.10             | 1.50            |
| <i>Auto-monitorização</i>                                | 1.60                            | 1.39                             | 1.85                           | 1.18                            | 2.19                          | 1.21                           | 2.42            | 1.03             | 2.28            | .96              | 3.00            |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                         | 1.41                            | 1.31                             | 1.88                           | 1.18                            | 2.12                          | 1.09                           | 2.59            | .93              | 2.44            | .94              | 1.33            |
| <i>Imitação: modelagem</i>                               | 1.15                            | 1.18                             | 1.76                           | 1.29                            | 2.29                          | 1.19                           | 2.52            | 1.13             | 2.63            | 1.17             | 3               |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                     | 1.5                             | 1.12                             | 1.79                           | 1.03                            | 2.11                          | 0.99                           | 2.37            | .85              | 2.40            | .84              | 2.00            |
| <i>Restrição</i>                                         | 1.09                            | 1.15                             | 1.76                           | 1.27                            | 2.13                          | 1.18                           | 2.50            | 1.19             | 2.58            | .99              | 4.00            |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>              | 1.50                            | 1.17                             | 1.88                           | 1.23                            | 2.19                          | 1.17                           | 2.47            | 1.05             | 2.34            | .97              | 3.50            |
| <i>Controlo de estímulos</i>                             | 1.09                            | 0.95                             | 1.85                           | 1.18                            | 2.02                          | 1.18                           | 2.42            | 1.19             | 2.06            | .96              | 2.00            |

**Legenda:**

*M* – Média

*DP* – Desvio-padrão

Baixo peso: IMC inferior a 18.50

Peso normal: IMC entre 18.50 e 24.90

Pré-obesidade: IMC entre 25.0 e 29.90

Obesidade de grau I: IMC entre 30.0 a 34.9

Obesidade de grau II: IMC entre 35.0 a 39.9

Obesidade de grau II: IMC superior a 40

**Tabela 16**

*Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante a idade (segundo a American Psychological Association [2018,2023])*

| <b><i>Domínio</i></b>                                     | <b><i>M</i></b> <sub>Adultos</sub> | <b><i>DP</i></b> <sub>Adultos</sub> | <b><i>M</i></b> <sub>Adultos</sub> | <b><i>DP</i></b> <sub>Adultos</sub> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                           | <i>Emergentes</i>                  | <i>Emergentes</i>                   | <i>Jovens</i>                      | <i>Jovens</i>                       |
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 2.20                               | .82                                 | 2.12                               | .90                                 |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 2.18                               | .97                                 | 2.19                               | .98                                 |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 2.14                               | 1.04                                | 2.19                               | 1.17                                |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 2.17                               | 1.08                                | 2.19                               | 1.10                                |
| <i>Procura de informação</i>                              | 2.07                               | 1.12                                | 2.20                               | 1.02                                |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 2.01                               | .96                                 | 2.11                               | 0.97                                |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 2.03                               | 1.16                                | 2.12                               | 1.10                                |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 1.94                               | 1.067                               | 2.16                               | 1.10                                |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 1.93                               | 1.20                                | 2.06                               | 1.24                                |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 2.01                               | 0.97                                | 2.09                               | 1.10                                |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 1.97                               | 1.15                                | 2.07                               | 1.23                                |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 1.95                               | 1.15                                | 2.06                               | 1.16                                |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 1.92                               | 1.24                                | 2.07                               | 1.32                                |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 1.89                               | .99                                 | 2.03                               | 1.04                                |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 1.94                               | 1.17                                | 2.14                               | 1.21                                |
| <i>Restrição</i>                                          | 1.92                               | 1.26                                | 1.99                               | 1.24                                |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 1.85                               | 1.24                                | 2.00                               | 1.21                                |

Legenda:

*M* – Média

*DP* – Desvio-padrão

Adultos Emergentes: dos 18 aos 25 anos

Adultos Jovens: dos 26 aos 35 anos

**Tabela 17**

*Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante situação profissional ou académica*

| <b><i>Domínio</i></b>                                     | <b><i>M</i></b><br><i>Estudante</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>Estudante</i> | <b><i>M</i></b><br><i>Trabalhador</i><br><i>Estudante</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>Trabalhador</i><br><i>Estudante</i> | <b><i>M</i></b><br><i>Trabalhador</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>Trabalhador</i> | <b><i>M</i></b><br><i>Não</i><br><i>trabalha e</i><br><i>não estuda</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>Não</i><br><i>trabalha e</i><br><i>não estuda</i> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 2.17                                | 0.78                                 | 2.17                                                      | .84                                                        | 2.23                                  | 0.91                                   | 2.13                                                                    | 1.12                                                                     |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 2.13                                | .95                                  | 2.28                                                      | .95                                                        | 2.18                                  | 1.01                                   | 2.05                                                                    | 1.13                                                                     |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 2.11                                | 1.01                                 | 2.20                                                      | 1.07                                                       | 2.21                                  | 1.17                                   | 1.29                                                                    | .64                                                                      |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 2.18                                | 1.07                                 | 2.17                                                      | 1.00                                                       | 2.19                                  | 1.19                                   | 2.07                                                                    | .67                                                                      |
| <i>Procura de informação</i>                              | 2.07                                | 1.10                                 | 2.15                                                      | 1.12                                                       | 2.20                                  | 1.06                                   | 1.18                                                                    | .92                                                                      |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 2.01                                | 0.97                                 | 2.00                                                      | .89                                                        | 2.13                                  | 1.00                                   | 1.68                                                                    | .91                                                                      |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 1.99                                | 1.14                                 | 1.91                                                      | 1.10                                                       | 2.21                                  | 1.34                                   | 1.64                                                                    | 1.18                                                                     |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 1.97                                | 1.05                                 | 2.00                                                      | 1.08                                                       | 2.13                                  | 1.11                                   | 2.00                                                                    | 1.12                                                                     |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 1.94                                | 1.20                                 | 1.95                                                      | 1.20                                                       | 2.05                                  | 1.26                                   | 1.43                                                                    | 1.30                                                                     |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 2.01                                | 1.02                                 | 1.85                                                      | .98                                                        | 2.18                                  | 1.07                                   | 1.79                                                                    | 1.07                                                                     |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 2.02                                | 1.17                                 | 1.93                                                      | 1.11                                                       | 2.06                                  | 1.24                                   | 1.52                                                                    | 1.57                                                                     |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 1.99                                | 1.15                                 | 1.96                                                      | 1.89                                                       | 2.05                                  | 1.15                                   | 1.38                                                                    | 1.19                                                                     |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 1.89                                | 1.28                                 | 1.95                                                      | 1.29                                                       | 2.10                                  | 1.30                                   | 1.29                                                                    | 1.18                                                                     |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 1.93                                | .96                                  | 1.84                                                      | .94                                                        | 2.05                                  | 1.09                                   | 1.39                                                                    | .88                                                                      |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 1.99                                | 1.24                                 | 1.98                                                      | 1.15                                                       | 2.10                                  | 1.96                                   | 1.93                                                                    | 1.17                                                                     |
| <i>Restrição</i>                                          | 1.91                                | 1.17                                 | 1.93                                                      | 1.28                                                       | 2.00                                  | 1.27                                   | 1.50                                                                    | 1.61                                                                     |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 1.95                                | 1.20                                 | 1.86                                                      | 1.23                                                       | 1.95                                  | 1.45                                   | 1.64                                                                    | 1.31                                                                     |

Legenda:

*M* – Média

*DP* – Desvio-padrão

**Tabela 18**

*Caracterização dos comportamentos de gestão de peso consoante a presença ou não de diagnóstico de perturbação alimentar*

| <b><i>Domínio</i></b>                                     | <b><i>M</i></b><br><i>Não tem<br/>diagnostico</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>Não tem<br/>diagnostico</i> | <b><i>M</i></b><br><i>tem diagnostico</i> | <b><i>DP</i></b><br><i>tem diagnostico</i> |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <i>Gestão de impulsos: aceitação</i>                      | 2.19                                              | .86                                                | 2.21                                      | .82                                        |
| <i>Programação da dieta e atividade</i>                   | 2.19                                              | .97                                                | 1.96                                      | 1.03                                       |
| <i>Planeamento de conteúdo</i>                            | 2.17                                              | 1.11                                               | 2.08                                      | .79                                        |
| <i>Regulação: permissão</i>                               | 2.18                                              | 1.10                                               | 2.29                                      | .96                                        |
| <i>Procura de informação</i>                              | 2.13                                              | 1.07                                               | 2.45                                      | .89                                        |
| <i>Estabelecimento de objetivos</i>                       | 2.05                                              | .97                                                | 2.25                                      | .91                                        |
| <i>Compensação de energia</i>                             | 2.08                                              | 1.14                                               | 1.92                                      | 1.00                                       |
| <i>Regulação: restrições</i>                              | 2.05                                              | 1.10                                               | 2.06                                      | 0.68                                       |
| <i>Suporte: Motivacional</i>                              | 1.99                                              | 1.23                                               | 1.72                                      | 1.13                                       |
| <i>Gestão de impulsos: Consciencialização dos motivos</i> | 2.04                                              | 1.05                                               | 2.18                                      | .90                                        |
| <i>Auto-monitorização</i>                                 | 2.01                                              | 1.19                                               | 2.30                                      | 1.23                                       |
| <i>Suporte: ajuda dos outros</i>                          | 2.01                                              | 1.16                                               | 1.56                                      | 1.60                                       |
| <i>Imitação: modelagem</i>                                | 2.00                                              | 1.28                                               | 1.77                                      | 1.33                                       |
| <i>Gestão de impulsos: distração</i>                      | 1.96                                              | 1.23                                               | 1.98                                      | .77                                        |
| <i>Regulação: Estabelecimento de regras</i>               | 2.04                                              | 1.20                                               | 2.00                                      | 1.00                                       |
| <i>Restrição</i>                                          | 1.95                                              | 1.25                                               | 2.08                                      | 1.03                                       |
| <i>Controlo de estímulos</i>                              | 1.93                                              | 1.23                                               | 1.81                                      | 1.17                                       |

Legenda:

*M* – Média

*DP* – Desvio-padrão

Tem diagnóstico: poderá ser bulimia, anorexia e/ou compulsão alimentar

## Anexo D: Instrumento Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DGDI)

**Tabela 19**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI)*

| <i>Item</i>          | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|----------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <b><i>DGDI_1</i></b> | 2.77     | 1.756     | 3.00      | 0          | 6          | -0.54     | -1.349    |
| <b><i>DGDI_2</i></b> | 2.99     | 1.801     | 3.00      | 0          | 6          | -0.57     | -1.047    |
| <b><i>DGDI_3</i></b> | 2.84     | 1.859     | 3.00      | 0          | 6          | -0.35     | -1.134    |
| <b><i>DGDI_4</i></b> | 3.21     | 1.676     | 3.00      | 0          | 6          | -0.247    | -0.861    |
| <b><i>DGDI_5</i></b> | 2.91     | 1.813     | 3.00      | 0          | 6          | -0.58     | -1.061    |
| <b><i>DGDI_6</i></b> | 3.10     | 1.821     | 3.00      | 0          | 6          | -0.119    | -1.072    |

Legenda:

M: Média

DP: Desvio Padrão

ME: Mediana

Min: Mínimo

Máx: Máximo

Sk: Assimetria

Ku: Kurtose

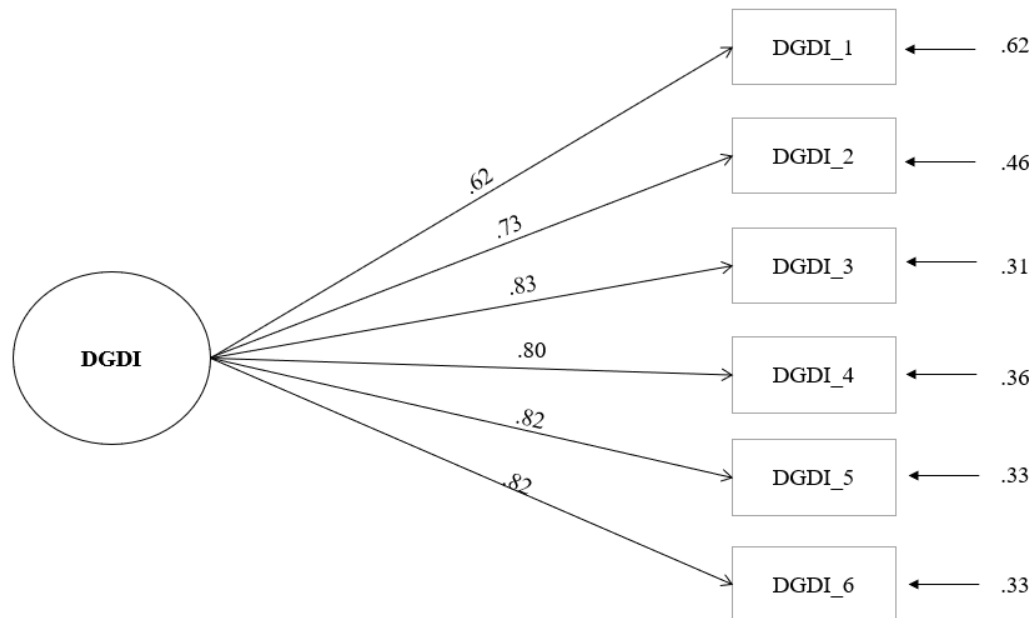
**Tabela 20**

*Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens da escala Dietary Goal-Desire Incongruence Scale (DG-DI) (modelo original e modelo modificado)*

|                      | <i>Modelo Original</i>                  |                                  | <i>Modelo modificado</i>                |                                  |
|----------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
|                      | Peso fatorial padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade individual ( $r^2$ ) | Peso fatorial padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade individual ( $r^2$ ) |
| <b><i>DGDI_1</i></b> | .62                                     | .38                              | .63                                     | .39                              |
| <b><i>DGDI_2</i></b> | .73                                     | .54                              | .74                                     | .55                              |
| <b><i>DGDI_3</i></b> | .83                                     | .69                              | .85                                     | .72                              |
| <b><i>DGDI_4</i></b> | .80                                     | .64                              | .82                                     | .67                              |
| <b><i>DGDI_5</i></b> | .82                                     | .67                              | .76                                     | .58                              |
| <b><i>DGDI_6</i></b> | .82                                     | .67                              | .76                                     | .57                              |

**Anexo E: Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Dietary Goal-Desire  
Incongruence Scale (DGDI)**

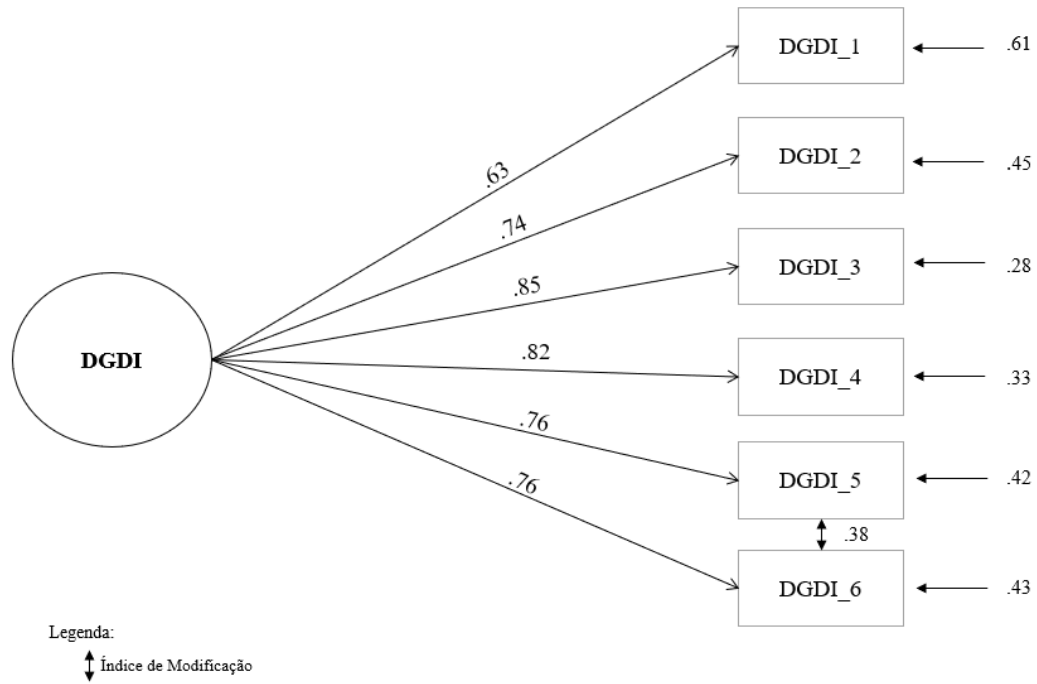
(CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .15, IC<sub>90%</sub> = [.126, .171], SRMR = .04)





**Anexo F: Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Dietary Goal-  
Desire Incongruence Scale (DGDI)**

(CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .09, IC<sub>90%</sub> = [.069, .118], SRMR = .03)



## Anexo G: Instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)

**Tabela 21**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)*

| <i>Item</i>   | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|---------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <b>SWDB_1</b> | 3.23     | 1.655     | 4.00      | 0          | 6          | -0.350    | -1.019    |
| <b>SWDB_2</b> | 3.43     | 1.694     | 4.00      | 0          | 6          | -0.352    | -.827     |
| <b>SWDB_3</b> | 3.52     | 1.584     | 4.00      | 0          | 6          | -0.439    | -.597     |
| <b>SWDB_4</b> | 3.13     | 1.682     | 3.00      | 0          | 6          | -0.073    | -.921     |
| <b>SWDB_5</b> | 3.43     | 1.690     | 4.00      | 0          | 6          | -0.335    | -.798     |
| <b>SWDB_6</b> | 3.53     | 1.684     | 4.00      | 0          | 6          | -0.324    | -.792     |
| <b>SWDB_7</b> | 3.47     | 1.627     | 4.00      | 0          | 6          | -0.285    | -.715     |
| <b>SWDB_8</b> | 3.46     | 1.635     | 4.00      | 0          | 6          | -0.297    | -.703     |

Legenda:

*M*: Média

*DP*: Desvio Padrão

*Me*: Mediana

*Min*: Mínimo

*Máx*: Máximo

*Sk*: Assimetria

*Ku*: Kurtose

**Tabela 22**

*Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB) (modelo original e modelo modificado)*

|                      | <i>Modelo Original</i>                  |                                  | <i>Modelo modificado</i>                |                                  |
|----------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
|                      | Peso fatorial padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade individual ( $r^2$ ) | Peso fatorial padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade individual ( $r^2$ ) |
| <b><i>SWDB_1</i></b> | .66                                     | .44                              | .66                                     | .43                              |
| <b><i>SWDB_2</i></b> | .24                                     | .06                              | ---                                     | ---                              |
| <b><i>SWDB_3</i></b> | .72                                     | .53                              | .72                                     | .51                              |
| <b><i>SWDB_4</i></b> | .75                                     | .56                              | .75                                     | .56                              |
| <b><i>SWDB_5</i></b> | .82                                     | .68                              | .82                                     | .68                              |
| <b><i>SWDB_6</i></b> | .85                                     | .72                              | .85                                     | .72                              |
| <b><i>SWDB_7</i></b> | .83                                     | .69                              | .83                                     | .70                              |
| <b><i>SWDB_8</i></b> | .74                                     | .55                              | .74                                     | .55                              |

**Tabela 23**

*Estatística descritiva. sensibilidade dos itens e pesos fatoriais do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB) modificado (sem o item 2)*

| <i>Item</i>          | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|----------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <b><i>SWDB_1</i></b> | 3.23     | 1.655     | 4.00      | 0          | 6          | -0.350    | -1.019    |
| <b><i>SWDB_3</i></b> | 3.52     | 1.584     | 4.00      | 0          | 6          | -0.439    | -0.597    |
| <b><i>SWDB_4</i></b> | 3.13     | 1.682     | 3.00      | 0          | 6          | -0.073    | -0.921    |
| <b><i>SWDB_5</i></b> | 3.43     | 1.690     | 4.00      | 0          | 6          | -0.335    | -0.798    |
| <b><i>SWDB_6</i></b> | 3.53     | 1.684     | 4.00      | 0          | 6          | -0.324    | -0.792    |
| <b><i>SWDB_7</i></b> | 3.47     | 1.627     | 4.00      | 0          | 6          | -0.285    | -0.715    |
| <b><i>SWDB_8</i></b> | 3.46     | 1.635     | 4.00      | 0          | 6          | -0.297    | -0.703    |

Legenda:

*M*: Média

*DP*: Desvio Padrão

*Me*: Mediana

*Min*: Mínimo

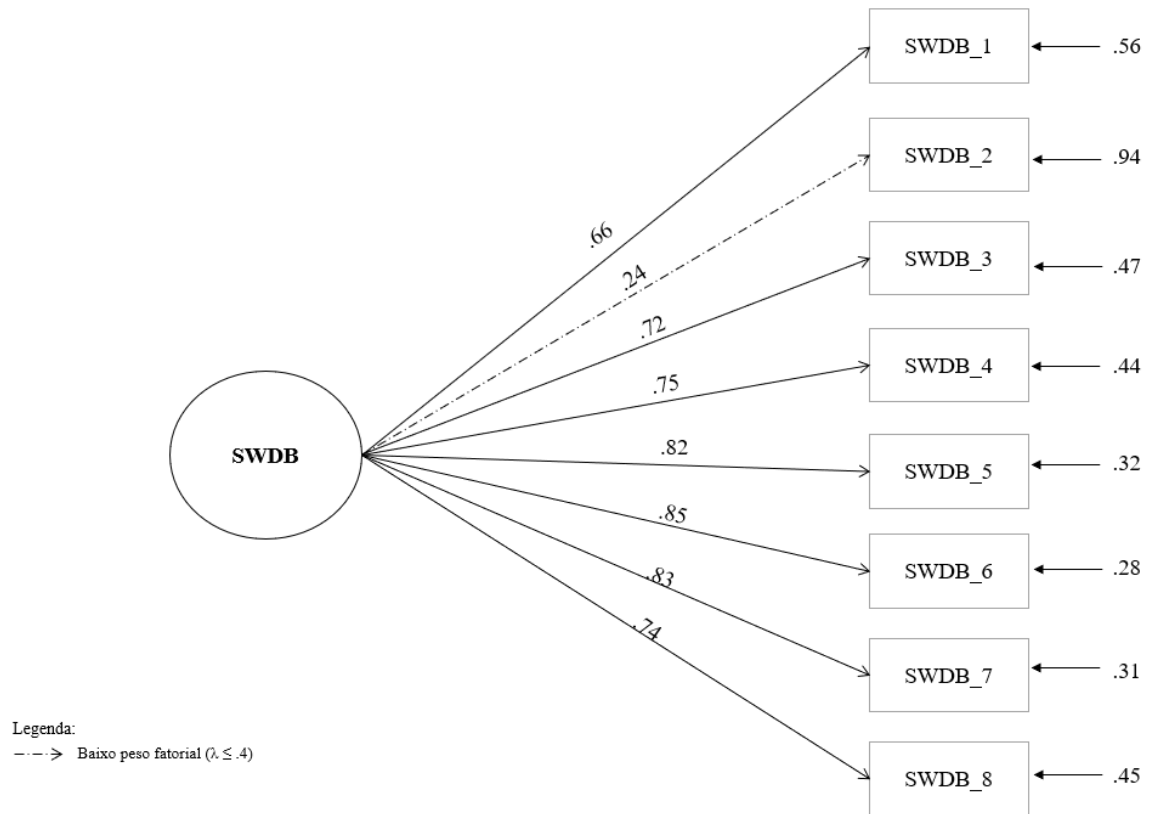
*Máx*: Máximo

*Sk*: Assimetria

*Ku*: Kurtose

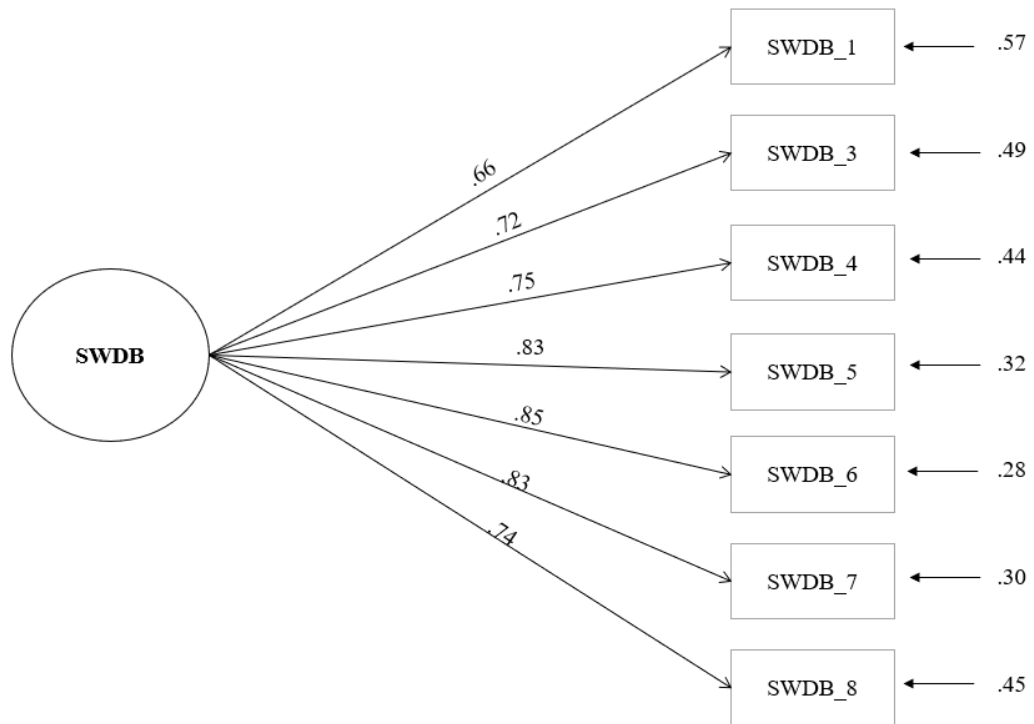
## Anexo H: Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)

(CFI = .93, TLI = .90, RMSEA = .20, IC<sub>90%</sub> = [.189, .219], SRMR = .07)



**Anexo I: Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Satisfaction with Dietary Behavior (SWDB)**

(CFI = .94, TLI = .91, RMSEA = .21, IC<sub>90%</sub> = [.190, .225], SRMR = .06)



## Anexo J: Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)

**Tabela 24**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)*

| <i>Item</i>           | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|-----------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <b><i>TFEQ_1</i></b>  | 2.99     | 0.929     | 3.00      | 1          | 4          | -0.564    | -0.609    |
| <b><i>TFEQ_2</i></b>  | 2.57     | 0.945     | 3.00      | 1          | 4          | -0.203    | -0.858    |
| <b><i>TFEQ_3</i></b>  | 2.69     | 0.987     | 3.00      | 1          | 4          | -0.289    | -0.927    |
| <b><i>TFEQ_4</i></b>  | 2.70     | 0.939     | 3.00      | 1          | 4          | -0.235    | -0.830    |
| <b><i>TFEQ_5</i></b>  | 2.60     | 1.036     | 3.00      | 1          | 4          | -0.113    | -0.113    |
| <b><i>TFEQ_6</i></b>  | 2.63     | 0.998     | 3.00      | 1          | 4          | -0.167    | -1.026    |
| <b><i>TFEQ_7</i></b>  | 2.66     | 0.945     | 3.00      | 1          | 4          | -0.186    | -0.86     |
| <b><i>TFEQ_8</i></b>  | 2.55     | 1.017     | 3.00      | 1          | 4          | -0.072    | -1.100    |
| <b><i>TFEQ_9</i></b>  | 2.58     | 1.063     | 3.00      | 1          | 4          | -0.150    | -1.202    |
| <b><i>TFEQ_10</i></b> | 2.55     | 1.005     | 3.00      | 1          | 4          | -0.085    | -1.065    |
| <b><i>TFEQ_11</i></b> | 2.63     | 0.981     | 3.00      | 1          | 4          | -0.237    | -0.940    |
| <b><i>TFEQ_12</i></b> | 2.70     | 0.990     | 3.00      | 1          | 4          | -0.268    | -0.957    |
| <b><i>TFEQ_13</i></b> | 2.58     | 0.993     | 3.00      | 1          | 4          | -0.142    | -0.142    |
| <b><i>TFEQ_14</i></b> | 2.11     | -.142     | 2.00      | 1          | 4          | 0.501     | -0.227    |
| <b><i>TFEQ_15</i></b> | 2.39     | 0.918     | 2.00      | 1          | 4          | -0.054    | -0.892    |
| <b><i>TFEQ_16</i></b> | 2.50     | 0.861     | 2.00      | 1          | 4          | 0.058     | -0.645    |
| <b><i>TFEQ_17</i></b> | 2.50     | 0.830     | 3.00      | 1          | 4          | -0.124    | -0.550    |
| <b><i>TFEQ_18</i></b> | 4.10     | 1.834     | 4.00      | 1          | 8          | -0.234    | -0.849    |

Legenda:

M: Média

DP: Desvio Padrão

ME: Mediana

Min: Mínimo

Máx: Máximo

Sk: Assimetria

Ku: Kurtose

**Tabela 25**

*Pesos fatoriais padronizados e fiabilidade individual dos itens do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18) (modelo original e modelo modificado)*

|                                                 |         | <i>Modelo Original</i>                     |                                     | <i>Modelo modificado</i>                   |                                     |
|-------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                 |         | Peso fatorial<br>padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade<br>individual ( $r^2$ ) | Peso fatorial<br>padronizado ( $\lambda$ ) | Fiabilidade<br>individual ( $r^2$ ) |
| <b>RC</b><br><i>(Restrição<br/>cognitiva)</i>   | TFEQ_2  | .72                                        | .52                                 | .72                                        | .51                                 |
|                                                 | TFEQ_11 | .75                                        | .56                                 | .75                                        | .56                                 |
|                                                 | TFEQ_12 | .71                                        | .50                                 | .70                                        | .49                                 |
|                                                 | TFEQ_15 | .23                                        | .05                                 | ---                                        | ---                                 |
|                                                 | TFEQ_16 | .16                                        | .03                                 | ---                                        | ---                                 |
|                                                 | TFEQ_18 | .44                                        | .20                                 | .43                                        | .18                                 |
| <b>DA</b><br><i>(Descontrolo<br/>alimentar)</i> | TFEQ_1  | .77                                        | .59                                 | .77                                        | .59                                 |
|                                                 | TFEQ_4  | .69                                        | .48                                 | .69                                        | .48                                 |
|                                                 | TFEQ_5  | .73                                        | .54                                 | .74                                        | .54                                 |
|                                                 | TFEQ_7  | .72                                        | .52                                 | .72                                        | .52                                 |
|                                                 | TFEQ_8  | .76                                        | .58                                 | .76                                        | .58                                 |
|                                                 | TFEQ_9  | .82                                        | .67                                 | .82                                        | .67                                 |
|                                                 | TFEQ_13 | .70                                        | .49                                 | .71                                        | .50                                 |
|                                                 | TFEQ_14 | -.03                                       | .00                                 | ---                                        | ---                                 |
|                                                 | TFEQ_17 | .48                                        | .23                                 | .48                                        | .24                                 |
| <b>AE</b><br><i>(Alimentação<br/>Emocional)</i> | TFEQ_3  | .61                                        | .37                                 | .62                                        | .38                                 |
|                                                 | TFEQ_6  | .72                                        | .52                                 | .72                                        | .52                                 |
|                                                 | TFEQ_10 | .78                                        | .60                                 | .78                                        | .61                                 |



**Tabela 26***Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)*

| <b><i>Construtos associados</i></b>                      | <b><i>R<sup>2</sup></i></b> | <b><i>Existência de validade discriminante</i></b> |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| <i>Descontrole alimentar &amp; Restrição cognitiva</i>   | .436                        | Não                                                |
| <i>Alimentação emocional &amp; Restrição cognitiva</i>   | .403                        | Não                                                |
| <i>Alimentação emocional &amp; Descontrole alimentar</i> | .828                        | Não                                                |

**Tabela 27***Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)*

| <b><i>Construtos associados</i></b> | <b><i>VEM</i></b> | <b><i>Existência de validade convergente</i></b> |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------|
| <i>Restrição cognitiva</i>          | .31               | Não                                              |
| <i>Descontrole alimentar</i>        | .46               | Não                                              |
| <i>Alimentação emocional</i>        | .50               | Sim                                              |

Legenda:

VEM – Variância extraída média

**Tabela 28***Validade discriminante do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)**modificado*

| <b><i>Construtos associados</i></b>                      | <b><i>R<sup>2</sup></i></b> | <b><i>Existência de validade discriminante</i></b> |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| <i>Descontrole alimentar &amp; Restrição cognitiva</i>   | .462                        | Não                                                |
| <i>Alimentação emocional &amp; Restrição cognitiva</i>   | .429                        | Sim                                                |
| <i>Alimentação emocional &amp; Descontrole alimentar</i> | .830                        | Não                                                |

**Tabela 29***Validade convergente do Instrumento Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18) modificado*

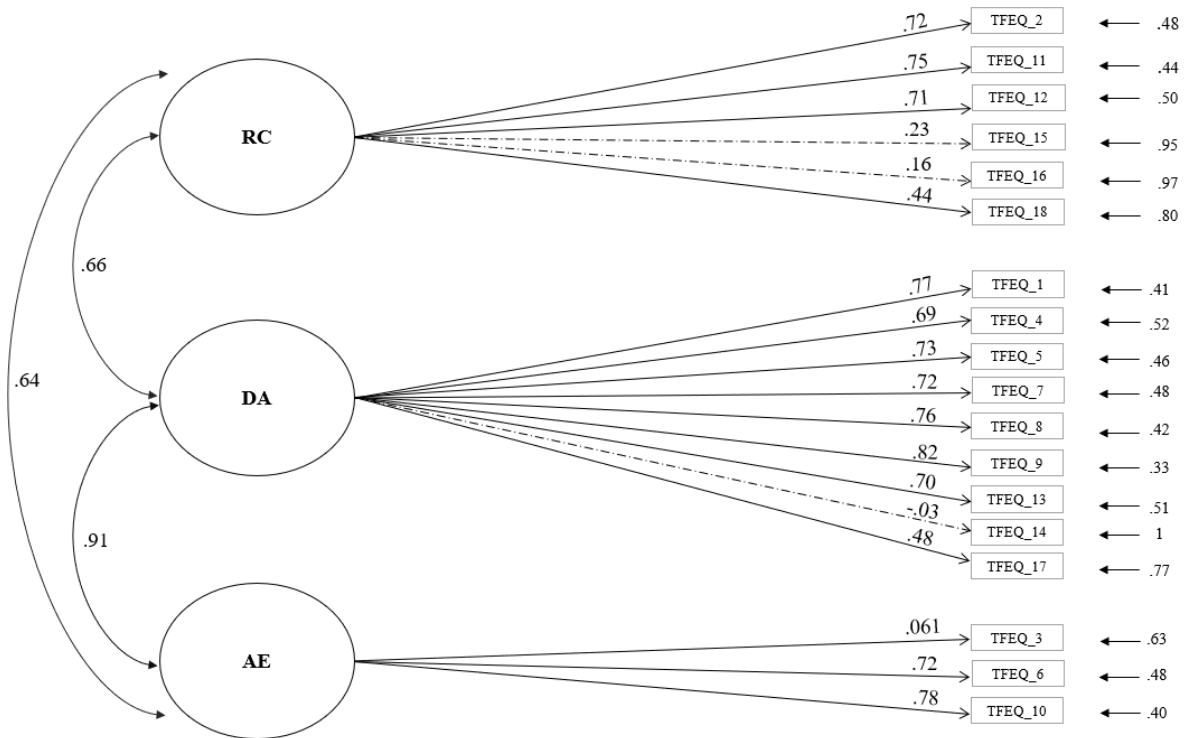
| <b><i>Construtos associados</i></b> | <b><i>VEM</i></b> | <b><i>Existência de validade convergente</i></b> |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------|
| <i>Restrição cognitiva</i>          | .44               | Não                                              |
| <i>Descontrole alimentar</i>        | .52               | Sim                                              |
| <i>Alimentação emocional</i>        | .50               | Sim                                              |

Legenda:

VEM – Variância extraída média

## Anexo K: Análise Fatorial Confirmatória original do instrumento Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)

(CFI = .96, TLI = .96, RMSEA = .06, IC<sub>90%</sub> = [.054, .067], SRMR = .05)



Legenda:

---> Baixo peso fatorial ( $\lambda \leq .4$ )

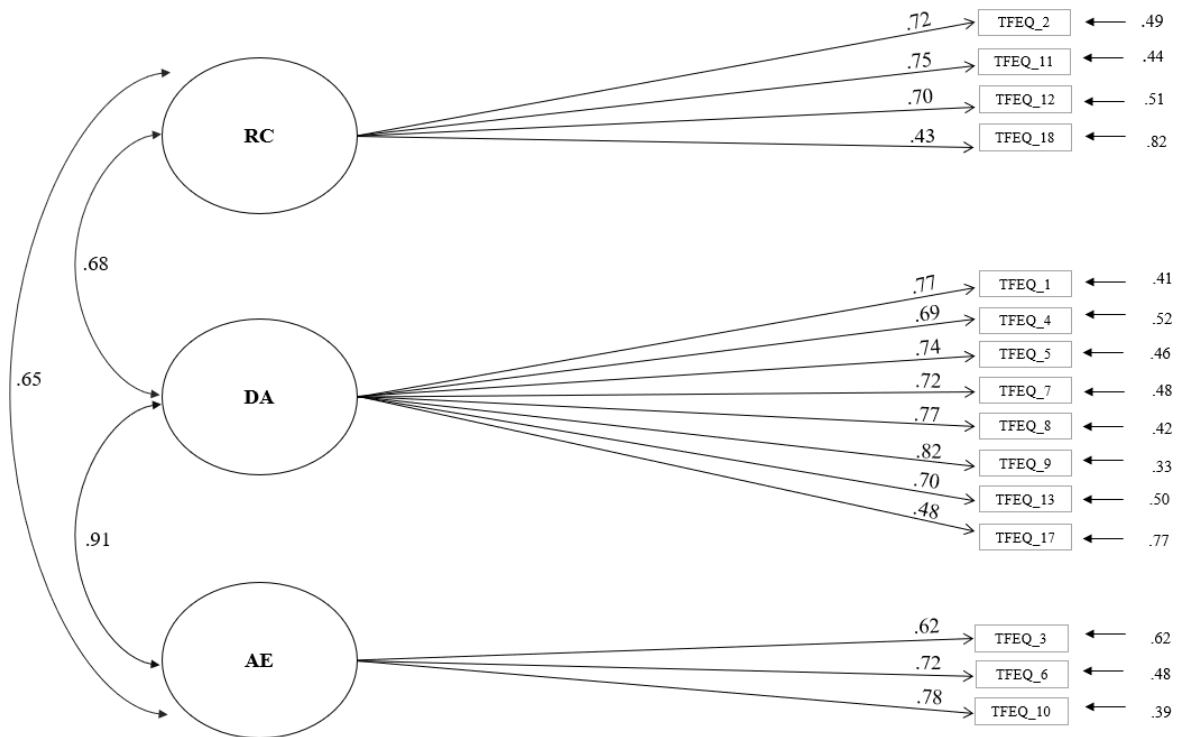
RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

AE: Alimentação emocional

## Anexo L: Análise Fatorial Confirmatória modificada do instrumento Three-Factor Eating Questionnaire-18 (TFEQ-18)

(CFI = .97, TLI = .97, RMSEA = .06, IC<sub>90%</sub> = [.189, .219], SRMR = .04)



Legenda:

RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

AE: Alimentação emocional

**Anexo M: Instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women  
(OxFAB-MAW)**

**Tabela 30**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)*

| <i>Item</i>     | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|-----------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <b>OxFAB_1</b>  | 2.09     | 1.213     | 2.00      | 0          | 4          | -0.135    | -1.037    |
| <b>OxFAB_2</b>  | 2.05     | 1.355     | 2.00      | 0          | 4          | -0.045    | -1.174    |
| <b>OxFAB_3</b>  | 2.12     | 1.187     | 2.00      | 0          | 4          | -0.159    | -0.831    |
| <b>OxFAB_4</b>  | 2.22     | 1.243     | 2.00      | 0          | 4          | -0.212    | -0.926    |
| <b>OxFAB_5</b>  | 2.03     | 1.331     | 2.00      | 0          | 4          | -0.047    | -1.122    |
| <b>OxFAB_6</b>  | 2.07     | 1.443     | 2.00      | 0          | 4          | -0.124    | -1.309    |
| <b>OxFAB_7</b>  | 2.04     | 1.369     | 2.00      | 0          | 4          | -0.183    | -1.213    |
| <b>OxFAB_8</b>  | 1.88     | 1.431     | 2.00      | 0          | 4          | -0.056    | -1.382    |
| <b>OxFAB_9</b>  | 2.39     | 1.112     | 2.00      | 0          | 4          | -0.304    | -0.562    |
| <b>OxFAB_10</b> | 2.18     | 1.150     | 2.00      | 0          | 4          | -0.110    | -0.730    |
| <b>OxFAB_11</b> | 2.12     | 1.225     | 2.00      | 0          | 4          | -0.102    | -0.931    |
| <b>OxFAB_12</b> | 2.03     | 1.202     | 2.00      | 0          | 4          | 0.000     | -0.863    |
| <b>OxFAB_13</b> | 2.07     | 1.200     | 2.00      | 0          | 4          | -0.090    | -0.887    |
| <b>OxFAB_14</b> | 1.98     | 1.243     | 2.00      | 0          | 4          | -0.025    | -0.992    |
| <b>OxFAB_15</b> | 1.95     | 1.259     | 2.00      | 0          | 4          | 0.022     | -1.006    |
| <b>OxFAB_16</b> | 2.09     | 1.213     | 2.00      | 0          | 4          | -0.027    | -0.909    |
| <b>OxFAB_17</b> | 1.97     | 1.225     | 2.00      | 0          | 4          | 0.018     | -0.925    |
| <b>OxFAB_18</b> | 2.19     | 1.271     | 2.00      | 0          | 4          | -0.261    | -0.962    |
| <b>OxFAB_19</b> | 2.16     | 1.362     | 2.00      | 0          | 4          | -0.219    | -1.165    |
| <b>OxFAB_20</b> | 2.19     | 1.291     | 2.00      | 0          | 4          | -0.245    | -1.009    |
| <b>OxFAB_21</b> | 2.03     | 1.295     | 2.00      | 0          | 4          | -0.115    | -1.083    |
| <b>OxFAB_22</b> | 2.26     | 1.210     | 2.00      | 0          | 4          | -0.244    | -0.822    |
| <b>OxFAB_23</b> | 2.08     | 1.251     | 2.00      | 0          | 4          | 1.251     | -0.981    |
| <b>OxFAB_24</b> | 2.22     | 1.525     | 2.00      | 0          | 4          | -0.213    | -0.918    |
| <b>OxFAB_25</b> | 2.15     | 1.247     | 2.00      | 0          | 4          | -0.182    | -0.913    |
| <b>OxFAB_26</b> | 2.21     | 1.179     | 2.00      | 0          | 4          | -0.131    | -0.786    |
| <b>OxFAB_27</b> | 2.13     | 1.253     | 2.00      | 0          | 4          | -0.111    | -0.945    |
| <b>OxFAB_28</b> | 1.84     | 1.448     | 2.00      | 0          | 4          | 0.084     | -1.350    |
| <b>OxFAB_29</b> | 2.01     | 1.364     | 2.00      | 0          | 4          | -0.030    | -1.199    |
| <b>OxFAB_30</b> | 2.08     | 1.286     | 2.00      | 0          | 4          | -0.081    | -1.028    |
| <b>OxFAB_31</b> | 1.99     | 1.340     | 2.00      | 0          | 4          | -0.050    | -1.163    |
| <b>OxFAB_32</b> | 1.93     | 1.355     | 2.00      | 0          | 4          | -0.033    | -1.216    |
| <b>OxFAB_33</b> | 1.89     | 1.366     | 2.00      | 0          | 4          | -0.002    | -1.197    |
| <b>OxFAB_34</b> | 2.05     | 1.295     | 2.00      | 0          | 4          | -0.099    | -1.054    |
| <b>OxFAB_35</b> | 2.08     | 1.284     | 2.00      | 0          | 4          | -0.195    | -1.008    |
| <b>OxFAB_36</b> | 2.42     | 1.107     | 3.00      | 0          | 4          | -0.411    | -0.569    |
| <b>OxFAB_37</b> | 1.91     | 1.461     | 2.00      | 0          | 4          | 0.002     | -1.362    |
| <b>OxFAB_38</b> | 2.05     | 1.378     | 2.00      | 0          | 4          | -0.122    | -1.199    |
| <b>OxFAB_39</b> | 2.11     | 1.305     | 2.00      | 0          | 4          | -0.193    | -1.072    |
| <b>OxFAB_40</b> | 1.95     | 1.355     | 2.00      | 0          | 4          | 0.008     | -1.191    |
| <b>OxFAB_41</b> | 1.90     | 1.363     | 2.00      | 0          | 4          | 0.049     | -1.234    |
| <b>OxFAB_42</b> | 1.89     | 1.434     | 2.00      | 0          | 4          | -0.007    | -1.314    |

|                 |      |       |      |   |   |        |        |
|-----------------|------|-------|------|---|---|--------|--------|
| <b>OXFAB_43</b> | 2.16 | 1.287 | 2.00 | 0 | 4 | -0.193 | -1.003 |
| <b>OXFAB_44</b> | 2.10 | 1.421 | 2.00 | 0 | 4 | 0.008  | -1.306 |
| <b>OXFAB_45</b> | 2.10 | 1.397 | 2.00 | 0 | 4 | -0.163 | -1.229 |
| <b>OXFAB_46</b> | 1.98 | 1.437 | 2.00 | 0 | 4 | -0.067 | -1.317 |
| <b>OXFAB_47</b> | 1.97 | 1.461 | 2.00 | 0 | 4 | -0.059 | -1.353 |

Legenda:

*M*: Média

*DP*: Desvio Padrão

*Me*: Mediana

*Min*: Mínimo

*Máx*: Máximo

*Sk*: Assimetria

*Ku*: Kurtose

**Tabela 31**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens utilizados do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)*

|                                                            | <i>Item</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Me</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | <i>Sk</i> | <i>Ku</i> |
|------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| <i>Imitação /<br/>Modelagem (I_M)</i>                      | OxFAB_6     | 2.07     | 1.443     | 2.00      | 0          | 4          | -0.124    | -1.309    |
|                                                            | OxFAB_7     | 2.04     | 1.369     | 2.00      | 0          | 4          | -0.183    | -1.213    |
|                                                            | OxFAB_8     | 1.88     | 1.431     | 2.00      | 0          | 4          | -0.056    | -1.382    |
| <i>Gestão de impulsos –<br/>Aceitação<br/>(GI_A)</i>       | OxFAB_9     | 2.39     | 1.112     | 2.00      | 0          | 4          | -0.304    | -0.562    |
|                                                            | OxFAB_10    | 2.18     | 1.150     | 2.00      | 0          | 4          | -0.110    | -0.730    |
|                                                            | OxFAB_11    | 2.12     | 1.225     | 2.00      | 0          | 4          | -0.102    | -0.931    |
|                                                            | OxFAB_16    | 2.09     | 1.213     | 2.00      | 0          | 4          | -0.027    | -0.909    |
| <i>Gestão de impulsos –<br/>Conscientização<br/>(GI_C)</i> | OxFAB_12    | 2.03     | 1.202     | 2.00      | 0          | 4          | 0.000     | -0.863    |
|                                                            | OxFAB_13    | 2.07     | 1.200     | 2.00      | 0          | 4          | -0.090    | -0.887    |
| <i>Gestão de impulsos –<br/>Distração<br/>(GI_D)</i>       | OxFAB_14    | 1.98     | 1.243     | 2.00      | 0          | 4          | -0.025    | -0.992    |
|                                                            | OxFAB_15    | 1.95     | 1.259     | 2.00      | 0          | 4          | 0.022     | -1.006    |
|                                                            | OxFAB_17    | 1.97     | 1.225     | 2.00      | 0          | 4          | 0.018     | -0.925    |
| <i>Procura de informação<br/>(PI)</i>                      | OxFAB_18    | 2.19     | 1.271     | 2.00      | 0          | 4          | -0.261    | -0.962    |
|                                                            | OxFAB_19    | 2.16     | 1.362     | 2.00      | 0          | 4          | -0.219    | -1.165    |
|                                                            | OxFAB_20    | 2.19     | 1.291     | 2.00      | 0          | 4          | -0.245    | -1.009    |
|                                                            | OxFAB_21    | 2.03     | 1.295     | 2.00      | 0          | 4          | -0.115    | -1.083    |

**Tabela 32**

*Estatísticas descritivas e análise da sensibilidade dos itens utilizados do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)*

|                                                       | <i>Item</i> | <i>Peso fatorial padronizado (<math>\lambda</math>)</i> | <i>Fiabilidade individual (<math>r^2</math>)</i> |
|-------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <i>Imitação / Modelagem (I_M)</i>                     | OxFAB_6     | .89                                                     | .80                                              |
|                                                       | OxFAB_7     | .90                                                     | .82                                              |
|                                                       | OxFAB_8     | .86                                                     | .73                                              |
| <i>Gestão de impulsos – Aceitação (GI_A)</i>          | OxFAB_9     | .71                                                     | .51                                              |
|                                                       | OxFAB_10    | .81                                                     | .66                                              |
|                                                       | OxFAB_11    | .84                                                     | .70                                              |
|                                                       | OxFAB_16    | .80                                                     | .63                                              |
| <i>Gestão de impulsos – Consciencialização (GI_C)</i> | OxFAB_12    | .53                                                     | .28                                              |
|                                                       | OxFAB_13    | .70                                                     | .49                                              |
| <i>Gestão de impulsos – Distração (GI_D)</i>          | OxFAB_14    | .64                                                     | .41                                              |
|                                                       | OxFAB_15    | .79                                                     | .62                                              |
|                                                       | OxFAB_17    | .80                                                     | .64                                              |
| <i>Procura de informação (PI)</i>                     | OxFAB_18    | .68                                                     | .47                                              |
|                                                       | OxFAB_19    | .77                                                     | .60                                              |
|                                                       | OxFAB_20    | .78                                                     | .61                                              |
|                                                       | OxFAB_21    | .72                                                     | .52                                              |

**Tabela 33***Validade discriminante do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)*

| <i>Construtos associados</i>                                                    | <i>R<sup>2</sup></i> | <i>Existência de validade discriminante</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|
| <i>Imitação &amp; Procura de informação</i>                                     | .542                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Aceitação &amp; Imitação</i>                              | .330                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Aceitação &amp; Procura de informação</i>                 | .383                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Consciencialização &amp; Imitação</i>                     | .269                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Consciencialização &amp; Procura de informação</i>        | .323                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Consciencialização &amp; Gestão de Impulsos_Aceitação</i> | .593                 | Não                                         |
| <i>Gestão de Impulsos_Distração &amp; Imitação</i>                              | .508                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Distração &amp; Procura de informação</i>                 | .533                 | <b>Sim</b>                                  |
| <i>Gestão de Impulsos_Distração &amp; Gestão de Impulsos_Aceitação</i>          | .736                 | Não                                         |
| <i>Gestão de Impulsos_Distração &amp; Gestão de Impulsos_Consciencialização</i> | .709                 | Não                                         |

**Tabela 34***Validade convergente utilizados do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB-MAW)*

| <i>Construtos associados</i>                 | <i>VEM</i> | <i>Existência de validade convergente</i> |
|----------------------------------------------|------------|-------------------------------------------|
| <i>Imitação_Modelagem</i>                    | .78        | <b>Sim</b>                                |
| <i>Procura de informação</i>                 | .63        | <b>Sim</b>                                |
| <i>Gestão de Impulsos_Aceitação</i>          | .45        | Não                                       |
| <i>Gestão de Impulsos_Consciencialização</i> | .56        | <b>Sim</b>                                |
| <i>Gestão de Impulsos_Distração</i>          | .58        | <b>Sim</b>                                |

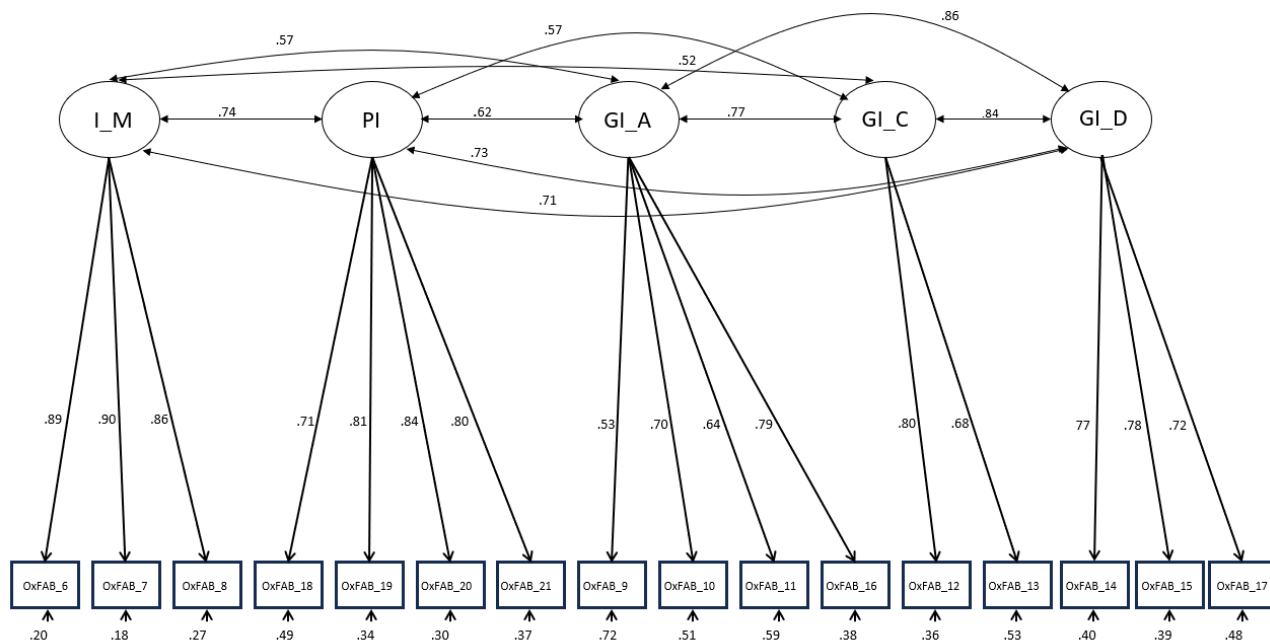
Legenda:

*VEM* – Variância extraída média



## Anexo N: Análise Fatorial Confirmatória do instrumento Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW)

(CFI = .94, TLI = .92, RMSEA = .11, IC<sub>90%</sub> = [.103, .118], SRMR = .06)



Legenda:

I\_M: Imitação/Modelagem

PI: Procura de informação

GI\_A: Gestão de impulsos – aceitação

GI\_C: Gestão de impulsos – consciencialização dos motivos

GI\_D: Gestão de impulsos – distração

## Anexo O: Modelos de equações estruturais

**Tabela 35**

*Modelo de equações estruturais original*

|                                                       | <i>p</i> | <i>β</i> |
|-------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b><i>Procura de informação</i></b>                   |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.432    | 0.032    |
| Incongruência alimentar                               | 0.076    | 0.100    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.504    |
| Descontrolo Alimentar                                 | 0.100    | 0.266    |
| Alimentação Emocional                                 | 0.572    | -0.098   |
| <b><i>Gestão de impulsos – Aceitação</i></b>          |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.004    | 0.140    |
| Incongruência alimentar                               | 0.072    | 0.114    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.001    | 0.274    |
| Descontrolo Alimentar                                 | 0.471    | -0.142   |
| Alimentação Emocional                                 | 0.183    | 0.279    |
| <b><i>Gestão de impulsos – Consciencialização</i></b> |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.150    | 0.076    |
| Incongruência alimentar                               | 0.026    | 0.150    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.608    | 0.046    |
| Descontrolo Alimentar                                 | 0.271    | 0.228    |
| Alimentação Emocional                                 | 0.867    | 0.038    |
| <b><i>Gestão de impulsos - Distração</i></b>          |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.878    | 0.007    |
| Incongruência alimentar                               | 0.696    | -0.026   |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.429    |
| Descontrolo Alimentar                                 | 0.560    | 0.111    |
| Alimentação Emocional                                 | 0.521    | 0.134    |
| <b><i>Imitação/Modelagem</i></b>                      |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.001    | 0.120    |
| Incongruência alimentar                               | 0.551    | 0.031    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.283    |
| Descontrolo Alimentar                                 | 0.000    | 0.535    |
| Alimentação Emocional                                 | 0.932    | -0.014   |

Legenda:

*P*: p-value

*β*: Beta

**Tabela 36**

*Modelo de equações estruturais refinado*

|                                                       | <i>p</i> | <i>β</i> |
|-------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b><i>Procura de informação</i></b>                   |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.422    | 0.033    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.500    |
| Descontrole Alimentar                                 | 0.009    | 0.183    |
| Incongruência alimentar                               | 0.093    | 0.088    |
| <b><i>Gestão de impulsos – Aceitação</i></b>          |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.003    | 0.139    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.001    | 0.284    |
| Descontrole Alimentar                                 | 0.220    | 0.098    |
| Incongruência alimentar                               | 0.013    | 0.142    |
| <b><i>Gestão de impulsos – Consciencialização</i></b> |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.150    | 0.076    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.587    | 0.049    |
| Descontrole Alimentar                                 | 0.002    | 0.262    |
| Incongruência alimentar                               | 0.013    | 0.151    |
| <b><i>Gestão de impulsos - Distração</i></b>          |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.890    | 0.006    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.435    |
| Descontrole Alimentar                                 | 0.008    | 0.224    |
| Incongruência alimentar                               | 0.857    | -0.011   |
| <b><i>Imitação/Modelagem</i></b>                      |          |          |
| Satisfação com a dieta                                | 0.001    | 0.120    |
| Restrição cognitiva                                   | 0.000    | 0.283    |
| Descontrole Alimentar                                 | 0.000    | 0.523    |
| Incongruência alimentar                               | 0.533    | 0.030    |

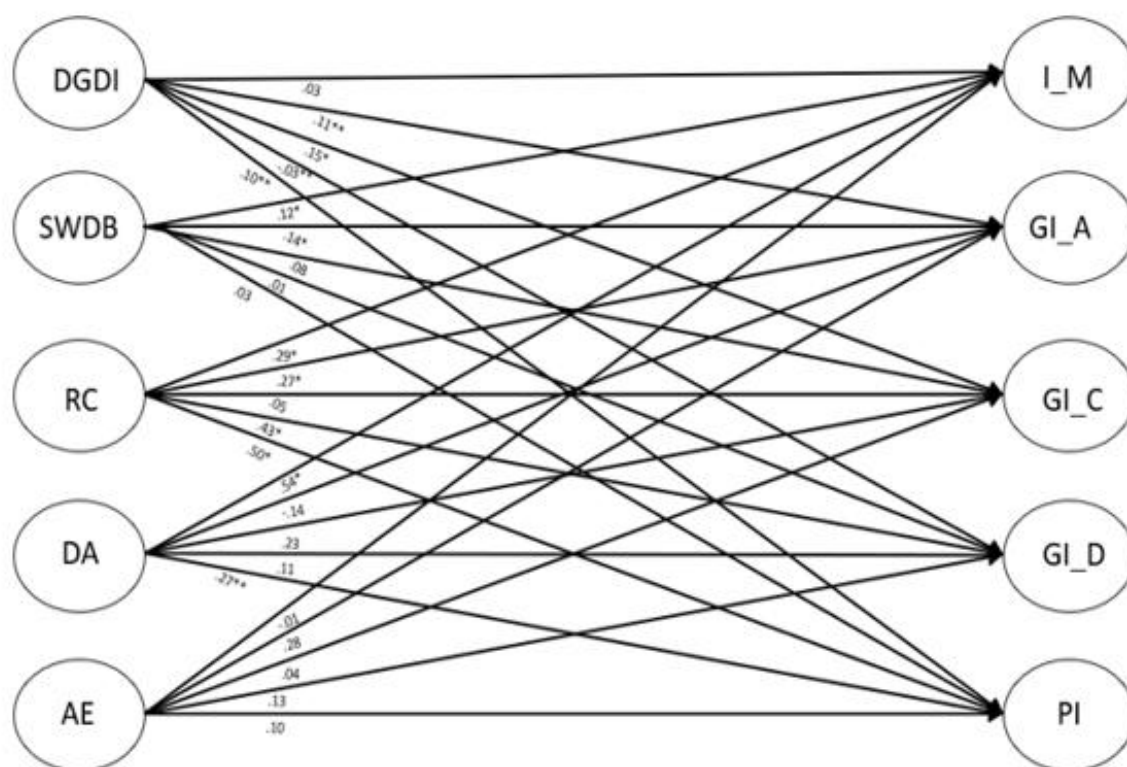
Legenda:

*P*: p-value

*β*: Beta

**Figura 1.** Modelo de equações estruturais original

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, IC<sub>90%</sub> = [.049, .054], SRMR = .05)



Legenda:

\*  $p < .05$  (Significativo)

\*\*  $.05 \leq p < .10$  (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar

SWDB: Satisfação com a dieta

RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

AE: Alimentação emocional

I\_M: Imitação/Modelagem

GI\_A: Gestão de impulsos – aceitação

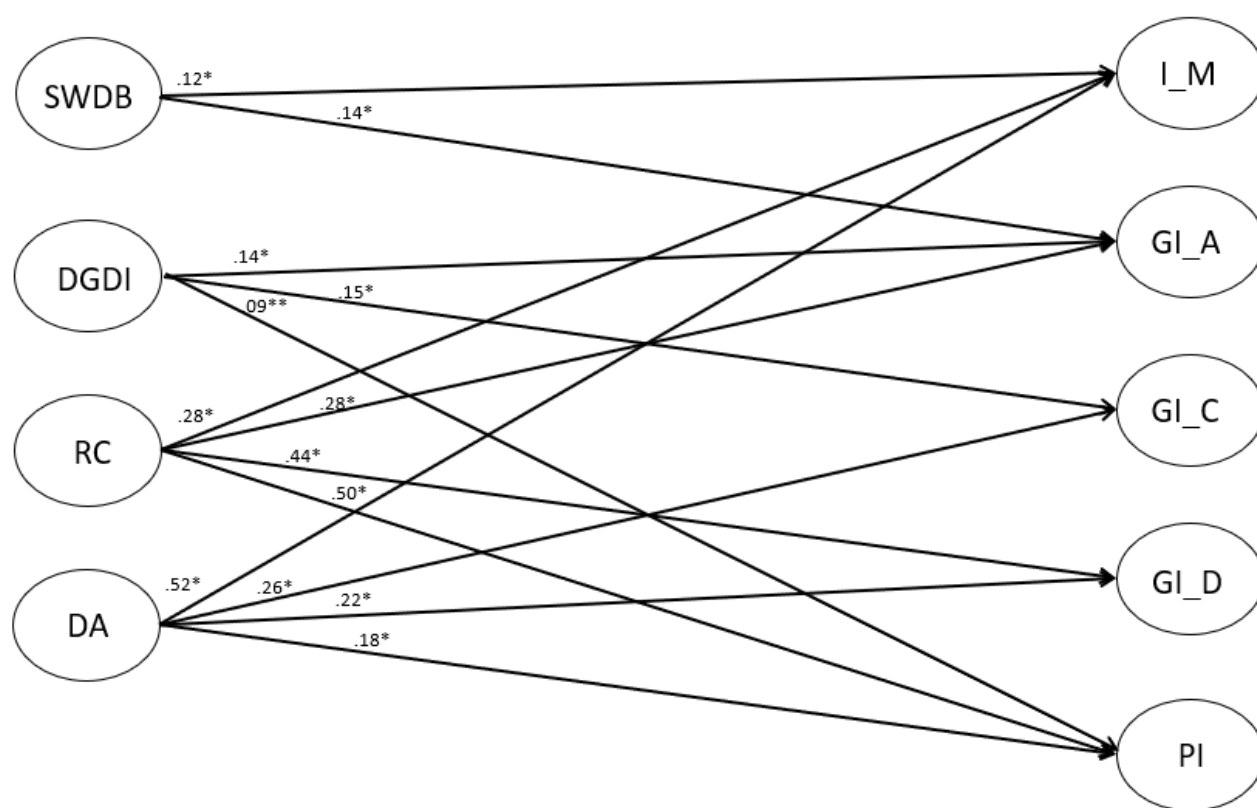
GI\_C: Gestão de impulsos – Conscientização

GI\_D: Gestão de impulsos – Distração

PI: Procura de informação

**Figura 2.** Modelo de equações estruturais refinado

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, IC<sub>90%</sub> = [.049, .057], SRMR = .05)



**Legenda:**

Só se apresentam valores de  $\beta$  estatisticamente significativos

\*  $p < .05$  (Significativo)

\*\*  $.05 \leq p < .10$  (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar

SWDB: Satisfação com a dieta

RC: Restrição cognitiva

DA: Descontrole alimentar

I\_M: Imitação/Modelagem

GI\_A: Gestão de impulsos – aceitação

GI\_C: Gestão de impulsos – Consciencialização

GI\_D: Gestão de impulsos – Distração

PI: Procura de informação