



SENTIR PARA COMER OU COMER PARA SENTIR?:
A INFLUENCIA DO STRESS PERCEBIDO, ALEXITÍMIA E INTEROCEPÇÃO NO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR

MARIA TERESA DE NORONHA LOFFMASCARENHAS DE LEMOS

Orientador da Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR GONÇALO OLIVEIRA

Professor do Seminário de Dissertação:

PROF. DR. GONÇALO OLIVEIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof.^a Doutor Gonçalo Aires de Oliveira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostava de agradecer ao meu orientador, o Professor Gonçalo Oliveira, pela orientação totalmente exemplar, pela constante disponibilidade e pela paciência em ensinar, sem nunca desistir de nenhuma das suas alunas. Tenho a agradecer, em especial, pela persistência que teve comigo, pelas horas despendidas a ajudar-me a construir uma tese, a gerir a minha frustração e a tirar as minhas muitíssimas dúvidas sem qualquer tipo de condescendência. Esta dissertação não teria sido a mesma sem este tipo de pedagogia, nem sem a confiança que teve na minha capacidade de trabalho e que sempre me incentivou a olhar para ela com alento. A exigência e a sua capacidade de desconstruir temas tão complexos da psicologia foram admiráveis e, por isso, agradeço a oportunidade que tive em trabalhar com um orientador assim. O ISPA tem muito a aprender com o Professor.

Quero agradecer ao ISPA pela formação que me deu ao longo destes 5 anos. Poucas instituições podem orgulhar-se de ter professores tão credenciados, interessados nas suas matérias, mas acima de tudo, apaixonados pelos seus alunos e pela sua profissão. Destaco, em especial, a dificuldade que tive em ultrapassar as Estatísticas, seguidas do meu triunfo final, uma vez que passaram a ser as minhas melhores notas na média. Infelizmente, continuo a odiar matemática (justiça para a minha criança interior). Agradeço ainda à minha única amiga do meu ano, a Rosinha, que sempre me acompanhou em longas noites de estudo e pausas ainda mais longas de análise psicológica pormenorizada a toda a gente que conhecíamos em Lisboa.

Obrigada à minha família que tornou o meu percurso na faculdade possível, aos meus maiores apoiantes, os meus pais.

Ao meu maior ídolo, a minha psicóloga, Tatiana. E aos meus amigos que são os melhores psicólogos que existem, sem o saberem, em especial a Graça e a minha irmã Rita.

Por fim, quero agradecer à minha professora primária, a Sandrina, que se comoveu com a minha primeira composição, pela empatia inocentemente escrita. Quando crescemos, percebemos que há por aí vários grilos que consolam borboletas que choram por se sentirem sozinhas, sem “casa”. E que sorte tive eu em poder fazer dessa história vocação.

Resumo

O stress percebido tem sido identificado como um fator determinante na adoção de comportamentos alimentares mal adaptativos, juntamente com as dificuldades na regulação emocional presentes em indivíduos alexitímicos com baixos níveis de interocepção. O presente estudo pretende analisar de que forma estes três fatores predizem e influenciam o comportamento alimentar. A amostra foi constituída por 253 participantes da população geral, que completaram um questionário divulgado através de grupos e plataformas online, composto pelo: Consentimento Informado, por um Questionário Sociodemográfico, e pelas escalas de *Perceived Stress Scale* (PSS-10), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) e *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-21). Os resultados foram de encontro às hipóteses propostas, revelando que níveis mais elevados de stress percebido estão associados a uma maior tendência para um tipo de alimentação emocional e descontrolada, bem como a níveis superiores de alexitimia e inferiores de interocepção. Verificou-se ainda que o stress percebido e o índice de massa corporal (IMC) foram preditores significativos do comportamento alimentar mal adaptativo. Esta dissertação pretende reforçar a importância da consciência corporal e da regulação emocional na prevenção do desenvolvimento de perturbações de comportamento alimentar.

Palavras-chave: Stress Percebido, Alexitimia, Interocepção, Comportamento Alimentar, Perturbações Alimentares

Abstract

Perceived stress has been identified as a key factor in the adoption of maladaptive eating behaviors, as well as the emotional and bodily processes such as alexithymia and interoception. The present study aimed to examine how those three factors predict and influence the eating behavior. The final sample consisted of 253 participants from the general population, who completed an online questionnaire, which was shared across online groups and platforms, including the Social Demographic Questionnaire, and the scales *Perceived Stress Scale* (PSS-10), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA), and *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-21). Results showed that higher levels of perceived stress were associated with greater emotional and uncontrolled eating, higher alexithymia, and lower interoceptive awareness. Perceived stress and Body Mass Index (BMI) emerged as significant predictors of maladaptive eating behavior. The study highlights the importance of body awareness and emotional regulation in the prevention of eating disorders.

Keywords: Perceived Stress, Alexithymia, Interoception, Eating Behavior, Eating Disorders

Índice

Introdução	1
Método	4
Design do Estudo	4
Participantes	5
Procedimento	5
Instrumentos	5
<i>PSS-10 (Perceived Stress Scale 10 itens)</i>	5
<i>TFEQ-21 Three-Factor Eating Questionnaire-R21</i>	6
<i>TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale 20 itens)</i>	7
<i>MAIA (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness)</i>	8
Controlo do Índice de Massa Corporal (IMC ou BMI = Body Mass Index)	8
Resultados	9
Análise descritiva	9
Análise das Correlações	11
Análise das Regressões.....	14
Discussão	16
Referências Bibliográficas	22
Anexos	28
Anexo A – Revisão Bibliográfica	28
Comportamento Alimentar	28
<i>Perturbações de Comportamento Alimentar (PCA)</i>	28
<i>PCA's mais comuns</i>	29
<i>Incidência das PCA's a nível mundial</i>	29
O papel do Stress Percebido no Comportamento Alimentar	29
<i>Modelos e Avaliação do Stress Percebido</i>	31
O papel da Alexitímia no Comportamento Alimentar:	32
O papel da Interocepção no Comportamento Alimentar	34

Objetivos do presente estudo	36
Anexo B – Consentimento Informado	38
Anexo C – Questionário Sociodemográfico	39
Anexo D - Alfas de chronbach calculados para as subescalas do instrumento PSS-10	41
Anexo E - Alfas de chronbach calculados para as subescalas do instrumento TFEQ-21	42
Anexo F- Alfas de chronbach calculados para as subescalas do instrumento TAS-20	43
Anexo G – Alfas de chronbach calculados para as subescalas do instrumento MAIA	44
Anexo H – Tabela 1. <i>Estatísticas descritivas em relação às características sociodemográficas de “Peso”, “Altura”, “IMC” e “Idade”</i>	46
Anexo I – Tabela 2. <i>Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra para computação do índice de massa corporal</i>	47
Anexo J – Tabela 3. <i>Correlações entre as subescalas e escalas totais dos instrumentos</i>	49
Anexo K - Tabela 4. <i>Coefficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Descontrolada</i>	50
Anexo L - Tabela 5. <i>Coefficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar</i>	52
Anexo M – Tabela 6. <i>Coefficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Emocional</i>	54

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra.....	9
Tabela 2. <i>Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra para computação do índice de massa corporal.....</i>	10
Tabela 3. Descrição dos instrumentos utilizados.....	11
Tabela 4. Correlações entre as subescalas e escalas totais dos instrumentos.....	13
Tabela 5. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Descontrolada	15
Tabela 6. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Emocional.....	16

Introdução

O comportamento alimentar integra diversas dimensões enquanto constructo: a biológica, psicológica, social e cultural. Podendo ser caracterizado como o conjunto de ações, escolhas e significados associados ao ato de comer, desde o tipo de alimentos consumidos até ao contexto onde acontece e quais as emoções envolvidas (Alvarenga et al., 2019). Este comportamento é moldado ao longo do ciclo de vida, começando pelas necessidades básicas e afetivas na infância, tornando-se cada vez mais influenciado por crenças, atitudes e normas socioculturais na idade adulta (Alvarenga, Figueiredo, Timerman, & Antonaccio, 2019).

A regulação do comportamento alimentar não se rege apenas pela fome, mas também pela perceção corporal e emocional do indivíduo (sensibilidade a fatores externos e internos). Quando estas regulações falham, o comportamento alimentar pode assumir formas mal adaptativas, como a compulsão alimentar, a restrição rígida ou o uso da comida como forma de regulação emocional. Estas práticas podem evoluir para Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA's), de modo que, todas são caracterizadas por uma relação disfuncional e persistente entre a alimentação e o corpo, sendo a sua incidência mais prevalente em mulheres jovens de culturas ocidentais e a sua origem multifatorial ainda não é totalmente conhecida (Hoek, 2002, 2006; Polivy & Herman, 2002). As mais comuns: a anorexia nervosa (restrição alimentar rígida que leva a perda de peso excessiva, e por sua vez, à desnutrição), a bulimia nervosa (episódios de ingestão alimentar compulsiva seguidos de comportamentos compensatórios, como o vômito (purga) autoinduzido ou o uso de comprimidos laxantes, de forma a evitar o ganho de peso, seguido de sentimentos exacerbados de culpa e depressão), e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (episódios frequentes de ingestão descontrolada de alimentos que estão, geralmente, associados a sentimentos negativos e punitivos sobre o próprio indivíduo, sem incluir comportamentos compensatórios) (American Psychiatric Association, 2013).

A literatura tem vindo a demonstrar que os indivíduos com valores mais elevados de IMC apresentam maior vulnerabilidade para comportamentos de ingestão alimentar descontrolada e compulsiva (como o *binge eating*), sendo esta associação mediada, em grande parte, pela insatisfação corporal e pelas preocupações com a forma física (Radwan et al., 2025). De acordo com estes autores, o IMC atua também como um fator psicossocial, uma vez que o excesso de peso tende a intensificar sentimentos de inadequação e insatisfação com o corpo, os

quais, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento e manutenção de padrões alimentares mal adaptativos.

Entre os fatores psicossociais associados às PCA's e ao comportamento alimentar, no geral, destaca-se o stress percebido. Segundo o modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984; Dias & Pais-Ribeiro, 2019), o stress resulta da perceção subjetiva que um individuo realiza, avaliando se está perante uma situação exigente e desafiante e quais os seus recursos pessoais para lidar com a mesma. Esta avaliação influencia a forma como os indivíduos se comportam na sua alimentação de várias formas. Algumas pessoas reduzem a ingestão alimentar (hipofagia), enquanto outras aumentam o consumo de alimentos (hiperfagia) como forma de lidar com o stress. Esta última é recorrentemente chamada de “*emotional eating*”, por se tratar de uma estratégia de coping emocional (Bourdier et al., 2018). Não só a quantidade ingerida aumenta, como o tipo de alimentos consumidos também se altera: várias pessoas sob o efeito do stress tendem a preferir snacks, alimentos processados como os doces, e simultaneamente reduzem o consumo de alimentos saudáveis, como vegetais (Ngan et al., 2017).

Do ponto de vista neurofisiológico, o stress ativa o eixo hipotálamo-hipofise-supra-renal, aumentando os níveis de cortisol e o apetite (sobretudo por alimentos calóricos) (Diggins, Woods-Giscombe, & Waters, 2015; Hewagalamulage et al., 2016). Embora possa funcionar como coping de autorregulação emocional, a longo prazo poderá contribuir para o desenvolvimento de PCA's (Barattucci, 2011; Ngan et al., 2017).

A Alexitímia – caracterizada como a dificuldade em identificar, compreender e expressar sentimentos e emoções – é outro dos fatores de destaque na relação com o comportamento alimentar (Taylor, Bagby, & Parker, 1997; Silva & Vasco, 2010). Os individuos alexitímicos tendem a demonstrar dificuldades em diferenciar emoções de sensações físicas, o que pode levar a interpretações erradas (i.e. confundir ansiedade com fome). Esta confusão compromete bastante a capacidade de regulação emocional e favorece o uso da comida como estratégia compensatória (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Cooper, Wells, & Todd, 2004).

Os estudos sugerem que a alexitímia pode mediar a relação entre experiencias adversas na infância (como maus tratos) e a sintomatologia das PCA's (Mazzeo & Espelage, 2002; Mitchell & Mazzeo, 2005), sendo um fator de risco indireto. Porém, esta é considerada um constructo dimensional, podendo variar em grau entre indivíduos (nem sempre os sinais

demonstrativos se revelam de igual forma em toda a gente) (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2011).

Existe ainda o constructo da interocepção – capacidade de perceber e interpretar sinais internos do corpo – como outro dos fatores que se tem vindo a estudar como mais interligados com o comportamento alimentar. Esta inclui dimensões como, a percepção interoceptiva (capacidade objetiva de um indivíduo detetar sinais internos do seu corpo), a sensibilidade interoceptiva (crença subjetiva sobre essa capacidade) e a consciência metacognitiva da interocepção (correspondência entre a precisão e a confiança que o indivíduo tem da mesma) (Schandry, 1981; Garfinkel et al., 2015).

Os défices interoceptivos comprometem a percepção de sinais como fome, saciedade ou agitação emocional, levando a um maior risco de padrões alimentares guiados por impulsos ou emoções (Hunot et al., 2016; Buckland et al., 2019). Estes défices verificam-se nos indivíduos que sofrem de PCA's, uma vez que estes apresentam dificuldades em interpretar adequadamente os seus estados corporais e emocionais (Pollatos et al., 2008; Garfinkel & Critchley, 2013; Ferreira & Vieira, s.d.).

Este constructo também está intimamente ligado à regulação emocional, pois os indivíduos com défices interoceptivos tendem a experienciar emoções como intrusivas ou confusas, favorecendo estratégias de coping alimentar mal adaptativas (Critchley & Garfinkel, 2017; Barrett et al., 2015; Ferreira & Vieira, s.d.), precipitando a sintomatologia das PCA's.

Objetivo do presente estudo

Em síntese, o presente estudo procurará entender a relação complexa entre o stress percebido, a alexitímia e a interocepção e o comportamento alimentar, e como este pode ser predito pelos restantes três fatores. Visto que o comportamento alimentar é altamente sensível a mecanismos de regulação emocional e percepção corporal, procuraremos entender como é que o stress percebido, a alexitímia e interocepção, podem comprometer a capacidade de autorregulação e práticas alimentares, podendo levar às PCA's (Cooper et al., 2004; Van Strien, 2018).

Tendo em conta a evidência empírica e teórica apresentada, juntamente com os objetivos deste estudo, são formuladas as seguintes hipóteses: H1 - Participantes que apresentem níveis mais elevados de *Alexitímia*, apresentarão, também, menores capacidades *Interoceptivas*; H2 - Participantes que apresentem maiores níveis de *Stress Percebido*, apresentarão níveis mais elevados de *Alexitímia* e menos elevados de capacidades

Interoceptivas; H3 - Participantes que apresentem níveis mais elevados de *Alexitímia*, níveis menores de capacidades *Interoceptivas* e níveis mais elevados de *Stress Percebido*, demonstrarão, também, maior propensão para apresentar um tipo de *Comportamento Alimentar* mal adaptativo; H4 - Participantes que apresentem menos propensão para um tipo de *Comportamento Alimentar* mal adaptativo, apresentarão, também, níveis menos elevados de *Stress Percebido*, níveis menos elevados de *Alexitímia* e maior capacidade *Interoceptiva*; H5 - Participantes que apresentem níveis mais elevados de *Stress Percebido*, apresentarão maior propensão para um tipo de *Comportamento Alimentar* mal adaptativo; H6 - Participantes que apresentem níveis menos elevados de *Stress Percebido*, apresentarão menor propensão para um tipo de *Comportamento Alimentar* mal adaptativo; H7 - Participantes que apresentem níveis mais elevados de *IMC* apresentarão maior propensão para um tipo de *Comportamento Alimentar* mal adaptativo.

Método

Design do estudo

O método utilizado foi o de amostragem não probabilística, por conveniência e bola de neve (Oliveira, 2011), uma vez que os participantes foram recrutados através da divulgação do questionário em plataformas e grupos on-line, permitindo que os próprios também o partilhassem. O presente estudo segue uma metodologia quantitativa através de instrumentos padronizados e respostas fechadas, com posterior tratamento estatístico dos dados recolhidos (De Lima, 2011). Trata-se de um estudo de natureza transversal, visto que os dados foram recolhidos num único momento, sem qualquer seguimento posterior dos participantes (Bordalo, 2006).

Para este estudo, o único critério de inclusão estabelecido foi a obtenção do consentimento informado para a participação no inquérito. Não foram aplicados critérios sociodemográficos ou clínicos adicionais, uma vez que não se procurou recrutar uma amostra clínica, mas sim obter dados que permitissem determinar um intervalo de valores próximos da variabilidade observada na população geral.

Participantes

A amostra contou inicialmente com a participação voluntária de 408 indivíduos. No entanto, apenas 253 participantes preencheram integralmente o questionário, constituindo assim a amostra válida utilizada neste estudo. Apenas os questionários completos foram considerados para análise, de modo a garantir a consistência e a fiabilidade dos dados recolhidos. No que respeita à caracterização sociodemográfica, 73,9% dos participantes identificou-se com o género feminino (n = 187) e 26,1% com o género masculino (n = 66), não tendo sido registadas respostas relativas ao género não binário ou à opção “prefiro não especificar”. A média de idades do grupo foi de 37,7 anos (DP = 18,0), refletindo uma distribuição etária diversificada. Para além destes dados, solicitou-se aos participantes que indicassem a sua altura e peso, informação necessária para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Este indicador foi utilizado como uma medida da condição corporal dos participantes e serviu igualmente como variável de controlo nas análises estatísticas realizadas. Os valores correspondentes ao IMC encontram-se apresentados na Tabela 1.

Procedimento

Os participantes foram recrutados através de plataformas online com o objetivo de preencherem um questionário. Ao abrirem o questionário, os participantes começavam por, em primeiro lugar, ler o consentimento informado (Anexo B), e após a leitura só poderiam prosseguir se concordassem com as condições. Após este momento, os sujeitos respondiam a questões sociodemográficas (Anexo C) com algumas perguntas relevantes para a aplicação dos instrumentos (género, nível de escolaridade, idade, altura em centímetros e peso em kg). Todos os questionários foram escritos de forma perceptível, sendo que todos os indivíduos que respondessem que não concordavam com os termos e condições apresentadas na primeira questão eram logo impedidos de continuar a responder ao questionário.

No fim do questionário estava um pequeno agradecimento ao preenchimento do mesmo e uma declaração que confirmava que as respostas do participante tinham sido registadas.

Instrumentos

PSS-10 (Perceived Stress Scale 10 itens)

O instrumento utilizado para medir a variável do stress percebido foi o Perceived Stress Scale de 10 itens (PSS-10) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) adaptado para a versão portuguesa (Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010). A escala é composta por 10 itens, respondidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (0 = Nunca a 4 = Muito frequente), tendo como objetivo avaliar a percepção global de stress que os indivíduos experienciaram no último mês. Esta escala pode ser pontuada de duas formas: pelo fator geral de stress percecionado, que corresponde à soma total dos itens (após reversão dos itens positivos), ou pela análise de duas dimensões, a percepção negativa (itens 1,2,3,6,9 e 10), referente à avaliação de situações como imprevisíveis ou incontrolláveis; e a percepção positiva (itens 4,5,7 e 8) referentes à percepção de controlo e autoeficácia, e que devem ser recodificados antes do cálculo da pontuação total. As pontuações totais variam entre 0 e 40, sendo que os valores mais elevados indicam níveis superiores de stress percecionado. Os alfas de cronbach calculados para cada subescala tiveram os seguintes resultados: 0.855 para a subescala “PSS Negativa”; e 0.693 para a subescala “PSS Positiva” (Anexo D).

TFEQ-21 Three-Factor Eating Questionnaire-R21

Para medir a variável do comportamento alimentar, e consequentes Perturbações de Comportamento Alimentar (PCA's), foi utilizada a versão portuguesa do Three-Factor Eating Questionnaire – Revised 21 (TFEQ-21), originalmente desenvolvido por Stunkard e Messick (1985) e posteriormente revisto por Karlsson et al. (2000), sendo que a versão portuguesa foi validada por Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2020). Esta escala é composta por 21 itens, sendo que os primeiros 16 são respondidos numa escala de Likert de 4 pontos (1 = Completamente verdadeiro a 4 = Completamente falso), o 17º item é respondido numa escala de Likert de 4 pontos (1= Quase nunca a 4= Quase sempre), o 18º item é respondido numa escala de Likert de 4 pontos (1= Não é provável a 4= Muito provável), o 19º item é respondido numa escala de Likert de 4 pontos (1= Nunca a 4= Pelo menos uma vez por semana), o 20º item é respondido numa escala de Likert de 4 pontos (1= Só às refeições a 4= Quase sempre) e o item 21 é respondido numa escala de Likert de 8 pontos (1=Como tudo o que quero quando quero a 8= Limito constantemente a minha ingestão de alimentos, “nunca cedo”), avaliando o grau de contenção alimentar do participante.

A escala avalia três dimensões distintas do comportamento alimentar, sendo elas: o controlo cognitivo da ingestão alimentar (*Cognitive Restraint*), que corresponde ao esforço

consciente para restringir a ingestão alimentar com o objetivo de controlar o peso (itens 1, 5, 11, 17, 18 e 21); a alimentação emocional (*Emocional Eating*), referindo-se à tendência para comer em resposta a estados emocionais conotados como negativos, como a ansiedade, tristeza ou solidão (itens 2, 4, 7, 10, 14 e 16); a alimentação descontrolada (*Uncontrolled Eating*), referente à tendência para comer em excesso devido à perda de controlo ou fome subjetiva intensa (itens 3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19 e 20).

Cada dimensão é obtida através da soma dos itens que a compõe, sendo possível interpretar pontuações mais elevadas como indicadores de maior presença daquele tipo de comportamento alimentar. Os alfas de cronbach calculados para cada subescala tiveram os seguintes resultados: 0.922 para a subescala “Alimentação emocional”; 0.839 para a subescala “Controlo cognitivo de ingestão alimentar”; e 0.864 para a subescala “Alimentação descontrolada” (Anexo E).

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale 20 itens)

De forma a medir a variável da alexitímia, foi utilizada a Toronto Alexithymia Scale – versão de 20 itens (TAS-20) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994), validada para Portugal por Veríssimo (2001). Esta escala é composta por 20 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (Discordo totalmente a Concordo totalmente).

A escala avalia três dimensões fundamentais deste constructo: a dificuldade em identificar sentimentos- F1 (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14); a dificuldade em descrever sentimento s- F2 (itens 2, 4, 11, 12 e 17) – sendo que, neste constructo, foi retirado o item 4 da cotação final pois, ao trabalhar na análise dos dados, este item teria uma correlação negativa com a escala, prejudicando o valor do alfa de cronbach desta subescala; e o pensamento orientado para o exterior- F3 (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20) – visto que, também neste constructo, terá sido retirado o item 5 da cotação final pois, ao trabalhar na análise dos dados, este item teria uma correlação negativa com a escala, prejudicando o valor do alfa de cronbach desta subescala. Tendo em conta que os itens 4,5,10,18 e 19 devem ser pontuados de forma inversa.

Cada dimensão é obtida através da soma dos itens que a compõe, sendo possível interpretar pontuações mais elevadas como indicadores de maior presença de alexitímia no participante. Os alfas de cronbach calculados para cada subescala tiveram os seguintes resultados: 0.85 para a subescala “Dificuldade em identificar sentimentos”;); 0.710 para a

subescala “Dificuldade em descrever sentimentos; e 0.591 para a subescala “Pensamento orientado para o exterior” (Anexo F).

MAIA (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness)

Para medir a variável da interocepção foi utilizado o instrumento Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), originalmente desenvolvido por Mehling et al. (2012) e validado para a população portuguesa por Machorrinho, Veiga, Fernandes, Mehling e Marmeleira (2018). Apesar da escala original ser composta por 32 itens distribuídos por oito dimensões, a validação portuguesa resultou numa estrutura de 33 itens respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos (0= Nunca a 5= Sempre) distribuídos por sete dimensões que os sustentam: “notar”, referente à percepção de sensações corporais desconfortáveis, agradáveis ou neutras (itens 1, 2 e 3); “não se distrair”, referente à tendência para não se distrair de sensações negativas, como dor ou desconforto (itens 4,5,6,7); “não se preocupar”, relativa à capacidade de manter o equilíbrio emocional perante sensações negativas (itens 8,9,10,11); “regulação atencional”, referente à capacidade de focar e sustentar a atenção nas sensações corporais (itens 12,13,14,15,16,17,18); “consciência emocional”, relativa à percepção das alterações fisiológicas associadas aos estados emocionais (itens 19,20,21,22,23); “auto-regulação”, referente à capacidade de usar conscientemente a informação corporal para regular emoções ou orientar ações (itens 24,25,26,27,28,29,30); e “confiar”, que remete para a percepção do corpo como um lugar seguro e fiável (itens 31,32,33). É de notar que os itens das subescalas “não se distrair” (4,5, 6, e 7) e “não se preocupar” (8 e 11) são pontuados de forma inversa.

A pontuação de cada dimensão é obtida através da soma da média dos itens que a compõe, sendo que os valores mais elevados indicarão níveis mais altos de consciência interoceptiva. Os alfas de cronbach calculados para cada subescala tiveram os seguintes resultados: 0.828 para a subescala “Confiar”; 0.870 para a subescala “Auto-regulação”; 0.854 para a subescala “Regulação atencional”; 0.756 para a subescala “Não se preocupar”; 0.853 para a subescala “Não se distrair”; e 0.719 para a subescala “Notar” (Anexo G).

Controlo do Índice de Massa Corporal (IMC ou BMI = *Body Mass Index*)

O índice de Massa Corporal (IMC) foi incluído nas análises como uma variável de controlo. Este valor foi calculado a partir do peso e da altura reportada pelos participantes no

questionário, através da divisão do peso do indivíduo (em kg), pelo quadrado da sua altura, em metros.

Como sugere a literatura, o peso corporal e a forma como os indivíduos se percebem fisicamente podem influenciar várias das variáveis deste estudo, como o stress percebido, a Interocepção e até as estratégias de coping orientadas para o Comportamento Alimentar. Assim, ao incluir o IMC no modelo, conseguimos evitar que as relações observadas entre as variáveis principais não sejam apenas explicadas pelas diferenças no peso ou na composição corporal.

Resultados

Análise descritiva

A análise dos dados recolhidos foi obtida com recurso ao programa de software Jamovi. As estatísticas descritivas dos participantes que compõem a amostra final do estudo apresentam-se representadas abaixo na Tabela 1 e 2. Na Tabela 1, as características sociodemográficas descritas são as de “Género” e “Nível de escolaridade”, enquanto na Tabela 2 (Anexo I), as características sociodemográficas são as de “Peso”, “Altura”, “IMC” e “Idade”. As estatísticas descritivas relativas às variáveis do estudo (i.e., stress percebido, alexitímia, interocepção, comportamento alimentar e IMC) estão representadas abaixo, na Tabela 3 (Anexo H), e apresentam valores de curtose e assimetria dentro dos limites estabelecidos para cumprir os pressupostos de normalidade para a aplicação de testes paramétricos. Para testar o papel preditor do stress percebido, alexitímia e interocepção no comportamento alimentar, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, com recurso ao módulo Regression do programa Jamovi (versão 2.6.26).

Tabela 1. *Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra.*

Características	n	%
Sociodemográficas		
Género		
Feminino	187	
Masculino	66	

Não Binário	0	0
Prefiro não dizer	0	0
Nível de escolaridade		
1º ciclo (do 1º ao 4º ano de escolaridade)	0	0
2º ciclo (do 5º ao 6ºano de escolaridade)	0	0
3ºciclo (do 7º ao 9º ano de escolaridade)	5	2.0
Ensino secundário (do 10º ao 12º ano de escolaridade)	29	11.5
Licenciatura	121	47.8
Mestrado	91	36.0
Doutoramento	7	2.8

Tabela 2. Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra para computação do índice de massa corporal

Características Sociodemográficas	n	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
Peso (kg)	253	64.9	14.1	41.0	130
Altura (cm)	253	167	8.69	149	187
IMC	253	23.2	3.95	16.7	45.0

Tabela 3. *Descrição dos instrumentos utilizados.*

	Média	Desvio Padrão	Mín.	Max.
PSS - 10				
Stress Percebido	17.5	6.79	0.00	34.0
TAS- 20				
Alexitímia	41.9	11.6	20.00	75.00
MAIA				
Interocepção	19.9	4.11	6.04	31.8
TFEQ-21				
Alimentação Descontrolada	20.1	3.74	13.00	31.00
Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar	14.2	4.24	6.00	24.00
Alimentação Emocional	12.1	4.65	6.00	24.00

Análise das Correlações entre as variáveis preditoras do Comportamento Alimentar

As análises de correlação revelaram associações entre as variáveis presentes no estudo (entre as subescalas e escalas totais dos instrumentos utilizados), como podemos verificar através da Tabela 4 (Anexo J), abaixo indicada. Entre estas correlações, apresentamos as que se demonstraram significativas.

Correlações entre as três subescalas de TFEQ-21

Subescala de Alimentação Descontrolada: correlacionou-se de forma significativa e positiva com a subescala de Alimentação Emocional ($r = .617, p < .001$), indicando que um indivíduo que apresente maior a tendência para uma alimentação descontrolada, tenderá também a recorrer à alimentação em resposta a estados emocionais; correlacionou-se de forma significativa e negativa com a escala MAIA ($r = -.227, p < .001$), o que indica que quanto maiores os níveis de interocepção que um indivíduo possa apresentar, menor tende a ser a ocorrência de comportamentos cujo o tipo de alimentação é descontrolada; correlacionou-se de forma significativa e positiva com a escala TAS-20 ($r = .258, p < .001$), sugerindo que os indivíduos com níveis mais elevados de alexitímia terão maior tendência para comportamentos de alimentação descontrolada; correlacionou-se, ainda, de forma significativa e positiva com a escala PSS-10 ($r = .339, p < .001$), indicando que um indivíduo com níveis mais elevados de stress percebido terá maior propensão para comportamentos de alimentação descontrolada.

Subescala de Alimentação Emocional: correlacionou-se de forma significativa e positiva com a escala TAS-20, ($r = .198, p = .002$), sugerindo que níveis mais elevados de alexitímia estarão associados a uma maior tendência para comportamentos de alimentação em resposta a estados emocionais; correlacionou-se de forma significativa e positiva com a escala PSS-10, ($r = .352, p < .001$), indicando que níveis mais elevados de stress percebido estarão associados a uma maior propensão para comportamentos de alimentação em resposta a estados emocionais; e correlacionou-se, ainda, de forma significativa e negativa com a escala MAIA, ($r = -.194, p = .002$), o que indica que quanto maiores os níveis de interocepção que um indivíduo possa apresentar, menor tende a ser a ocorrência de comportamentos cujo o tipo de alimentação existe em resposta a estados emocionais;

Subescala de Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar: Correlaciona-se de forma significativa e positiva com a subescala de Alimentação Emocional ($r = .267, p < .001$), sugerindo que os indivíduos cujos níveis de controlo cognitivo sobre a ingestão alimentar forem mais elevados tenderão a estar associados a níveis mais elevados de alimentação emocional.

Correlações entre as escalas MAIA, TAS-20 e PSS-10

A escala MAIA que se correlacionou de forma significativa e negativa com a escala TAS-20 ($r = -.377, p < .001$) e com a escala PSS-10 ($r = -.341, p < .001$), indicando que um

indivíduo que apresente níveis mais elevados de interocepção tenderá a apresentar níveis mais baixos de alexitímia e de stress percebido;

A escala TAS-20 que correlacionou de forma significativa e positiva com a escala PSS-10 ($r = .479, p < .001$), sugerindo que níveis mais elevados de alexitímia estão associados a níveis mais elevados de stress percebido;

Tabela 4. *Correlações entre as subescalas e escalas totais dos instrumentos.*

Variáveis		PSS-10	TFEQ-21 Alimentação descontrolada	TFEQ-21 Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar	TFEQ-21 Alimentação Emocional	TAS-20	MAIA
PSS-10	R de Pearson	—					
	gl	—					
	p-value	—					
TFEQ-21 Alimentação descontrolada	R de Pearson	0.339	—				
	gl	251	—				
	p-value	<.001	—				
TFEQ-21 Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar	R de Pearson	0.059	0.081	—			
	gl	251	251	—			
	p-value	0.352	0.202	—			
TFEQ-21 Alimentação Emocional	R de Pearson	0.352	0.617	0.267	—		
	gl	251	251	251	—		
	p-value	<.001	<.001	<.001	—		
TAS-20	R de Pearson	0.479	0.258	-0.058	0.198	—	
	gl	251	251	251	251	—	
	p-value	<.001	<.001	0.358	0.002	—	
MAIA	R de Pearson	-0.341	-0.227	-0.046	-0.194	-0.377	—
	gl	251	251	251	251	251	—
	p-value	<.001	<.001	0.465	0.002	<.001	—

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$

Análise das Regressões entre as variáveis predictoras do Comportamento Alimentar

Foi realizada a análise de uma regressão linear múltipla com o objetivo de examinar a contribuição do Índice de Massa Corporal (IMC), da alexitimia (instrumento TAS-20), da interocepção (instrumento MAIA) e do stress percebido (instrumento PSS-10) na predição de cada uma das subescalas do instrumento TFEQ-21 (Alimentação Descontrolada, Controle Cognitivo da Ingestão Alimentar, e Alimentação Emocional).

Subescala de Alimentação Descontrolada: apresentada na Tabela 5 (Anexo K), verifica-se que este modelo revelou um ajustamento global moderado, com um R^2 ajustado = .161, sugerindo que cerca de 16% da variância desta dimensão é explicada em conjunto pelos preditores incluídos no modelo. Em relação à análise das estatísticas de colinearidade, os valores de VIF encontram-se entre 1.01 e 1.40, indicando a ausência de multicolinearidade entre os preditores, e conseqüente adequação dos dados aos pressupostos do modelo. No que diz respeito aos coeficientes individuais, verificou-se que o IMC ($\beta = 0.1987$, $t = 3.43$, $p < .001$) e o stress percebido (PSS-10 Total) ($\beta = 0.2591$, $t = 3.86$, $p < .001$) se demonstraram preditores significativos positivos da subescala de Alimentação Descontrolada do Instrumento TFEQ-21, sugerindo que valores mais elevados de IMC e de stress percebido estarão mais associados a níveis mais elevados de um tipo de comportamento de alimentação descontrolada.

Subescala de Controle Cognitivo da Ingestão Alimentar: apresentada na Tabela 6 (Anexo L), verifica-se um modelo com um ajustamento global fraco, apresentando um R^2 ajustado = .0261, o que indica que cerca de 2.6% da variância desta dimensão é explicada em conjunto pelos preditores incluídos no modelo. Quanto à análise das estatísticas de colinearidade, verificamos valores de VIF entre 1.01 e 1.40, sugerindo ausência de multicolinearidade significativa entre os preditores e, conseqüente adequação dos dados aos pressupostos do modelo. Em relação aos coeficientes individuais, verificou-se que o IMC ($\beta = 0.1603$, $t = 2.566$, $p = 0.011$) foi um preditor significativo e positivo da subescala de Controle Cognitivo da Ingestão Alimentar, sugerindo que à medida que os indivíduos em que o IMC aumenta, tenderão também a aumentar o Controle Cognitivo exercido sobre a Ingestão Alimentar.

Subescala de Alimentação Emocional: apresentada na Tabela 7 (Anexo M), demonstra um modelo com um ajustamento global moderado, apresentando um R^2 ajustado = .190, o que significa que cerca de 19% da variância desta dimensão é explicada em conjunto pelos

preditores incluídos no modelo. No que diz respeito à análise das estatísticas de colinearidade demonstra-se que os valores de VIF entre 1.01 e 1.40, indicam ausência de multicolinearidade significativa entre os preditores e, por isso, adequação dos dados aos pressupostos do modelo. Quanto aos coeficientes individuais, verificou-se que o IMC ($\beta = 0.2700$, $t = 4.739$, $p < .001$) e o stress percebido (PSS Total) ($\beta = 0.3180$, $t = 4.827$, $p < .001$) foram preditores significativos e positivos da subescala de Alimentação Emocional, sugerindo que valores mais elevados de IMC num indivíduo, juntamente com valores mais elevados de stress percebido estarão associados a uma maior tendência para recorrer à alimentação em resposta a estados emocionais.

Tabela 5. *Coefficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Descontrolada*

Preditor	β	Erro-padrão	t	p-value
Intercepto		2.2453	5.91	<.001
IMC	0.1987	0.0548	3.43	<.001
TAS-20	0.1116	0.0221	1.64	0.103
MAIA	-0.0854	0.0580	-1.34	0.182
PSS-10	0.2591	0.0369	3.86	<.001

Tabela 6. *Coefficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar*

Preditor	β	Erro-padrão	t	p-value
Intercepto		2.7400	4.324	<.001
IMC	0.1603	0.0669	2.566	0.011
TAS-20	-0.1153	0.0269	-1.569	0.118
MAIA	-0.0467	0.0707	-0.680	0.497
PSS-10	0.1001	0.0451	1.387	0.167

Tabela 7. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Emocional

Preditor	β	Erro-padrão	t	p-value
Intercepto		2.7460	0.559	0.576
IMC	0.2700	0.0671	4.739	<.001
TAS-20	0.0381	0.0270	0.569	0.570
MAIA	-0.0562	0.0709	-0.897	0.371
PSS-10	0.3180	0.0452	4.827	<.001

Discussão

O objetivo principal deste estudo é perceber de que forma o Comportamento Alimentar pode ser predito pelas variáveis do Stress Percebido, Alexitímia e Interocepção. Os resultados obtidos vão, na sua maioria, de encontro às hipóteses propostas neste estudo.

As análises de correlação mostraram um conjunto de associações coerentes com o que se encontra descrito na literatura. Observou-se uma correlação positiva e significativa entre o Stress Percebido (medido através do instrumento *PSS-10*) e as dimensões de Alimentação Emocional e Descontrolada (medidas através das subescalas do instrumento *TFEQ-21*), indicando que quanto maior o nível de Stress subjetivamente percecionado, maior a tendência que os indivíduos têm ao recorrerem à comida como forma de lidar com estados emocionais negativos ou da perda de controlo alimentar. Esta relação tem sido amplamente documentada, nomeadamente em estudos que destacam o papel do Stress Percebido como fator precipitante de estratégias de *coping* mal adaptativas, incluindo o recurso à alimentação como forma de regulação emocional (Bourdier et al., 2018; Carpio-Arias et al., 2022; De Pasquale et al., 2021; Ngan et al., 2017).

A Alexitímia (medida através do instrumento *TAS-20*) também apresentou correlações positivas e significativas com o Stress Percebido e com as subescalas de Alimentação Emocional e Descontrolada, sugerindo que os indivíduos com maior dificuldade em identificar e expressar emoções são igualmente mais propensos a experienciar níveis elevados de stress e a adotar padrões alimentares menos adaptativos. Tais evidências corroboram as investigações

de Corstorphine (2006) e Cooper et al. (2004), que identificaram que a Alexitímia — ao limitar o reconhecimento e a expressão emocional — favorece a adoção de estratégias de *coping* baseadas no evitamento, como comer em resposta a emoções negativas ou usar a comida como substituto da regulação emocional.

Por outro lado, verificou-se que a Interocepção (medida através do instrumento *MAIA*) se correlacionou negativamente com o Stress Percebido e Alexitímia, o que sugere que níveis mais elevados de uma consciência dos sinais corporais internos estarão associados a uma menor percepção de Stress e a uma maior capacidade de identificar e diferenciar emoções. Este resultado encontra-se em consonância com a literatura que descreve a Interocepção como um processo essencial de ligação entre corpo e a mente, sustentando a homeostase emocional (Critchley, 2004; Critchley & Garfinkel, 2017). Os indivíduos com défices interoceptivos tendem a apresentar maior reatividade emocional e dificuldades na auto-regulação (Barrett et al., 2015; Quadt, Critchley & Garfinkel, 2018), o que pode ajudar a explicar a relação inversa encontrada entre a Interocepção e as dimensões de Stress Percebido e Alexitímia.

Também se observou uma correlação negativa e significativa entre Interocepção e a subescala de Alimentação Emocional/Descontrolada, sugerindo que uma maior capacidade de perceber e interpretar corretamente sinais internos do corpo (como fome e saciedade) estará associada a comportamentos alimentares mais adaptativos. Estes resultados alinham-se com os dos estudos que destacam a importância da consciência interoceptiva na alimentação intuitiva e na regulação adequada da ingestão alimentar (Hunot et al., 2016; Camilleri et al., 2016; Buckland et al., 2019).

As análises de regressão linear múltipla permitiram aprofundar o papel preditor das variáveis principais sobre o Comportamento Alimentar.

No modelo de regressão em que a variável dependente foi a subescala do Comportamento Alimentar, “Alimentação Descontrolada”, verificou-se que o Stress Percebido e o Índice de Massa Corporal (IMC) foram preditores significativos e positivos desta dimensão. Estes resultados indicam que os indivíduos que percebem níveis mais elevados de Stress e apresentam valores mais altos de IMC têm maior propensão para perder o controlo sobre a ingestão alimentar. O Stress Percebido parece, assim, atuar como um desencadeador de respostas impulsivas relacionadas com a alimentação, consistentes com o modelo de *coping* emocional proposto por Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual os indivíduos recorrem a estratégias comportamentais (como comer) para aliviar o desconforto associado ao stress.

No que diz respeito à subescala de “Alimentação Emocional”, como variável dependente, observou-se, também, que o Stress Percebido e o IMC foram preditores significativos e positivos, explicando cerca de 19% da variância desta dimensão. Estes resultados reforçam a hipótese de que o Stress Percebido exerce uma influência direta sobre a tendência de recorrer à comida em resposta a emoções negativas. Esta observação encontra-se em concordância com os estudos de De Pasquale et al. (2021) e Carpio-Arias et al. (2022), que identificaram a alimentação emocional como uma das principais estratégias compensatórias em contextos de elevada pressão emocional, sendo que este efeito já teria sido verificado, também, em estudos efetuados durante a pandemia da COVID-19.

Por outro lado, a Interocepção, embora não tenha surgido como preditor significativo nas regressões, revelou direções negativas consistentes, sugerindo um papel protetor potencial na relação entre Stress Percebido e o Comportamento Alimentar. Este padrão sugere que uma melhor capacidade interoceptiva — mesmo que não exerça um efeito direto robusto — pode atenuar a intensidade da resposta alimentar ao stress, funcionando como moderador na forma como os indivíduos interpretam e reagem aos seus estados fisiológicos (Critchley & Garfinkel, 2017).

Relativamente à Alexitímia, apesar de não se ter mostrado um preditor estatisticamente significativo nos modelos de regressão, os seus efeitos indiretos observados nas correlações com o Stress Percebido, e com o Comportamento Alimentar sugerem que esta variável atua como um mediador parcial da relação entre Stress Percebido e a Alimentação Descontrolada. A literatura tem destacado precisamente este papel mediador da Alexitímia, na medida em que as dificuldades em identificar emoções comprometem a capacidade de lidar de forma adaptativa com situações de stress, conduzindo a respostas de coping menos adaptativas (Taylor et al., 1997; Silva & Vasco, 2010; Nowakowski, McFarlane & Cassin, 2013).

O modelo explicativo global aponta, portanto, para uma relação dinâmica e interdependente entre Stress Percebido, Alexitímia e Interocepção na predição do Comportamento Alimentar. O Stress Percebido emerge como o fator desencadeante central, enquanto a Alexitímia e a baixa Interocepção representam vulnerabilidades emocionais e corporais que amplificam a propensão para estratégias alimentares menos adaptativas.

Em suma, os resultados obtidos são consistentes com o modelo teórico proposto na revisão da literatura, segundo o qual baixos níveis de Interocepção e elevados níveis de Alexitímia aumentam a vulnerabilidade ao Stress, levando ao uso do Comportamento

Alimentar como mecanismo compensatório de coping. Em concordância com os estudos de Critchley (2004) e Garfinkel et al. (2015), a consciência interoceptiva permite que o indivíduo reconheça as suas sensações internas (como fome, saciedade e tensão corporal), funcionando como uma base fisiológica para a autorregulação emocional. Quando esta capacidade se encontra comprometida, as respostas emocionais tendem a ser interpretadas de forma ambígua, de modo ainda mais abrupto quando o indivíduo revela traços alexitímicos, sendo que esta combinação originará uma confusão dos sinais emocionais com os corporais (Taylor et al., 1997; Silva & Vasco, 2010). Neste contexto, os indivíduos com funcionamento alexitímico elevado (Silva, Vasco & Watson, 2013a) parecem recorrer mais frequentemente à comida como forma de reduzir o desconforto emocional, não por fome real, mas pela dificuldade em diferenciar os estados internos. Tal como salientou Corstorphine (2006), este ciclo de evitação emocional é auto-reforçado: quanto mais o indivíduo evita o contacto com as suas emoções, mais tende a reforçar o comportamento alimentar como estratégia de regulação.

Por sua vez, a associação entre Stress Percebido e alimentação emocional observada neste estudo reflete o que Lazarus e Folkman (1984) denominaram de *coping centrado na emoção*, em que a pessoa procura reduzir o desconforto subjetivo sem necessariamente resolver a fonte do stress. O ato de comer, nestes casos, serve como um alívio momentâneo, mas tende a perpetuar o ciclo de insatisfação corporal e regulação emocional mal adaptativa (Brytek, 2006; Forbush & Watson, 2006).

Desta forma, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de compreender o Comportamento Alimentar não apenas como uma resposta fisiológica à fome, mas como uma estratégia emocional complexa, influenciada por processos interoceptivos, cognitivos e afetivos.

Limitações e sugestões para estudos futuros

Apesar dos resultados significativos, o presente estudo apresenta algumas limitações que sugiro ser consideradas. Em primeiro lugar, o formato online do questionário bastante extenso (com quase 100 itens de resposta), embora necessário para abranger as escalas das variáveis, pode ter contribuído para alguma taxa de desistência, refletida na diferença entre a amostra inicial (n = 408) e a final (n = 253), uma vez que terá reduzido a motivação para o completar.

Além disso, o estudo utilizou instrumentos de autorrelato, o que implica que as respostas dependem da percepção subjetiva dos participantes, podendo estar sujeitas a

enviesamentos de desejabilidade social ou de autoconsciência. Estudos futuros poderão beneficiar de metodologias complementares, como avaliações fisiológicas interoceptivas (e.g., *heartbeat tracking task*), ou abordagens longitudinais que permitam explorar a direcionalidade causal entre as variáveis.

Outra limitação relaciona-se com o facto do estudo ter analisado a vinculação entre variáveis de forma dimensional e não categorial, não permitindo, por exemplo, distinguir perfis específicos de funcionamento emocional ou interoceptivo. Estudos subsequentes poderão também incluir variáveis moderadoras, como o género, o nível de escolaridade ou a presença de psicopatologia, dada a evidência de que estas dimensões influenciam as respostas ao stress e o comportamento alimentar (Ngan et al., 2017; Costa, 2022).

Por fim, sugere-se que investigações futuras explorem intervenções baseadas na consciência corporal e regulação emocional — como o *mindfulness* ou terapias focadas na interocepção — enquanto estratégias preventivas e terapêuticas para indivíduos com dificuldades na identificação emocional e tendência para comportamentos alimentares mal adaptativos (Critchley & Garfinkel, 2017; Robinson et al., 2021).

Conclusão

Globalmente, os resultados deste estudo contribuem para a compreensão da relação entre Stress Percebido, Alexitímia, Interocepção e Comportamento Alimentar, demonstrando que níveis elevados de Stress Percebido estão associados a padrões de um tipo de alimentação mal adaptativa, e que a Interocepção pode desempenhar um papel protetor, enquanto a Alexitímia constitui um fator de vulnerabilidade. Estes resultados reforçam a importância de promover a literacia emocional e a consciência corporal como estratégias centrais na prevenção de perturbações alimentares e na promoção da saúde psicológica.

Referências Bibliográficas

- Alvarenga, M. dos S., Figueiredo, M. C., Timerman, F., & Antonaccio, C. (2019). *Nutrição comportamental* (2.^a ed.). Manole.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barattucci, M. (2011). Eating behavior, emotions and body image. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2119–2123. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.412>
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., Hamilton, P., & Lindquist, K. (2015). How is the feeling of fear made? In *The nature of emotion: Fundamental questions* (2nd ed., pp. 226–233). Oxford University Press. (como citado em Ferreira & Vieira, s.d.)
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), 5.
- Bourdier, L., Thinès, P., Mierzejewski, P., Ziegler, M., Luyat, M., & Tardieu, S. (2018). Emotional eating in healthy subjects: The role of alexithymia and impulsivity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 411–418. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0414-2>
- Buckland, N. J., Swinerton, L. F., Ng, K., Price, M., Wilkinson, L. L., Myers, A., Dalton, M., & Finlayson, G. (2019). Susceptibility to eating in response to food-cues and high-fat foods, and future weight gain: A narrative review of evidence from prospective cohort studies. *Obesity Reviews*, 20(11), 1512–1523. <https://doi.org/10.1111/obr.12927>
- Carpio-Arias, T. V., Montero-Mateo, R., Gavilánez-Azúa, J. E., Navarrete-Villacís, M. M., & Carpio-Arias, T. V. (2022). Cambios en la alimentación y estrés percibido en estudiantes universitarios de Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 312–319. <https://doi.org/10.20960/nh.03720>

- Carpio-Arias, T. V., Solís Manzano, A. M., Sandoval, V., Vinueza-Veloz, A. F., Rodríguez Betancourt, A., Betancourt Ortíz, S. L., & Vinueza-Veloz, M. F. (2022). Relationship between perceived stress and emotional eating: A cross-sectional study. *Clinical Nutrition ESPEN*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.03.012>
- Cooper, M., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa: The maintenance of bulimia nervosa and its treatment. In J. Cooper & R. Todd (Eds.), *Cognitive therapy for eating disorders: A transdiagnostic approach* (pp. 65–100). Guilford Press.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448–461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Costa, C. N. R. da. (2022). *Comportamento alimentar e risco de perturbações do comportamento alimentar em estudantes de ensino superior* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/145676>
- Critchley, H. D., & Garfinke, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020> (como citado em Ferreira & Vieira, s.d.)
- De Lima, D. V. M. (2011). Desenhos de pesquisa: Uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(2).
- De Pasquale, C., Sciacca, F., & Hichy, Z. (2021). Eating disorders and related behaviours during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 730206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730206>
- Dias, E. N., & Pais Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

- Dias, P., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). Stress e saúde: Revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 37(2), 221–233. <https://doi.org/10.14417/ap.1568>
- Diggins, K. E., Woods-Giscombe, C. L., & Waters, S. J. (2015). Stress, eating behavior, and obesity: A review of the literature. *Annual Review of Nursing Research*, 33(1), 53–78. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.33.53>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>
- Gonçalves, S. F., Machado, B. C., & Machado, P. P. (2011). O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 280–297.
- Hewagalamulage, S. D., Lee, T. K., Clarke, I. J., Henry, B. A., & Lin, S. (2016). Stress, cortisol, and eating behaviour: A systematic review. *Hormone and Metabolic Research*, 48(12), 787–795. <https://doi.org/10.1055/s-0042-117070>
- Hoek, H. W. (2002). Distribution of eating disorders. In *Handbook of eating disorders* (pp. 11–18). Wiley.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
- Hunot, C., Fildes, A., Croker, H., & Wardle, J. (2016). Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite*, 105, 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.024>

- Jáuregui Lobera, I., Estébanez, S., Santiago Fernández, M. J., Álvarez Bautista, E., & Garrido, O. (2009). Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 220–226. <https://doi.org/10.1002/erv.920>
- Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and sexual abuse and eating disorders: Role of alexithymia and emotional inhibition. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 86–100. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.1.86>
- Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2005). The role of disordered eating, sociocultural influences, and psychological variables in the relationship between body dissatisfaction and symptoms of bulimia nervosa. *Body Image*, 2(4), 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.004>
- Ngan, S. W., Chern, B. C. K., Rajarathnam, D. D., Balan, J., Hong, T. S., & Tiang, K.-P. (2017). The relationship between eating disorders and stress among medical undergraduate: A cross-sectional study. *Open Journal of Epidemiology*, 7(2), 81–94. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2017.72008>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Alexithymia and treatment outcome in psychiatric disorders: A review. *Psychiatry Research*, 190(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.043>
- Oliveira, A., & Oliveira, T. (2011). *Elementos de estatística descritiva*. Universidade Aberta.
- Patrícia, A., Sousa, M., & Ribeiro Da Silva. (2016). *Alexitimia e implicações no processo terapêutico: A visão do terapeuta* [Trabalho de Mestrado, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/27551/1/ulfpie051263_tm.pdf
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>

- Pollatos, O., Herbert, B. M., Schandry, R., & Gramann, K. (2008). Impaired interoceptive awareness in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 589–594. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.011>
- Porges, S. (1993). *Body Perception Questionnaire*. Laboratory of Developmental Assessment, University of Maryland.
- Quadt, L., Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2018). The neurobiology of interoception in health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 112–128. <https://doi.org/10.1111/nyas.13915>
- Radwan, H., Al Kitbi, M., Hasan, H., Al Awar, S., & Rizk, R. (2025). The association of binge eating with internet addiction, body shape concerns, and BMI among university students in the United Arab Emirates. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01205-1>
- Robinson, E., Marty, L., Higgs, S., & Jones, A. (2021). Interoception, eating behaviour and body weight. *Physiology & Behavior*, 237, 113434. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113434>
- Schandry, R. (1981). Heart beat perception and emotional experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483–488. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1981.tb02486.x>
- Silva, D. R., & Vasco, A. B. (2010). Alexitimia, dificuldades na regulação emocional e sintomas psicopatológicos: Um estudo com uma amostra comunitária. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 460–469. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300005>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Revista Psychologica*, 53, 353–378.
- Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>

Whitehead, W. E., & Drescher, V. M. (1980). Perception of gastric contractions and self-control of gastric motility. *Psychophysiology*, 17(6), 552–558. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1980.tb02299.x>

Anexos

Anexo A- Revisão Bibliográfica

Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar pode ser definido como um conjunto de cognições e afetos que regem as ações e condutas alimentares humanas e expressa o conceito que é designado por alimentação (o que como, quando como, de que forma, em que alturas, quem tenho por perto quando o faço, que alimentos seleciono e os aspetos referentes ao preparo da comida), e ainda consegue refletir as interações entre o estado fisiológico, psicológico e o ambiente externo no qual o individuo vive (Alvarenga et al., 2019). Este acaba por ser moldado por aspetos nutricionais, demográficos, económicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos do individuo ou da comunidade onde se insere (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

No entanto, o comportamento alimentar pode variar de acordo com as diferentes fases de vida: por exemplo, nos bebés, conseguimos observar que prevalecem as necessidades biológicas e de apaziguamento emocional, utilizando a comida como meio para atingir esse fim, enquanto que, ao longo da vida adulta, acrescentam-se a estes fatores que permanecem, acrescentam-se as crenças, atitudes e cognições acerca de todos os fatores socioculturais mencionados anteriormente que contribuem para a escolha/maneira como os seres humanos se passam a alimentar (Alvarenga, Figueiredo, Timerman, & Antonaccio, 2019).

Perturbações de Comportamento Alimentar (PCA)

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) caracterizam-se por atitudes distorcidas que envolvem a alimentação ou o controlo do peso, e que comprometem significativamente a saúde física e/ou o funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, 2013). A sua origem é reconhecida como multifatorial, envolvendo desde componentes biológicos aos psicológicos, socioculturais e familiares (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016), manifestando-se ainda na infância ou adolescência, prolongando-se até à idade adulta (Bandeira et al., 2016).

As PCA's têm vindo a demonstrar uma distribuição desigual ao longo do tempo entre as diferentes culturas, tendo sido mais verificadas em mulheres jovens em contextos ocidentais e industrializados (Hoek, 2002, 2006). A ideia obsessiva da magreza – aspeto fulcral para quem

sofre destas perturbações— surge como ideal dominante, ironicamente, em sociedades onde há maior abundância de alimentos (Polivy & Herman, 2002). Em contraste, em culturas menos prosperas em alimentos, o excesso de peso é ainda associado a valores positivos como fertilidade ou prosperidade.

PCA's mais comuns

Os distúrbios alimentares são considerados perturbações psicológicas (Hoek & van Hoeken, 2003). Entre as mais comuns, encontram-se a *Anorexia Nervosa*, a *Bulimia Nervosa* e a *Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva*. A primeira perturbação, refere-se à perda de peso excessiva, um tipo comportamento alimentar desordenado que leva à desnutrição. Já a bulimia nervosa, poderá ser caracterizada por episódios de ingestão alimentar compulsiva seguidos de comportamentos compensatórios, como o vômito (purga) autoinduzido ou o uso de comprimidos laxantes, de forma a evitar o ganho de peso, seguido de sentimentos exacerbados de culpa e depressão (American Psychiatric Association, 2013). Por ultimo, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva rege-se por episódios frequentes de ingestão descontrolada de alimentos que estão, geralmente, associados a sentimentos negativos e punitivos sobre o próprio individuo. Esta ultima perturbação não inclui comportamentos compensatórios como o vômito, jejum ou exercício físico em excesso (American Psychiatric Association, 2013).

Incidência das PCA's a nível mundial

A incidência de novos casos de distúrbios alimentares, a nível mundial, tem vindo a aumentar desde a década de 1950 (Lucas et al., 1999). A anorexia nervosa tem-se verificado surgir, mais habitualmente, na adolescência precoce, enquanto a bulimia nervosa surge, geralmente, numa altura ligeiramente posterior, ainda na juventude, sendo mais comum em estudantes universitários (Loh & Sithi, 2008).

O papel do Stress Percebido no Comportamento Alimentar

Entre os vários fatores que levam ao surgimento destas perturbações, destaca-se o stress percebido. O stress é um dos principais fatores que afetam o estilo de vida e os hábitos alimentares. Define-se como um estado de tensão mental ou emocional resultante de situações exigentes constantes

Num estudo realizado a 2 333 adultos equatorianos durante o confinamento pelo COVID-19 (Carpio-Arias et al., 2022), identificaram que o número crescente de mortes pandêmicas, o sobrecarregamento do sistema de saúde e o isolamento social eram grandes causas de preocupação na população geral (Medina, 2020; Gonzalez, 2020; AFP, 2020; Veloz et al., 2021; Paz et al., 2020). Apesar de ainda não estar certa qual a exata associação entre o stress percebido e o comportamento alimentar mal adaptativo, esta verifica-se várias vezes, inclusive neste estudo (Hill et al., 2021). Neste contexto surge o termo “emocional eating” para designar a tendência de alguns indivíduos comerem em resposta às suas emoções em vez de por fome ou saciedade (Bourdier et al., 2018). De acordo com De Pasquale et al. (2021), a comida representou uma experiência compensatória que ajudou a distrair dos sentimentos de incerteza, medo e desespero, causando alterações nos hábitos e comportamentos alimentares durante a pandemia.

Está estudado que em situações tidas como stressantes, uma grande quantidade de cortisol é libertada no eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (Diggins, Woods-Giscombe, & Waters, 2015). Desta forma, uma exposição contínua a fatores stressantes e os desequilíbrios hormonais desencadeiam o aumento do apetite (Hewagalamulage, Lee, Clarke, & Henry, 2016). Apesar dos alimentos ricos em gordura e calorias permitem uma maior libertação de neurotransmissores como a serotonina e a dopamina no sistema de recompensa, a longo prazo estes podem gerar um consumismo exacerbado e descontrolado dos mesmos (Barattucci, 2011).

Deste modo, os comportamentos alimentares, quando mal adaptativos, podem-se transformar em PCA's como formas de lidar com situações stressantes (*coping*). Nem sempre, os estudos relatam que o papel das estratégias de coping nas PCA's é claro (Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000), porém, alguns deles associam diretamente as estratégias de evitamento das emoções aos problemas que envolvem o comportamento alimentar (EAT; Garner & Garfinkel, 1979) e um tipo de auto-imagem corporal mais negativa.

Tem-se vindo a demonstrar que os pacientes com um tipo de comportamento alimentar mal adaptativo estão mais propensos a evitar afeto e consolo do que a aceitar e controlar as suas emoções (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller, & Meyer, 2007). Deste modo, os pacientes com anorexia nervosa têm mostrado pior controlo emocional, menor tendência para uma reinterpretação mais positiva dos eventos para ultrapassar o stress emocional e maior tendência para um estilo evitante (Brytek, 2006). A impulsividade tem sido, também, demonstrada, nos prognósticos destes pacientes, fortemente conectada a estratégias de regulação emocional mal adaptativas (Nagata, Matsuyama, Kirriike,

Iketani, & Oshima, 2000). Ou seja, a dificuldade em reconhecer e identificar as emoções provoca mais stress, conflitos interpessoais e um estilo de comunicação mais hostil, em indivíduos que relatam elevada insatisfação corporal (Forbush & Watson, 2006).

O stress percebido pode afetar a saúde através de processos fisiológicos, ou alterando comportamentos, como os padrões alimentares. Alguns estudos demonstram que pessoas sob stress tendem a consumir mais alimentos calóricos e ricos em gordura, aumentando o risco de obesidade. No entanto, a relação entre stress e alimentação varia: algumas pessoas reduzem a ingestão alimentar (hipofagia), enquanto outras aumentam o consumo de alimentos (hiperfagia) como forma de lidar com o stress. Além da quantidade, o tipo de alimentos consumidos também se altera: várias pessoas sob stress tendem a preferir snacks, alimentos processados e doces, enquanto reduzem o consumo de alimentos saudáveis, como vegetais (Ngan et al., 2017).

Modelos e Avaliação do Stress Percebido

Ao longo da história, proliferaram várias investigações científicas na área do stress, como a biológica, que se centrava nas respostas psicofisiológicas; a psicológica que se focava na forma como o indivíduo avalia os objetos que o pressionam; e a ambientalista que enfatiza as exigências externas (*stressor*).

Seriam, contudo, os contributos de Selye (1936), com as noções de um agente indutor de stress, juntamente com os de Lazarus e Folkman (1984; Lazarus, 1991), que, por sua vez, trouxeram a noção de avaliação/perceção do stress e estratégias de confronto (*coping*).

Este último é o *Modelo Transacional do Stress* que retrata o stress psicológico como um processo dinâmico e relacional entre a pessoa e o ambiente. Isto é, perante uma determinada situação, esta só é considerada “stressante” se a avaliação do indivíduo concluir que as suas exigências excedem os recursos pessoais para lidar com esta de forma eficaz. Esta avaliação ocorre em dois níveis: a avaliação primária (quando a perceção do evento é tida como uma ameaça, perda ou desafio); e a avaliação secundária (que envolve a análise das opções/recursos disponíveis para lidar com a situação).

Desta forma, o conceito de stress percebido passa de ser entendido como uma resposta automática exclusivamente fisiológica, mas como um resultado da perceção subjetiva (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984, cit. em Dias & Pais-Ribeiro, 2019). É com base nestes contributos que o stress deixa de ser considerado um estímulo (*stressor*),

mas passa a ser entendido como um resultado da exposição ao estímulo (Guillet & Hermand, 2006).

O papel da Alexitímia no Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar mal adaptativo não está apenas relacionado com o stress percebido. Existem, também, outras variantes que a enquadram no contexto onde estas surgem.

Concluimos que o ser humano terá de fazer uma avaliação emocional do “objeto stressante” e dos recursos que possui. Se esta avaliação emocional não for a mais adequada ou desenvolvida, o individuo incorre no risco de não entender o que está realmente a sentir e como deve agir perante isso. Neste âmbito, surge o conceito da alexitímia.

A alexitímia é caracterizada pelas dificuldades nos processos de consciência, expressão, diferenciação e regulação emocional, traduzindo-se numa reduzida capacidade em atribuir às emoções a sua função comunicativa e tendencial de ação (e.g., Silva & Vasco, 2010; Taylor, Bagby, & Luminet, 2000). A alexitímia é uma palavra que deriva do Grego – *a* tem um sentido de negação, significa falta ou ausência, *lex* significa palavra, e *thymos* significa emoção ou sentimento – que pode ser traduzida para “sem palavras para os sentimentos” (Freire, 2010).

Este conceito tem vindo a ser desenvolvido, nas ultimas décadas, por vários autores. Originalmente, iniciando-se com Sifneos (1973), de modo a identificar um conjunto de características cognitivas e afetivas típicas de pacientes com patologia somática que demonstravam dificuldades expressas em representar simbolicamente as suas emoções. Foi a partir deste autor que o conceito passou a ser explorado, sendo que, Taylor, Bagby e Parker (1997) tentaram chegar a uma definição consensual de alexitímia. Estes definiram-na de acordo com três fatores: a dificuldade em identificar sentimentos/emoções; a dificuldade em comunicar os mesmos; e o pensamento orientado para o exterior ao invés do interior (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Propunham, então, que este conceito refletia défices ao nível do pensamento cognitivo e da regulação emocional (Taylor et al., 1997). A perspetiva multifatorial para a existência da alexitímia deverá ser considerada para a entendermos à “luz” dos dias de hoje. Segundo Silva et al., (2013b) os vários fatores a considerar são: os fatores hereditários (e.g., Jørgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007), a qualidade das relações de vinculação na infância (e.g., Taylor et al., 1997; Troisi, D’Argenio, Peracchio, & Petti, 2001) e a exposição a acontecimentos traumáticos (e.g., Freyberger, 1977).

Através de vários estudos começou-se a verificar que a alexitímia estava presente em varias outras perturbações tais como as perturbações de comportamento alimentar (e.g., Petterson, 2004), abuso e dependência de substâncias (e.g., Speranza et al., 2004), perturbações de ansiedade e depressão (e.g., Panayiotu et al., 2015; Zeitlan & McNally, 1993), perturbação de stress pós-traumático (e.g., Hyer, Woods, & Boudewyns, 1991) e perturbações do espectro do autismo (Aaron, Benson, & Park, 2015). Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2011) sugerem que a alexitímia é um constructo dimensional (i.e. as pessoas apresentam um nível ou um grau de alexitímia). Nesta linha de pensamento, Silva, Vasco e Watson (2013a) propõem o uso do termo funcionamento alexitímico em vez de alexitímia.

A maioria dos estudos que se focam nas perturbações de comportamento alimentar, descobriram níveis elevados de alexitímia nestes indivíduos (Sifneos, 1973). Quando avaliadas as características individuais da alexitímia, os indivíduos que padeciam de PCA's tinham vários défices no que toca à identificação e comunicação dos seus sentimentos. Tem, por isso, sendo sugerido que os pacientes que sofrem destas perturbações utilizarão, por consequente, um estilo mal adaptativo do seu comportamento alimentar (i.e. compulsividade alimentar, a purga ou a restrição alimentar) ou o exercício físico em excesso como forme de evitar ou lidar (coping) com as suas emoções, principalmente as sentidas como “negativas” (Cooper, 2005; Cooper, Wells, & Todd, 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Especificamente, num ambiente precoce na infância, onde as emoções são vistas como “inaceitáveis” ou “assustadoras”, o individuo desenvolverá a crença de que as emoções são uma coisa “má” e não deveriam ser experienciadas ou expressadas. Tais crenças começarão a ser ativadas de cada vez que uma emoção é experienciada, o que levará a uma emoção secundaria (i.e., uma emoção como resposta a outra emoção) como a vergonha, a culpa ou a repulsa de experienciar essa emoção. Estas emoções secundarias aumentam o distress e não ajudam o individuo a lidar com o problema em questão, levando-o a engrenar nas PCA's, na tentativa de lidar com as emoções primárias (Corstorphine, 2006).

Até à data, os poucos estudos que procuram examinar a etiologia da alexitímia no comportamento alimentar têm-se focado nos maus-tratos na infância e na personalidade, concluindo que estes estavam indiretamente associados aos sintomas das perturbações de comportamento alimentar pelas suas relações com a alexitímia e a depressão (Hund & Espelage, 2005; Hund & Espelage, 2006; Mazzeo & Espelage, 2002; Mazzeo, Mitchell, & Williams, 2008; Mitchell & Mazzeo, 2005) . Por exemplo, identificaram que, numa amostra de 406 raparigas pré-licenciadas, (Mazzeo & Espelage, 2002) as famílias com grande nível de conflito

e pouca coesão familiar estavam significativamente associadas com o abuso físico e emocional e com a negligência, e que a associação entre os maus-tratos infantis e as PCA's estava sintomatologicamente mediado pela alexitímia e a depressão. No entanto, este padrão de resultados parece variar de acordo com o sexo e a etnia. (Mitchell & Mazzeo, 2005).

O papel da Interocepção no Comportamento Alimentar

Desta forma, a literatura conjuga, várias vezes, a alexitímia e a incapacidade de interpretar não só sinais emocionais, como fisiológicos, como uma das maiores ameaças a estilos de comportamento alimentar saudáveis. Assim, o conceito da interocepção surge de forma a entendermos como é que o ser-humano avalia, interpreta e está consciente destes sinais internos para que melhor entenda as suas necessidades fisiológicas e as saiba distinguir das interpretações erráticas que as levam a comportamentos alimentares mal adaptativos (Critchley, H. D., 2004).

O cérebro, responsável por manter o equilíbrio do organismo, coordena processos vitais como a respiração, digestão ou pressão sanguínea, sendo a interocepção o “elo” entre o corpo e a mente que sustenta a homeostase (i.e., manutenção da estabilidade psicológica) (Critchley, 2004).

A interocepção conta com variadas dimensões que a aprofundam enquanto conceito. Tipicamente, uma “tarefa interoceptiva” requer um participante em estado de repouso (normalmente sentado ou deitado num ambiente de laboratório), para reportar sensações interoceptivas “sentidas” (i.e., cronometrar o batimento cardíaco) (Whitehead & Drescher, 1980). Desta forma, a dimensão de “Precisão Interoceptiva” refere-se à capacidade de um individuo conseguir, objetivamente, identificar sinais internos do corpo, como é o caso da quantidade de batimentos cardíacos por minuto que um individuo consegue contar (i.e. *Heartbeat Tracking Test*). Já a dimensão da “Sensibilidade Interoceptiva”, refere-se à crença subjetiva que um individuo tem sobre a sua própria habilidade de, conscientemente, perceber os sinais corporais de forma acertada, isto é, correspondente à realidade interna do seu corpo (i.e., ter a crença de que a quantidade de batimentos cardíacos que contou num minuto através do HBT corresponde na perfeição à realidade dos seus batimentos cardíacos) (Schandry, 1981). Esta dimensão pode ser testada através de questionários (de percepção corporal; BPQ), (Porges, 1993) ou na confiança avaliada em relação ao próprio desempenho numa tarefa interoceptiva. Já a “Consciência Interoceptiva Metacognitiva”, expressa a percepção sobre a aptidão no

desempenho interoceptivo e é derivada da correspondência entre confiança e precisão. Esta dimensão representa o uso mais apropriado da palavra “consciência” no contexto da interocepção (Garfinkel et al., 2015).

Deste modo, destacamos a recorrente ligação entre a interocepção e o comportamento alimentar, mencionada na literatura. Esta relata que se um indivíduo tiver défices na interocepção (neste caso, sinais internos do corpo, como fome ou saciedade), isso pode fazer com que os sinais internos de apetite tomem menos “peso” nas decisões alimentares. Ou seja, o indivíduo pode ter mais dificuldade em comer de forma intuitiva (alimentar-se quando sente fome e parar quando se sente saciado), por causa da dificuldade em detetar sinais internos de saciedade. Da mesma forma, estes défices podem levar a uma sensação de fome constante (fome como traço) ou a uma resposta de saciedade diminuída ao comer (responsividade à saciedade) (Hunot et al., 2016; Camilleri et al., 2016; Buckland et al., 2019).

Para além disto, sendo que a interocepção também está envolvida com a regulação emocional (Critchley & Garfinkel, 2017), quando os sinais internos de apetite são menos valorizados, o comportamento alimentar poderá passar a ser mais rapidamente guiado pelas emoções (alimentação emocional), especialmente, para os indivíduos que têm tendência a comer em resposta a emoções negativas (Van Strien, 2018; Zamariola et al., 2019).

Contudo, a maioria da investigação até à data sobre o comportamento alimentar ligado à interocepção ainda se tem focado, quase exclusivamente, a patologias clínicas do comportamento alimentar (PCA's, etc) (Jenkinson et al., 2018; Martin et al., 2019) e não tanto na população geral, mais “normativa”.

As três dimensões da interocepção, mencionadas anteriormente, têm-se mostrado particularmente relevantes no contexto das PCA, visto que os indivíduos que padecem das mesmas apresentam, frequentemente, dificuldades em identificar e responder de forma adaptativa a sinais internos como a fome, a saciedade ou os estados emocionais (Garfinkel & Critchley, 2013, como citado em Ferreira & Vieira, s.d.). Por exemplo, têm-se vindo a verificar em vários estudos que os indivíduos com anorexia nervosa ou bulimia nervosa tendem a representar níveis significativamente mais baixos da precisão interoceptiva, sugerindo défices acentuados no que toca a monitorizar e interpretar os estados internos do corpo (Pollatos et al., 2008, como citado em Ferreira & Vieira, s.d.). Esta dificuldade pode contribuir para a manutenção deste tipo de comportamentos alimentares mal adaptativos, visto que a regulação

do comportamento alimentar se torna menos dependente de pistas fisiológicas internas e passa a ser mais influenciada por fatores externos ou cognitivos.

Outro aspeto relevante é que a interocepção, sendo uma função reguladora primária, está intimamente relacionada com a regulação emocional. Assim, indivíduos com dificuldades interoceptivas tendem a experienciar emoções como desconfortáveis ou intrusivas, sem uma compreensão clara da sua origem fisiológica. Tal dificuldade favorece estratégias mal adaptativas de regulação emocional, como o controlo rígido do peso e da alimentação, frequentemente observadas nas PCA (Barrett et al., 2015, como citado em Ferreira & Vieira, s.d.) .

Objetivo do presente estudo

Por fim, o presente estudo pretenderá analisar a relação complexa entre o stress percebido, a alexitímia, a interocepção e o comportamento alimentar, e de que forma este último é predito pelas anteriores variáveis. A interocepção, sendo a capacidade de perceber e interpretar sinais internos do corpo, está frequentemente comprometida em indivíduos que apresentam um tipo de comportamento alimentar mal adaptativo, por estes não conseguirem identificar corretamente estas sensações corporais como: a regulação adequada da fome, saciedade e emoções (Pollatos et al., 2008; Garfinkel & Critchley, 2013, como citado em Ferreira & Vieira, s.d.). Esta limitação apresenta estar intimidante ligada à alexitímia, a dificuldade em identificar e descrever emoções, pela frequente associação errática entre estados corporais (i.e., fome, cansaço, calor, etc.) a emocionais (i.e., tristeza, raiva, ansiedade, etc.) (Taylor et al., 1997; Silva & Vasco, 2010). Dadas estas condições, o indivíduo terá de escolher uma forma de lidar com esta confusão interna, tanto física como psicológica, quando se depara com uma situação percebida como stressante (stress percebido), na qual tem de avaliar quais os seus recursos e escolher, para si, qual a melhor forma de ultrapassar aquela situação (Lazarus & Folkman, 1984, como citado em Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Deste modo, e sendo que a avaliação interna de um indivíduo está comprometida a vários níveis, a maneira como este vai perceber o “objeto stressante” será ainda mais exacerbada do que os indivíduos que não apresentam estas capacidades tão deficitárias, o que o levará a escolher formas de lidar (coping) menos adaptativas (Fairburn et al., 2003; Cooper et al., 2004). Advindas destas formas menos adaptativas, surgem as PCA’s como “vias” de alívio da tensão emocional através do comportamento alimentar. Assim, há uma interligação dinâmica entre esses constructos: a baixa interocepção, juntamente com um alto nível de alexitímia aumentam a vulnerabilidade ao stress,

enquanto este stress percebido intensifica as dificuldades interoceptivas e emocionais, todas convergindo para o aumento do risco de um comportamento alimentar menos adaptativo.

Anexo B – Consentimento Informado

Este estudo pretende compreender de que forma as pessoas se sentem face a situações potencialmente stressantes e como lidam com esses eventos, tanto a nível psicológico como ao nível do comportamento alimentar. Para este efeito, pedimos que responda a um conjunto de questões.

Riscos e Benefícios: Este estudo não representa potenciais riscos para os participantes, ainda que possam originar desconforto ao partilhar experiências pessoais. A participação poderá, no entanto, proporcionar um espaço de reflexão pessoal, e contribuir para o desenvolvimento de intervenções de apoio mais eficazes para pessoas em situações semelhantes.

Participação voluntária: A participação é totalmente voluntária. O/a participante pode desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificação.

Confidencialidade: Todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos, sendo analisados de forma agregada e utilizados exclusivamente para fins científicos.

Incentivos e Custos: A participação no estudo não envolve qualquer tipo de compensação financeira ou outro benefício material. Não haverá custos associados à participação.

Ao assinalar abaixo, indica que leu e compreendeu este termo de consentimento informado e concorda em participar neste estudo:

Li e concordo em participar com os termos e condições deste estudo

Anexo C – Questionário Sociodemográfico

Indique o seu género

Feminino

Masculino

Não binário

Prefiro não dizer



Indique a sua idade



Indique o seu nível de escolaridade

1º ciclo (do 1º ao 4º ano de escolaridade)

2º ciclo (do 5º ao 6º ano de escolaridade)

3º ciclo (do 7º ao 9º ano de escolaridade)

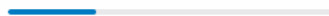
Ensino secundário (do 10º ao 12º ano de escolaridade)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Por favor, indique o seu peso (kg)



Por favor, indique a sua altura (cm)



Anexo D - Alfas de cronbach calculados para as subescalas do instrumento PSS-10

PSS-10, subescala “Negativa”

Estadísticas de Fiabilidad de Escala

α de Cronbach	
escala	0.855

PSS-10 subescala “Positiva”

Estadísticas de Fiabilidad de Escala

α de Cronbach	
escala	0.693

Anexo E - Alfas de cronbach calculados para as subescalas do instrumento TFEQ-21

TFEQ-21, subescala “Alimentação emocional”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.922

TFEQ-21, subescala “Controlo cognitivo de ingestão alimentar”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.839

TFEQ-21, subescala “Alimentação descontrolada”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.864

Anexo F- Alfas de cronbach calculados para as subescalas do instrumento TAS-20

TAS-20, subescala “Pensamento orientado para o exterior”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.591

TAS-20, subescala “Dificuldade em descrever sentimentos”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.710

TAS-20, subescala “Dificuldade em identificar sentimentos”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.857

Anexo G – Alfas de cronbach calculados para as subescalas do instrumento MAIA
MAIA, subescala “Confiar”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.828

MAIA, subescala “Auto-Regulação”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.870

MAIA, subescala “Consciência Emocional”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.853

MAIA, subescala “Regulação Atencional”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.854

MAIA, subescala “Não se Preocupar”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.756

MAIA, subescala “Não se Distrair”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.853

MAIA, subescala “Notar”

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

α de Cronbach	
escala	0.719

Anexo H – Tabela 1. Estatísticas descritivas em relação às características sociodemográficas de “Peso”, “Altura”, “IMC” e “Idade”

Estatística Descritiva				
	BMI	peso	altura	idade
N	253	253	253	253
Média	23.2	64.9	167	37.7
Mediana	22.5	62.0	166	26
Desvio-padrão	3.95	14.1	8.69	18.0
Assimetria	1.39	1.03	0.216	0.429
Erro-padrão da Assimetria	0.153	0.153	0.153	0.153
Curtose	3.48	1.38	-0.536	-1.46
Erro-padrão da Curtose	0.305	0.305	0.305	0.305

Anexo I – Tabela 2. Estatísticas descritivas da caracterização sociodemográfica da amostra para computação do índice de massa corporal

Estatística Descritiva

	TFEQ Score Bruto Alimentação descontrolada	TFEQ Score Bruto Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar	TFEQ Score Bruto Alimentação Emocional	TAS Total	MAIA Total	BMI	PSS Total
N	253	253	253	253	253	253	253
Média	20.1	14.2	12.1	41.9	19.9	23.2	17.5
Mediana	20	14	12	41	20.0	22.5	17
Desvio-padrão	3.74	4.24	4.65	11.6	4.11	3.95	6.79
Assimetria	0.251	0.165	0.570	0.387	-0.197	1.39	0.107
Erro-padrão da Assimetria	0.153	0.153	0.153	0.153	0.153	0.153	0.153
Curtose	-0.482	-0.657	-0.411	-0.431	0.229	3.48	-0.389

Estatística Descritiva

	TFEQ Score Bruto	TFEQ Score Bruto Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar	TFEQ Score Bruto Alimentação Emocional	TAS Total	MAIA Total	BMI	PSS Total
Erro-padrão da Curtose	0.305	0.305	0.305	0.305	0.305	0.305	0.305

Anexo J– Tabela 3. Correlações entre as subescalas e escalas totais dos instrumentos.

Matriz de Correlações

Variáveis	PSS Total	TFEQ Alim. Descontrolada	TFEQ Controlo Cognitivo	TFEQ Alim. Emocional	TAS Total	MAIA Total
PSS Total	—	0.339**	0.059	0.352**	0.479**	-0.341**
TFEQ Alim. Descontrolada	—	—	0.081	0.617**	0.258**	-0.227**
TFEQ Controlo Cognitivo	—	—	—	0.267	-0.058	-0.046
TFEQ Alim. Emocional	—	—	—	—	0.198*	-0.194*
TAS Total	—	—	—	—	—	-0.377**
MAIA Total	—	—	—	—	—	—

Legenda: Os valores apresentados correspondem aos coeficientes de correlação de Pearson (r), com $gl = N - 2 = 251$. Correlações positivas indicam associação direta e negativas indicam associação inversa. Asteriscos indicam significância estatística: $p < .05$ (*), $p < .001$ (**). Valores sem asteriscos não são estatisticamente significativos.

Anexo K - Tabela 4. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Descontrolada

Regressão Linear

Medidas de Ajustamento do Modelo

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado
1	0.418	0.175	0.161

Nota. Models estimated using sample size of N=253

Coeficientes do Modelo - TFEQ Score Bruto Alimentação descontrolada

Preditor	Estimativas	Erro-padrão	t	p
Intercepto	13.2722	2.2453	5.91	<.001
BMI	0.1880	0.0548	3.43	<.001
PSS Total	0.1427	0.0369	3.86	<.001
TAS Total	0.0361	0.0221	1.64	0.103
MAIA Total	-0.0776	0.0580	-1.34	0.182

Verificação de Pressupostos

Estatísticas de Colinearidade

	VIF	Tolerância
BMI	1.01	0.991
PSS Total	1.35	0.741
TAS Total	1.40	0.715
MAIA Total	1.22	0.819

Anexo L - Tabela 5. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar

Regressão Linear

Medidas de Ajustamento do Modelo

Modelo	R	R²	R² Ajustado
1	0.204	0.0416	0.0261

Nota. Models estimated using sample size of N=253

Coeficientes do Modelo - TFEQ Score Bruto Controlo Cognitivo da Ingestão Alimentar

Preditor	Estimativas	Erro-padrão	t	p
Intercepto	11.8480	2.7400	4.324	<.001
BMI	0.1717	0.0669	2.566	0.011
PSS Total	0.0625	0.0451	1.387	0.167
TAS Total	-0.0422	0.0269	-1.569	0.118
MAIA Total	-0.0481	0.0707	-0.680	0.497

Verificação de Pressupostos

Estatísticas de Colinearidade

	VIF	Tolerância
BMI	1.01	0.991
PSS Total	1.35	0.741
TAS Total	1.40	0.715
MAIA Total	1.22	0.819

Anexo M – Tabela 6. Coeficientes de regressão para a variável dependente da subescala TFEQ – Alimentação Emocional

Regressão Linear

Medidas de Ajustamento do Modelo

Modelo	R	R²	R² Ajustado
1	0.450	0.202	0.190

Nota. Models estimated using sample size of N=253

Coeficientes do Modelo - TFEQ Score Bruto Alimentação Emocional

Preditor	Estimativas	Erro-padrão	t	p
Intercepto	1.5361	2.7460	0.559	0.576
BMI	0.3178	0.0671	4.739	<.001
PSS Total	0.2180	0.0452	4.827	<.001
TAS Total	0.0153	0.0270	0.569	0.570
MAIA Total	-0.0636	0.0709	-0.897	0.371

Verificação de Pressupostos

Estatísticas de Colinearidade

	VIF	Tolerância
BMI	1.01	0.991

Estatísticas de Colinearidade

	VIF	Tolerância
PSS Total	1.35	0.741
TAS Total	1.40	0.715
MAIA Total	1.22	0.819
