Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Departamento de Educação e Psicologia

2º Ciclo em Psicologia Clínica

Preocupações alimentares, perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários: Relação com a resiliência individual e familiar

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Helena Clara Pereira Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria Cristina Quinta Antunes

Vila Real, 2020

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Departamento de Educação e Psicologia

2º Ciclo em Psicologia Clínica

Preocupações alimentares, perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários: relação com a resiliência individual e familiar

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Helena Clara Pereira Lopes

Orientadora: Professora Doutora Cristina Antunes

Vila Real, 2020

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação de mestrado deve-se a muito trabalho e dedicação, que contou com importantes apoios e incentivos, sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata. Desta forma, resta-me agradecer a todos pela oportunidade de crescimento académico e pessoal e por terem tornado esta caminhada possível…

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Antunes, pela confiança, apoio, compreensão, disponibilidade e por todos os esforços realizados ao longo deste percurso. Aqui lhe exprimo a minha gratidão.

Aos meus pais, por todo o investimento na minha formação, por me possibilitarem a realização de um sonho, pelo apoio incondicional e pela coragem e carinho que sempre me prestaram ao longo de toda a minha vida. Por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor, quero partilhar convosco a alegria de os conseguir vencer continuamente!

À minha madrinha, pelo suporte, pelas palavras de incentivo constantes, por estar sempre presente nos bons e maus momentos, e por nunca desistir de mim.

Aos meus avós e restante família, pela preocupação e pelos constantes estímulos motivadores.

Aos meus amigos e colegas que, de uma forma direta ou indireta, estiveram do meu lado durante esta fase, pelo companheirismo e amizade, e pelas palavras de conforto em certos momentos difíceis.

À Rita Azevedo, pela confiança depositada, pelo encorajamento, pelos sorrisos e pela partilha de momentos fantásticos e, sobretudo, pela ajuda durante todo o processo.

Ao meu namorado Cristiano, por ter caminhado ao meu lado, por compreender as minhas ausências, pela paciência, amor e dedicação e por nunca ter duvidado de que era capaz. Obrigada por sempre acreditares nas minhas capacidades e, especialmente, por me mostrares sempre um sorriso, por nunca me deixares desanimar e por estares presente nos melhores e piores momentos da minha vida.

Para finalizar, à minha Mel, a minha companheira de todas as horas, pela companhia, por nunca me abandonar e por alegrar a minha vida todos os dias.

De coração cheio, o meu muito OBRIGADA a todos!

Índice

Lista de tabelas……..7

Lista de siglas e acrónimos……9

Introdução……10

I Parte - Análise das propriedades psicométricas da escala Perfil de Resiliência Familiar

Resumo……14

Abstract...……15

Introdução……16

Resiliência Familiar……19

Objetivos do presente estudo……...21

Metodologia……21

População e amostra……21

Instrumentos……22

Perfil de Resiliência Familiar……..23

Escala de Resiliência para Adultos……24

Resultados……25

Consistência interna……25

Validade……..26

Análise em componentes principais……...28

Discussão……31

Conclusões e recomendações para estudos futuros……33

Referências ……33

II Parte - Preocupações alimentares, perturbações da alimentação e da ingestão em jovens universitários: relação com a resiliência individual e familiar

Resumo……37

Abstrat…….38

Introdução……39

Anorexia nervosa…….44

Bulimia Nervosa……..45

Resiliência ……..41

Resiliência Familiar……54

Objetivos e hipóteses do estudo …….56

Metodologia ……56

População e amostra……57

Instrumentos ……...58

Dutch Eating Behaviour Questionnaire …….58

Perfil de Resiliência Familiar…….....59

Escala de Resiliência para Adultos…….….60

Procedimentos…….63

Resultados……63

Discussão…….75

Conclusões e recomendações para estudos futuros ……77

Referências……..78

Anexos ……83

Anexo 1……83

Anexo 2……83

Lista de tabelas

I Parte

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra

Tabela 2 - Valores do índice Alfa de Cronbach para a Resiliência Familiar, na escala total e nas dimensões

Tabela 3 - Valores da correlação r de Pearson entre as diferentes dimensões e o valor total da escala PRF

Tabela 4 - Valores da correlação r de Pearson entre Resiliência Familiar e a Resiliência Individual

Tabela 5- *Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 2 e 1 "Suporte Social"*

Tabela 5.1- *Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 3 "Mudanças Familiares"*

Tabela 5.2- *Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 4 "Flexibilidade Familiar"*

Tabela 5.3- *Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análises em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 1 "Envolvimento Familiar"*

Tabela 5.4- *Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 2 e 1 "Suporte Social"*

Tabela 6- Variância Total Explicada

II Parte

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra

Tabela 2 - Valores da consistência interna dos instrumentos (e respetivas dimensões/sub-escalas) utilizados: DEBQ, ERA E PRF

Tabela 3– Valores de magnitude das preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão em estudantes universitários, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada

Tabela 4 – Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável critério: Ingestão Emocional)

Tabela 4.1 – Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável critério: Restrição Familiar)

Tabela 4.2 – Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável critério: Ingestão Externa)

Tabela 5: Valores dos coeficientes β para as variáveis preditoras da Ingestão Emocional, Restrição Familiar e Ingestão Externa

Tabela 6 - Diferenças nas perturbações da alimentação e da ingestão de acordo com o sexo; resultado do teste t de Student

Lista de siglas e acrónimos

PRF- Perfil de Resiliência Familiar

ERA- Escala de Resiliência para Adultos

SPSS- Programa da IMB para análise estatística em ciências sociais e humanas

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID 10- Classificação Internacional de Doenças

EAT- Eating Attitudes Test

EDI- Eating Disorder Inventory

BITE- Bulimic Investigatory Test

BSQ- Body Shape Questionnaire

TFEQ- Three-Factor Eating Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

IMC- Índice de Massa Coprporal

APA- American Psychiatric Association

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

DEBQ- Dutch Eating Behaviour Questionnaire

QCA- Questionário de Comportamento Alimentar

Introdução

A saúde e bem-estar dos estudantes universitários, enquanto população com características e necessidades específicas, não tem merecido atenção por parte do sistema nacional de saúde. Alguns estudos demonstraram que pode ser uma população em risco para perturbações alimentares e para estilos de vida pouco saudáveis. No decorrer do desenvolvimento da pessoa, em que se verifica um aumento das interações não parentais, as escolhas tornam-se mais complexas e dependem de uma conjugação de múltiplos fatores psicossociais, culturais e económicos. A globalização e o contexto social em que o jovem está inserido representam fatores que afetam as escolhas alimentares (Cardoso, Santos, Nunes, & Loureiro, 2015).As perturbações da alimentação e da ingestão "são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial" , e são distúrbios psiquiátricos de etiologia complexa (APA, 2014, p.393; Lofrano-Prado, Prado, Barros, Tenório, & Souza, 2015). A maioria das investigações existentes defendem que há uma maior prevalência em pessoas do sexo feminino (Hoek, 2016).

A resiliência foca-se nos pontos fortes dos indivíduos que dominam a adversidade. Esta capacidade que o individuo tem em ser resiliente é vista nos traços de personalidade e nas estratégias de enfrentamento que permitem uma criança ou um adulto superar as experiências angustiantes da vida (Walsh, 1996). Também a resiliência familiar pode constituir um fator importante para permitir que as famílias ultrapassem as crises e tensões que passam no processo de desenvolvimento dos indivíduos e da própria família. A resiliência familiar permite uma convicção de que tanto o crescimento

individual como o familiar podem ser promovidos através de esforços colaborativos perante a adversidade (Walsh, 1996).

No âmbito da psicologia clínica torna-se relevante avaliar os comportamentos alimentares dos estudantes universitários, uma vez que este tipo de perturbação é caracterizada principalmente por uma preocupação excessiva com o peso corporal, gerando assim comportamentos anómalos, prejuízos para a saúde e um potencial risco de vida, e é pertinente detetar ou perceber a existência deste tipo de perturbação de modo a ser possível uma intervenção precoce com vista a um maior sucesso. E com vista à promoção da resiliência familiar, esta investigação também se revela pertinente no sentido de promover uma maior educação acerca do tema, mas também dar a conhecer as principais características da resiliência familiar, possibilitando uma intervenção adequada nos casos de baixa resiliência familiar.

Esta investigação tem como objetivos perceber as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários, relacionando-a com a resiliência individual e familiar. Para além disso, pretende ainda determinar a magnitude das preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada, entender se a resiliência familiar e individual poderão predizer as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão e determinar se a perturbação da alimentação varia consoante o sexo. Pretende ainda testar as capacidades psicométricas do instrumento de avaliação da resiliência familiar: Perfil de Resiliência Familiar (PRF) (Peixoto & Martins, 2012), testar a estrutura fatorial, a consistência interna e a validade deste instrumento.

Esta investigação encontra-se dividida em duas partes, sendo que a primeira parte intitula-se de “Análise das propriedades psicométricas da escala Perfil de Resiliência Familiar” e a segunda parte intitula-se de: “Preocupações alimentares, perturbações da

alimentação e da ingestão dos jovens universitários: relação com a resiliência individual e familiar”.

I Parte: Análise das propriedades psicométricas da escala Perfil de Resiliência Familiar

Resumo

Entendemos por resiliência familiar um processo de adaptação aos acontecimentos que originam stresse, sendo mais que um simples ajustamento ao problema, implicando uma mudança de crenças e também da perspetiva acerca do mundo. Esta investigação tem como objetivo testar as capacidades psicométricas do instrumento de avaliação da resiliência familiar: *Perfil de Resiliência Familiar* (PRF). A validade e a consistência interna foram testadas numa amostra de 422 participantes de uma universidade do norte de Portugal, indicando uma boa consistência interna. A validade foi testada por meio de inter-correlação entre as diferentes dimensões e a escala total e, ainda, através da análise em componentes principais. Esta última, revela que a escala tem uma variância total explicada de 38%. Conclui-se que a escala tem potencial para avaliar o perfil de resiliência familiar na perceção dos jovens universitários, sendo necessários, no entanto estudos de validação fatorial utilizando a análise fatorial confirmatória.

Palavras-chave: Perfil de Resiliência Familiar; Validação; Estudantes Universitários

Abstract

We understand family resilience as a process of adaptation to stressful events and is more than a simple adjustment to the problem, implying a change of beliefs and also of the worldview. This research aims to test the psychometric capabilities of the family resilience assessment instrument: Family Resilience Profile (PRF). Validity and internal consistence were tested on a sample of 422 participants from a university in northern Portugal, indicating good internal consistence. Validity was tested by inter-correlation between the different dimensions and with the full scale and by principal component analysis. Principal component analysis reveals that the scale has an explained total variance of 38%. It is concluded that the scale has the potential to evaluate the family resilience profile in the perception of university students, however, factorial validation studies using confirmatory factor analysis are required.

Key-words: Family Resilience Profile; Validation; University students

Introdução

No decorrer dos anos, têm surgido investigações com a finalidade de se entender e analisar o porquê de algumas pessoas conseguirem ultrapassar os obstáculos que vão surgindo na vida, conseguindo adaptar-se e, no entanto, perceber o porquê de outros não o conseguirem, sucumbindo com as adversidades da vida. Este processo, tem por nome resiliência, que surge na investigação em Ciências Socias e Humanas como sendo um fenómeno que possibilita à pessoa resistir e ultrapassar os obstáculos que vão surgindo no seu dia-a-dia (Martins & Jesus, 2007). Em geral, o termo resiliência ressalta o processo de adaptação positiva como respostas de resolução de problemas significativos que surgem na vida das pessoas (Rooke, 2015).

Consideramos o termo resiliência tendo em conta a sua origem etimológica. O termo resiliência é original do latim "*resiliens*" que se refere à capacidade em voltar ao seu estado anterior, de recuar, encolher-se, romper (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011; Pinheiro, 2004; Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Junior, 2011). Remete à ideia de elasticidade e rápida capacidade de recuperação e ao talento de voltar para o seu estado de saúde usual ou de espírito, depois de ultrapassar alguma doença ou dificuldade; a capacidade que a pessoa tem em retornar à sua original forma quando a pressão já foi removida, por outras palavras, flexibilidade (Pinheiro, 2004). A palavra resiliência teve origem no âmbito da física e da engenharia, sendo há pouco tempo associada a características das pessoas e dos grupos humanos (Angst, 2009).

A resiliência individual foca-se nos pontos fortes dos indivíduos que dominam a adversidade. Esta capacidade que o individuo tem em ser resiliente é vista nos traços de personalidade e nas estratégias de enfrentamento que permitem a uma criança ou um adulto superar as experiências angustiantes da vida (Walsh, 1996). Resiliência foi conceptualizada como sendo uma manifestação de competências e capacidades para a

realização de tarefas próprias do desenvolvimento humano como, por exemplo, o desempenho académico, o desempenho profissional e a atividade parental durante a vida adulta (Souza & Cerveny, 2006). Ainda na mesma linha de pensamento, consiste numa capacidade de enfrentar uma adversidade e sair fortalecido da mesma (Silveira & Mahfoud, 2008). Com o avanço das investigações acerca desta temática, têm sido descobertas novas características deste fenómeno, tendo em conta a vulnerabilidade dos indivíduos nas situações adversas, sendo considerados resilientes todos aqueles que conseguissem ultrapassar e recuperar de situações difíceis ou desafiadoras, apresentando um desenvolvimento saudável durante a sua vida (Souza & Cerveny, 2006). Ainda na mesma linha de pensamento, a resiliência pode ser compreendida como sendo uma característica do ser humano para enfrentar as adversidades que ocorrem na vida, superá-las e também transformar-se com elas, quer isto dizer que esta capacidade permite ter sucesso em diferentes ocasiões, como por exemplo na família, na escola e na sociedade onde está inserido o indivíduo (Martins & Jesus, 2007).

De acordo com alguns autores, podemos considerar três tipos de resiliência: a resiliência emocional, a académica e a social. A resiliência emocional está relacionada com as experiências positivas que levam a sentimentos relacionados com a autoestima, autoeficácia e autonomia, permitindo à pessoa lidar com as mudanças que ocorrem, adaptando-se e obtendo uma bagagem que lhe permite solucionar problemas futuros. A resiliência académica inclui a escola como sendo um espaço em que se utiliza as capacidades para a resolução de problemas, estas podem ser adquiridas através da ajuda dos educadores, a escola pode proporcionar um aumento nas capacidades de resolução de problemas e conflitos, bem como a aprendizagem de novas estratégias. A resiliência social engloba os fatores relacionados com sentimentos de pertença a grupos de amigos, a supervisão dos pais e dos amigos, relações de intimidade e boa relação com a escola,

isto é, os modelos sociais que ajudem na resolução de problemas. Esta transmissão de valores tem um papel muito importante em crianças resilientes, contribuindo para um desempenho escolar melhor e, também, ajudando a criança a ser mais competente no seu futuro (Angst, 2009; Peltz, Moraes, & Carlotto, 2010).

A resiliência é o resultado de um equilíbrio entre fatores de risco, fatores protetores, funcionalidade e estrutura familiar, mas podem variar de acordo com o tempo e as mudanças que ocorrem no contexto (Meza, Aguayo, Cevallos, & Zambrano, 2018). Contudo, é de salientar que os fatores de risco não apresentam uma sentença e nem que os fatores protetores diminuem o impacto dos fatores de risco, reduzindo assim as reações negativas perante uma situação de risco. Os fatores de proteção consistem nas influências que levam a mudar ou a melhorar a resposta da pessoa perante algum perigo que pode levar a um resultado não adaptativo, e que mudam de acordo com a circunstância. Temos também as boas relações parentais, disponibilidade de fontes de apoio social, autoimagem positiva, crenças e/ou religião, experiências de aprendizagem, uma reduzida exposição ao risco, ambiente escolar favorável, redução de reações negativas, criar oportunidades que revertam as situações de stresse (Angst, 2009; Peltz, Moraes, & Carlotto, 2010; Pesce, Assis, Santos, de Oliveira, & Cruz, 2004). Os fatores protetores são apresentados em três classes, sendo elas os atributos pessoais como a autoestima positiva, o autocontrolo, autonomia e características de temperamento afetuoso e flexível, os laços afetivos do sistema familiar como a coesão, estabilidade, respeito, um bom suporte e apoio, e os contextos sociais de forma a suportarem a pessoa no momento da adversidade como, por exemplo, o local de trabalho ou a escola/ universidade e um bom relacionamento com os amigos (Angst, 2009; Peltz, Moraes, & Carlotto, 2010).

Os fatores de risco relacionam-se com o aumento da probabilidade de uma possível desadaptação do indivíduo perante uma situação de perigo. Podem ser experiências de stresse durante o desenvolvimento infantil, tais como o divórcio dos pais, abusos sexuais, pobreza, desastres, catástrofes naturais, guerras, entre outros fatores que possam originar um trauma (Angst, 2009; Poletto & Koller, 2008).

Resiliência familiar

Estando, na sua maioria, a viver longe da família de origem, o estudante universitário mantém, no entanto, uma ligação simbólica e afetiva à mesma, além de, na maioria dos casos, continuarem na sua dependência financeira. É possível que diversas variáveis de natureza familiar possam relacionar-se com a saúde, estilos de vida e ajustamento psicológico dos jovens universitários. A resiliência familiar constitui uma importante variável para identificar e fortalecer os principais processos que permitem que as famílias ultrapassem as crises e tensões existentes no ceio familiar. A resiliência familiar também varia consoante o tipo e forma de família, segundo os desafios psicossociais, recursos e restrições (Walsh, 1996). Uma característica distintiva da resiliência familiar é a importância no significado do nível do sistema familiar. Com base nos sistemas de significado familiar e visões acerca de riscos específicos, proteção e vulnerabilidades, algumas famílias específicas definem coletivamente situações de maneira a interagir com suas respostas de risco significativo (Henry, Morris, & Harrist, 2015). Segundo a literatura, foi desde o final da década de 80 que se começou a divulgar as publicações acerca do *coping*, da competência, desafios e sobre a adaptação da família (Yunes & Szymanski, 2007).

A resiliência familiar é definida como sendo um processo de adaptação aos acontecimentos que provocam stresse, que é mais que um simples ajustamento ao problema, uma vez que implica a mudança das crenças e também uma mudança acerca

da visão do mundo. Salientou-se que este processo passa pelos recursos internos da família e os externos da sociedade, tendo-se em conta também o fator espiritual. Na mesma vertente de pensamento, a resiliência familiar diz respeito a uma ultrapassagem de desafios, tendo como consequência o crescimento e a transformação pessoal. Não deve ser desvalorizado a importância da comunicação, da organização familiar e das crenças neste processo que é a resiliência familiar (Souza & Cerveny, 2006).

As intervenções no âmbito da resiliência familiar, têm como objetivo identificar e fortalecer os principais processos de interação que permitem às famílias gerirem e recuperem dos desafios disruptivos. A presença da resiliência permite uma convicção de que tanto o crescimento individual como o familiar podem ser forçados, através de esforços colaborativos perante a adversidade. A forma como a família lida e ultrapassa todos estes obstáculos é importante para a recuperação individual e familiar (Walsh, 1996). De acordo com os investigadores, as famílias têm um potencial de adaptação positiva baseada na proteção disponível, vários níveis e sistemas familiares adaptativos (Henry et al., 2015). A resiliência foca-se, assim, na compreensão dos problemas, dentro do contexto histórico, político, social, económico e cultural. A família é encarada como sendo uma entidade desafiadora (Brito, 2006).

As famílias resilientes revelam-se mais competentes, pois detêm recursos pessoais, familiares, uma rede de apoio e um sistema de crenças que as auxiliam em procurar e encontrar alternativas de ação para fazer frente ao evento stressante. Logo, apresentam um baixo índice de sintomas mantendo, assim, o seu equilíbrio familiar. O mesmo não se faz notar nas famílias mais vulneráveis, pois não têm os mesmos recursos, apresentando, deste modo, um maior número de sintomas não conseguindo assim manter o equilíbrio familiar (Brito, 2006; Quesada, 2003).

É importante salientar, que, apesar de a resiliência familiar aparecer definida de forma similar, quando comparada com a que aparece na literatura em que o foco é o indivíduo, a sua análise é diferente, porque quando se fala de resiliência familiar, já não se trata o acontecimento como sendo individual, mas sim acerca da família, e assim passa-se a conceitualizar a resiliência como sendo uma qualidade sistémica das famílias e investiga-se os processos e redes que influenciam o desenvolvimento da saúde e do bem estar (Yunes & Szymansky, 2007; Peltz, Moraes, & Carlotto, 2010).

Com vista à promoção da resiliência familiar, esta investigação é pertinente no sentido de promover uma maior educação acerca do tema, mas também dar a conhecer as principais características da resiliência familiar, possibilitando uma intervenção adequada nos casos de baixa resiliência familiar.

Esta investigação testa as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da resiliência familiar: Perfil de Resiliência Familiar (PRF) (Peixoto & Martins, 2012), sendo os principais objetivos testar a estrutura fatorial, a consistência interna e a validade deste instrumento.

Metodologia

População e amostra

A população escolhida para este estudo foi a população universitária de uma universidade do interior norte de Portugal. A amostra é constituída por 422 participantes, dos quais 310 (73.5%) são do sexo feminino e 112 (26.5%) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 18.97 anos (DP = .64), variando entre os 18 e os 28 de idade. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra em termos de idade e o sexo dos participantes.

Tabela 1

Dados sociodemográficos da amostra

	n(%)
Idade	
18-20	378(89.6%)
21-23	29(6.8%)
24-26	10(2.3%)
27-29	5(1.2%)
Sexo	
Sexo Feminino	310(73.5%)
Sexo Masculino	112(26.5%)

Antes da colheita de dados, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da Universidade escolhida, que deu autorização (Anexo 1). Além disso, e de acordo com a Declaração de Helsínquia (1964), no pressuposto do cumprimento dos requisitos éticos da investigação com seres humanos, foram apresentados os objetivos do estudo no momento da colheita de dados e foi indicado aos estudantes, que aceitaram preencher os questionários, que poderiam desistir a qualquer momento do seu preenchimento sem qualquer prejuízo direto ou indireto. Os questionários foram administrados, coletivamente, em sala de aula, naquelas em que os docentes deram consentimento para tal. Considerou-se como consentimento informado dos participantes. o preenchimento integral de todos os questionários distribuídos a cada um. Prescindiu-se da assinatura do consentimento informado por uma questão de anonimato.

Instrumentos

Os dados necessários para realizar o estudo com vista aos objetivos delineados foram recolhidos junto de uma amostra de estudantes universitários, obtidos através de um questionário sociodemográfico, da aplicação do instrumento- escala Perfil de

Resiliência Familiar (PRF) e, ainda, da escala de Resiliência Individual (ERA), com a finalidade de testar a validade concorrente.

O instrumento *Perfil de Resiliência Familiar* foi desenvolvido originalmente por McCubbin e McCubbin (1993) e traduzido para português por Peixoto e Martins (2012) e avalia a forma como a família responde a situações de stresse e crise. Este instrumento é composto por cinco dimensões: *Mudanças Familiares, Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar* e *Suporte Social*. A dimensão "Mudanças Familiares" tem quinze itens e é apenas respondida nas alternativas Sim ou Não. A dimensão "Coerência Familiar" tem quatro itens é uma escala com quatro questões, com respostas tipo *likert*, com pontuação que varia entre 0 e 4 (em que 0 significa "discordo totalmente" e o 4 "concordo totalmente") e avalia as capacidades da família para lidar com os acontecimentos e mudanças. A dimensão "Flexibilidade Familiar" é constituída por sete itens, com respostas tipo *likert* que variam entre 1 e 5 (em que 1 representa "quase nunca" e o 5 "quase sempre"). Avalia a participação dos membros nas decisões familiares, a forma como lidam com os problemas e partilham responsabilidades. A dimensão "Envolvimento Familiar" é constituída por sete itens, com resposta tipo *likert* que variam entre 1 e 5 (em que 1 significa "nunca" e 5 "quase sempre"), relacionados com o relacionamento e proximidade dos elementos da família. Relativamente à dimensão "Suporte Social", esta inclui dezassete itens e tem o objetivo de perceber como a família se sente parte integrante da comunidade, com respostas tipo *likert* que variam entre 0 e 4 (em que 0 significa "discordo" e 4 "concordo totalmente") (Peixoto & Martins, 2012). A dimensão "Mudanças familiares" avalia os acontecimentos e mudanças ocorridas que podem expor a família a uma maior vulnerabilidade. A dimensão "Coerência Familiar" diz respeito às capacidades que a família apresenta em lidar com os acontecimentos e mudanças causadoras de stresse.

Em relação à dimensão “Flexibilidade Familiar”, esta avalia as participações de cada elemento da família, a forma como lidam com os problemas e partilham as responsabilidades. Na dimensão “Envolvimento familiar”, avalia-se o relacionamento e a proximidade entre cada elemento da família e as suas implicações no bem-estar geral. E por último, na dimensão “Suporte Social” esta consiste em avaliar em que medida a família está integrada na comunidade onde está inserida, a encara como um recurso e como sente o apoio emocional e o suporte dos amigos e familiares.

A *Escala de Resiliência para Adultos* é um instrumento que avalia a resiliência individual (Hjemdal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2001), tendo sido validada para a população portuguesa por Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro e Alves (2016). A ERA é um questionário de autorresposta que avalia diversas características de resiliência, contendo itens que na sua estrutura original se organizam nos seis fatores seguintes: *Perceção do Self*, *Planeamento do Futuro*, *Competências Sociais*, *Coesão Familiar*, *Recursos Sociais* e *Estilo Estruturado* (Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro, & Alves, 2016). A dimensão “Perceção do Self” avalia a capacidade de confiar nas suas próprias capacidades, expectativas realistas, autoeficácia e julgamentos. A dimensão “Planeamento do Futuro” diz respeito à capacidade de planear antecipadamente, de apresentar uma visão otimista e de se orientar tendo em conta objetivos claros e alcançáveis. No que diz respeito à dimensão “Competências Sociais”, esta avalia a flexibilidade nas interações sociais, o uso positivo do humor, a capacidade de se sentir à vontade em ambientes sociais e na criação de novas amizades. A dimensão “Estilo Estruturado” diz respeito à capacidade de ter e seguir rotinas, de ser capaz de organizar o seu próprio tempo, e por ser capaz de ter objetivos e planos bem estruturados antes da realização das tarefas. Em relação à “Coesão Familiar”, estão em causa os valores que são partilhados ou discordantes na família, se os membros da

família gostam de passar tempo juntos, se apresentam lealdade, se tem apoio mútuo, se apresentam um sentimento de apreciação e uma visão otimista do futuro. E por último, a dimensão "Recursos Sociais" avalia a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confiável fora do ceio familiar e se existem pessoas a quem a família pode recorrer, se necessitarem de ajuda. A dimensão "Perceção do Self" é composta pelos itens 1,7,13,19,25 e 29. O "Planeamento do Futuro" é apresentada pelos itens 2,8,14 e 20. Na dimensão "Competências Sociais" consiste nos itens 3,9,15,21,26 e 30. A dimensão "Estilo Estruturado" é composta pelos itens 6,12,18 e 24. Na dimensão "Coesão Familiar" é apresentada pelos itens 4,10,16,22,27 e 31. E por último, a dimensão "Recursos Sociais" é composta pelos itens 51,11,17,23,28,32 e 33.

Resultados

A escala PRF foi analisada no âmbito da presente investigação no que concerne à sua consistência interna, através do método Alpha de Cronbach. Os resultados indicaram boa consistência interna, quer nas diferentes dimensões quer no total da escala (Tabela 2). Os coeficientes alfa foram interpretados da seguinte forma: $\alpha < .60$ = é insuficiente; α entre .60 a .69 = é marginal; α entre .70 a .79 = é aceitável; α entre .80 a .89 = é bom; e $\alpha = .90$ ou superior = é excelente (Barker, Pistrang, & Elliot, 2002). Os alfas de *Cronbach* para todas as dimensões do instrumento PRF foram calculados, em que se obteve um valor insuficiente para a dimensão "Coerência Familiar" ($\alpha = .49$). Na dimensão "Mudanças Familiares", o valor de alfa foi de $\alpha = .63$ correspondendo a um valor marginal. Os valores acima de .80 foram observados nas dimensões "Flexibilidade Familiar" ($\alpha = .82$), "Envolvimento Familiar" ($\alpha = .89$) e "Suporte Social" ($\alpha = .86$).

Tabela 2

Valores do índice Alfa de Cronbach para a Resiliência Familiar, na escala total e nas dimensões

	Presente estudo	Peixoto & Martins (2012)
PRF	.74	
Mudanças familiares	.63	.41
Coerência familiar	.49	.35
Flexibilidade familiar	.82	.60
Envolvimento Familiar	.89	.68
Suporte Social	.86	.78

De forma a tentar perceber se a escala Perfil de Resiliência Familiar avalia o que se propõe a avaliar, recorremos à validade de construto do instrumento e também à validade concorrente, através da correlação com a Resiliência individual. A validade de construto foi testada pela inter-correlação entre as diferentes dimensões e com a escala total e, ainda, através da análise em componentes principais. A validade concorrente foi testada através da correlação com a escala ERA. Pressupõe-se que exista uma correlação positiva entre as dimensões da Resiliência Familiar e entre a relação da Resiliência Familiar com a Resiliência Individual (ver Tabela 4).

O resultado apurado com o teste de correlação de Pearson entre as dimensões da PRF e a pontuação total, indicaram que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p \leq .05$), com a exceção das "Mudanças Familiares", relacionada com a pontuação total da PRF em que o $p \geq .05$.

Tabela 3

Valores da correlação r de Pearson entre as diferentes dimensões e o valor total da PRF

		Pontuação total PRF	(a)	(b)	(c)	(d)
Mudanças Fam. (a)	r	.018				
	p	.714				
Coerência Fam. (b)	r	.423	-.102			
	p	.001	.037			
Flexib. Fam. (c)	r	-.108	.153	-.294		
	p	.031	.002	.001		
S. Social Fam. (d)	r	.820	-.156	.266	-.459	
	p	.001	.001	.001-	.001	
Envol. Fam. (e)	r	.712	-.235	.333	-.437	.541
	P	.001	.001	.001	.001	.001

Tabela 4

Valores da correlação r de Pearson entre Resiliência Familiar e a Resiliência Individual

		P. T. PRF	Mud. Fam.	Coe. Fam.	Flex. Fam.	Env. Fam	Sup. Social
Pontuação total ERA	r	.568	-.114	.300	-.345	.619	.460
	p	.001	.023	.001	.001	.001	.001
Perceção do Self	r	.359	-.129	.236	-.202	.421	.226
	p	.001	.009	.001	.001	.001	.001
Planeamento Futuro	r	.376	-.045	.216	-.165	.383	.259
	p	.001	.363	.001	.001	.001	.001
Competências Sociais	r	.356	-.057	.170	-.180	.435	.188
	p	.001	.250	.001	.001	.001	.001
Estilo Estruturado	r	.180	-.066	.136	-.090	.182	.144
	p	.001	.182	.006	.069	.001	.003
Coesão Familiar	r	.582	-.150	.322	-.447	.596	.627
	p	.001	.002	.001	.001	.001	.001
Recursos Sociais	r	.520	-.039	.192	-.317	.576	.433
	p	.001	.425	.001	.001	.001	.001

O resultado apurado com o teste de correlação de Pearson entre as dimensões da PRF a sua pontuação total e a pontuação total da ERA, bem como as suas dimensões indicaram que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p \leq .05$), com a exceção das "Mudanças Familiares" relacionada com o "Planeamento do Futuro", com as "Competências Sociais", "Estilo Estruturado" e com os "Recursos Sociais". Também se verificou uma correlação não significativa entre o "Estilo Estruturado" e a "Flexibilidade Familiar" em que o valor de $p \geq .05$.

A análise em componentes principais à escala PRF foi feita no programa IBM SPSS®, pedindo cinco fatores, com a rotação oblíqua.

Verificando os valores de saturação de cada item na respetiva dimensão/fator da escala (Tabela 5), observou-se que na dimensão "Mudanças Familiares" todos os itens se encontram no mesmo componente 3. Na dimensão "Coerência Familiar" todos os itens de encontram no componente 5. Em relação à "Flexibilidade Familiar", mais uma vez se verificou todos os itens no mesmo componente 4. Na dimensão "Envolvimento Familiar" todos os itens se encontram no componente 1. Por fim, no que diz respeito ao "Suporte Social" todos os itens (1,2,3,4,5,6,8,10,11,12,13,14,15 e 16) se encontram no componente 2. Apenas os itens 7,9 e 17 pertencem ao componente 1(correspondente à dimensão "Envolvimento Familiar").

Tabela 5

Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 3 "Mudanças Familiares"

	Componente				
	1	2	**3**	4	5
1	.204	-.058	**.460**	-.050	-.009
2	.047	-.003	**.547**	-.006	-.007
3	.083	.001	**.546**	.055	-.009
4	.094	-.002	**.456**	.002	-.50
5	-.014	-.073	**.390**	-.015	.057
6	.070	-.031	**.343**	.204	.207
7	-.010	.080	**.281**	.186	.128
8	.010	-.065	**.348**	-.003	.164
9	-.056	.066	**.431**	-.016	-.014
10	-.153	.011	**.353**	-.108	-.084
11	-.192	.004	**.329**	.040	-.111
12	-.230	-.036	**.352**	.024	-.007
13	-.255	-.043	**.306**	-.043	-.119
14	-.161	.009	**.266**	.017	-.051
15	-.095	.071	**.492**	-.019	-.049

Tabela 5.1

Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 5 "Coerência Familiar"

	Componentes				
	1	2	3	4	5
1	.073	.133	-.054	-.020	**.580**
2	.068	.158	-.015	.016	**.615**
3	.149	.108	-.047	-.194	**.517**
4	.089	-.103	.078	-.122	**,404**

Tabela 5.2

Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 4 "Flexibilidade Familiar"

	Componentes				
	1	2	3	4	5
1	.000	-.040	.044	**.527**	.061
2	-.194	-.097	-.010	**.634**	-.084
3	-.058	-.050	-.023	**.733**	-.022
4	.130	.012	-.003	**.758**	.073
5	-.150	-.012	-.061	**.661**	-.190
6	-.273	-.085	.049	**.531**	-.193
7	.033	.014	.004	**.515**	-.115

Tabela 5.3

Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análises em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 1 "Envolvimento Familiar"

	Componentes				
	1	2	3	4	5
1	**.594**	-.077	.057	-.200	.002
2	**.740**	.009	.018	-.039	.060
3	**.739**	-.057	-.075	-.010	.069
4	**.787**	-.056	-.050	-.115	.053
5	**.748**	.052	-.054	.125	.068
6	**.795**	-.019	-.085	.013	.093
7	**.755**	.044	-.055	-.006	.022

Tabela 5.4

Valores da saturação dos itens da escala PRF no respetivo fator. Análise em componentes principais com rotação oblíqua. Itens que saturam no componente 2 e 1 "Suporte Social"

	Componentes				
	1	2	3	4	5
Sup. S. 1	-.277	**.525**	-.063	-.022	.225
Sup. S. 2	.225	**.372**	.047	-.176	.231
Sup. S. 3	.365	**.381**	.072	-.150	.215
Sup. S. 4	-.094	**.535**	-.119	-.006	.322
Sup. S. 5	-.008	**.660**	.051	-.069	.009
Sup. S. 6	-.104	**.617**	-.045	.006	.282
Sup. S. 7	**-.591**	-.206	-.098	.203	.046
Sup. S. 8	-.007	**.561**	.070	-.057	.005
Sup. S. 9	**-.448**	-.062	.062	.220	.080
Sup. S. 10	-.336	**-.462**	-.093	-.078	.413
Sup. S. 11	-.069	**.625**	-.101	-.006	-.075
Sup. S. 12	.184	**.289**	.087	-.158	.199
Sup. S. 13	-.190	**-.485**	.063	-.079	.308
Sup. S. 14	-.270	**-.412**	.076	-.073	.123
Sup. S. 15	.088	**.647**	.038	-.097	-.171
Sup. S. 16	.119	**.554**	.067	-.089	.005
Sup. S. 17	**-.482**	-.251	-.013	.279	.040

Discussão

A escala PRF foi analisada no âmbito da presente investigação no que concerne à sua consistência interna, através do método Alpha de Cronbach. Comparando os resultados obtidos com os resultados apresentados pelos autores originais, verificou-se que os valores de Alpha apresentados no presente estudo são relativamente melhores quando comparados com o estudo original. Apenas um valor obtido é considerado "insuficiente" (Coerência Familiar α=.49). Para além disso, nesta investigação verificou-se que em três dimensões a consistência interna é considerada "boa" o que não

acontece com nenhuma das dimensões do estudo feito por Peixoto e Martins (2012), feito através de uma adaptação do estudo original de McCubbin e McCubbin (1993).

De acordo com a validade do instrumento, verificou-se que as inter-correlações feitas revelam correlações significativas com a exceção da dimensão "Mudanças Familiares", quando correlacionada com a pontuação total da PRF. O resultado apurado com o teste de correlação de Pearson entre as pontuações totais da escala PRF e da ERA, bem como das suas dimensões indicaram que todas as correlações são significativas, com a exceção das "Mudanças Familiares", relacionada com o "Planeamento do Futuro", com as "Competências Sociais", "Estilo Estruturado" e com os "Recursos Sociais". Também se verificou uma correlação não significativa entre o "Estilo Estruturado" e a "Flexibilidade Familiar", pois os acontecimentos e mudanças ocorridas que podem aumentar a vulnerabilidade familiar estão em constante alteração dependendo assim do planeamento que a família faz do futuro, da flexibilidade das interações sociais, da capacidade de seguir rotinas e a disponibilidade que a família tem em recorrer a terceiras com o fim de obter ajuda.

Após a análise em componentes principais, constatou-se que a variância explicada pela PRF é de 38% com a totalidade dos cinco fatores/componentes (tabela 6).

Tabela 6

Variância Total Explicada

Variância Total Explicada			
Componente	total	% de variância	% cumulativa
1	9.66	19.31	19.31
2	2.97	5.94	25.25
3	2.56	5.13	30.38
4	2.21	4.42	34.81
5	1.72	3.45	38.25

Verificando os valores de saturação de cada item na respetiva dimensão da escala (Mudanças Familiares, Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social) observou-se que em todas as dimensões, os itens se encontram no respetivo componente com a exceção da dimensão "Suporte Social" em que dos dezassete itens os itens 7, 9 e 17 não seguem a regra que seria o componente 2, encontrando-se assim no componente 1 (correspondente à dimensão "Envolvimento Familiar").

Conclusões e recomendações para estudos futuros

Conclui-se que a escala PRF tem boas propriedades ou características psicométricas, embora a variância total explicada seja relativamente baixa.

Consideramos que este estudo respondeu aos objetivos propostos, mas seria oportuna a realização de novos estudos abrangendo uma população mais alargada a fim de proporcionar uma validação do instrumento mais adequado. Recomenda-se ainda, a realização da análise fatorial confirmatória.

Referências

Angst, R. (2017). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia argumento*, *27*(58), 253-260. Retirado de: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/20225/19509

Brandão, J., Mahfoud, M., & Nascimento, I. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: Discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *21*(49), 263-271. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf

Brito, H. (2006). Estresse, resiliência e vulnerabilidade: Comparando famílias com filhos adolescentes na escola. *Journal of Human Growth and Development*, *16*(2), 25-37.

Henry, C., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. (2015). Family resilience: Moving into the third wave. *Family Relations*, *64*(1), 22-43. https://dx.doi.org/10.1111/fare.12106

Martins, M., & Jesus, S. (2007). Factores de resiliência e bem-estar: Compreender e actuar para resistir. *Psicologia da saúde: Teoria e pesquisa*, 85-113. https://dx.doi.org/10.4236/health.2016.81003

Meza, A., Aguayo, M., Cevallos, M., & Zambrano, P. (2018). Estimation of Resilience in University Students. *International Research Journal of Management, IT and Social Sciences (IRJMIS)*, *5*(1), 16-24. https://dx.doi.org/10.21744/irjmis.v5i1.590

Peixoto, M., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *13*(2), 372-388. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200017

Peltz, L., Moraes, M., & Carlotto, M. (2010). Resiliência em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional*, *14*(1). http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572010000100010.

Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *20*(2), 135-143. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006.

Pinheiro, D. (2004). Resilience in discussion. *Psicologia em estudo*, *9*(1), 67-75. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009.

Poletto, M., & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de psicologia*, *25*(3), 405-416. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2008000300009&script=sci_abstract&tlng=pt

Quesada, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention*, *12*(3), 283-299. Retirado de: https://journals.copmadrid.org/pi/art/931af583573227f0220bc568c65ce104

Ribeiro, A., Mattos, B., Antonelli, C., Canêo, L., & Júnior, E. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: Promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em estudo*, 623-633. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000400013.

Rooke, M. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *15*(2), 671-687. Retirado de: https://www.researchgate.net/publication/282458850_Aspectos_conceituais_e_metodologicos_da_resiliencia_psicologica_uma_analise_da_producao_cientifica_brasileira

Silveira, D., & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*, *25*(4), 567-576. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400011.

Souza, M., & Cerveny, C. (2006). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Interamerican journal of psychology*, *40*(1), 119 126. Retirado de: https://www.academia.edu/33429066/Resili%C3%AAncia_psicol%C3%B3gica_Revis%C3%A3o_da_literatura_e_an%C3%A1lise_da_produ%C3%A7%C3%A3o_cient%C3%ADfica

Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, *35*(3), 261-281.

Yunes, M., & Szymanski, H. (2007). O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: Caso de resiliência familiar. *Psicodebate*, *7*, 119-140. https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.431

II Parte: Preocupações alimentares, perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários: Relação com a resiliência individual e familiar

Resumo

As perturbações da alimentação e da ingestão são um tipo de comportamento que segundo alguns autores, pode ser usual em estudantes universitários em que apresentam uma relação perturbada com o alimento e com o seu corpo, com consequências físicas e psicológicas. Esta investigação tem como objetivo geral perceber se existe relação entre as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação nos jovens universitários e a resiliência individual e familiar. Foram inquiridos 422 estudantes de uma universidade do norte de Portugal. Verificou-se que existe uma maior prevalência das perturbações da alimentação e da ingestão no sexo feminino. Observou-se também uma predição das perturbações da alimentação sobre a resiliência individual.

Palavras-chave: Perturbações da alimentação; Resiliência Familiar

Abstract

Eating and eating disorders are a type of behavior that, according to some authors, may be common in college students who have a disturbed relationship with food and their bodies, with physical and psychological consequences. This research aims to understand if there is a relationship between eating concerns and eating disorders in college students and individual and family resilience. 422 students from a university in northern Portugal were surveyed. It was found that there is a higher prevalence of eating and eating disorders in females. A prediction of eating disorders on individual resilience was also observed.

Key-Words: Eating Disorders; Family Resilience

Introdução

A saúde e bem-estar dos estudantes universitários, enquanto população com características e necessidades específicas, não tem merecido atenção por parte do sistema nacional de saúde. No entanto, pelas características transicionais de que se reveste, esta população configura algum risco em termos de saúde e bem-estar. Alguns estudos demonstraram que pode ser uma população de risco para perturbações alimentares e para estilos de vida pouco saudáveis. No decorrer do desenvolvimento da pessoa em que se verifica um aumento das interações não parentais, as escolhas tornam-se mais complexas e dependem de uma conjugação de múltiplos fatores psicossociais, culturais e económicos. A globalização e o contexto social em que o jovem está inserido representam fatores que afetam as escolhas alimentares (Cardoso, Santos, Nunes, & Loureiro, 2015). O comportamento alimentar consiste em todas as formas de contacto com o alimento e a insatisfação corporal é apontada como sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma alimentação desajustada (Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho, & Ferreira, 2013).

Segundo Carvalho e seus colaboradores (2013), este tipo de comportamento é usual em estudantes universitários que apresentam uma relação perturbada com o alimento e com o seu corpo, podendo assim originar consequências físicas e psicológicas. As perturbações da alimentação e da ingestão "são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial", (APA, 2014, p.393) e são distúrbios psiquiátricos de etiologia complexa (Lofrano-Prado, Prado, Barros, Tenório, & Souza, 2015). As perturbações alimentares são caracterizadas como sendo doenças do foro psiquiátrico com graves alterações no comportamento alimentar afetando, na maioria, adolescentes e

jovens adultos do sexo feminino, podendo levar a consequências biológicas e psicológicas prejudiciais e a um aumento da mortalidade (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Murchini, & dos Santos, 2006). As preocupações com o peso, a forma do corpo e dietas, cujo o principal objetivo é a perda de peso, são comuns e têm vindo a ser apontadas como fatores de risco para o possível desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Marques et al., 2016).

Um dos aspetos cruciais para o diagnóstico de perturbações da alimentação e da ingestão, como por exemplo a anorexia e bulimia é a insatisfação com a imagem corporal, que é percebida como sendo um sentimento negativo que a pessoa apresenta relativamente ao seu peso e à sua forma corporal. A insatisfação com a imagem corporal está relacionada com aspetos que prejudicam a saúde do individuo, sendo eles uma baixa autoestima, depressão, estados de ansiedade social e, atitudes inadequadas para o controlo de peso, como o uso e abuso de laxantes, utilização de substâncias anoréticas e práticas alimentares inapropriadas (Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho, & Ferreira, 2013; Moraes et al., 2017). Os indivíduos que apresentam este tipo de perturbação e que indicam uma insatisfação com a sua imagem corporal, costumam controlar o seu corpo e também realizar restrições alimentares. Pesagens frequentes, medidas e comparações entre o seu corpo e de outras pessoas são também rituais repetidos compulsivamente por estes indivíduos, sendo isto uma forma de manter a sua imagem corporal negativa, pois estão constantemente atentos ao seu corpo, à sua forma e ao peso corporal (Carvalho et al, 2013).

A entrada para a vida universitária leva a alterações alimentares e a participação num novo meio social, que implica novas definições de carreira, escolha de parceiros sexuais e estilos de vida que pode ter como consequência um aumento da insatisfação corporal. O reforço social exercido pela família, pelos amigos e pelos meios de

comunicação para se ter um corpo escultural relaciona-se com a presença de sintomas que indicam perturbações da alimentação e da ingestão e prediz o início dos sintomas nessa população (Carvalho et al, 2013; Vitolo, Bortolini, & Horta, 2006). Segundo Carvalho e seus colaboradores (2013), há uma influência direta entre o controlo corporal e a sua insatisfação com o mesmo. A resiliência individual foca-se nos pontos fortes dos indivíduos que dominam a adversidade. Esta capacidade que o indivíduo tem em ser resiliente é vista nos traços de personalidade e nas estratégias de enfrentamento que permitem uma criança ou um adulto superar as experiências angustiantes da vida (Walsh, 1996). A resiliência é o resultado de um equilíbrio entre fatores de risco, fatores protetores, funcionalidade e estrutura familiar, mas podem variar de acordo com o tempo e as mudanças que ocorrem no contexto. (Meza, Aguayo, Cevallos, & Zambrano, 2018). A resiliência individual é assim um fator importante para o desenvolvimento deste tipo de patologias.

As perturbações da alimentação e da ingestão são consideradas quadros clínicos relacionados com a modernidade e apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. As perturbações que ocorrem precocemente na infância e que apresentam alterações na relação entre a criança e a alimentação parecem estar ligadas a uma preocupação excessiva com o seu peso e a com a sua forma corporal e podem interferir com o seu normal desenvolvimento. Nesta faixa etária, encontramos a perturbação de alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação (Penz, Bosco, & Vieira, 2008; Cordás, 2001). Estas perturbações são acontecimentos pluridimensionais que resultam da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, com a caracterização principal de uma preocupação intensa com os alimentos, peso e corpo (Gorgatti, Holcberg, & de Oliveira, 2002; Penz, Bosco, &

Vieira, 2008) As principais perturbações alimentares são a anorexia e bulimia nervosa (Borges et al, 2006; Penz, Bosco, & Vieira, 2008).

Desde que a anorexia e a bulimia se tornaram objetos de investigação médico-científica, como sendo grandes categorias diagnósticas especificas, clínicos e investigadores, tem tentado explicar e tratar estes fenómenos de forma eficiente. São patologias de tratamento difícil, de risco físico muito alto e com uma alta taxa de mortalidade, o que aumenta a necessidade de haver mais estudos acerca desta temática (Souza & Santos, 2006).

Apesar de serem classificados de forma separada, as duas perturbações relacionam-se intimamente por apresentarem psicopatologia comum, sendo ela uma ideia prevalente que envolve a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo patológico em engordar), levando as pacientes a realizarem dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos pouco apropriados de forma a alcançarem o corpo idealizado. Estas pacientes têm como hábito julgarem-se a si mesmas com base exclusivamente ou quase exclusivamente na sua aparência física, com a qual se revelam insatisfeitas (Borges et al, 2006; Penz, Bosco, & Vieira, 2008). O sentimento negativo com a sua imagem corporal na maioria das vezes está relacionado com dois processos; o primeiro com a comparação da aparência dos jovens entre si e o segundo com a internalização de um modelo ideal de magreza. Atualmente o modelo de beleza socialmente aceite é um corpo magro para as mulheres e um corpo musculado para os homens. Deste modo, muitos dos indivíduos que pensam que não se encaixam nesse padrão de beleza tendem a adotar comportamentos inadequados de forma a controlar o peso, como a procura exaustiva por exercícios físicos, cirurgias plásticas e atitudes alimentares inadequadas (Miranda, Filgueiras, Neves, Teixeira, & Ferreira, 2012).

As perturbações da alimentação e da ingestão são mais frequentes no sexo feminino. Alguns dos aspetos que influenciam o comportamento feminino, em específico o comportamento alimentar, são a sua auto perceção corporal, sendo refletida uma grande insatisfação com a imagem corporal, a influência familiar, a utilização de dietas restritivas, que dependendo da frequência indica a sua preocupação com o seu peso corporal, a prática de exercícios físicos e, por fim, a leitura de revistas e outros meios de comunicação que exaltem a utilização de dietas restritivas e a magreza como sendo símbolos máximos de beleza e poder (Penz, Bosco, & Vieira, 2008; Souza & Santos, 2006). As principais complicações clínicas das perturbações alimentares são hipercolesterolemia, hipoglicemia, alterações endócrinas, queda de densidade mineral óssea, arritmia cardíaca, hipotensão, alterações pulmonares, insuficiência renal e suicídio (Gonçalves, Barbosa, da Rosa, & Rodrigues, 2008; Penz, Bosco e Vieira, 2008; Sicchieri et al, 2006).

As perturbações da alimentação podem ser diagnosticadas através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Penz, Bosco, & Vieira, 2008), e podem ser avaliados pelos seguintes instrumentos de avaliação: as entrevistas clinicas, por auto monitorização e por questionários, como por exemplo o *Eating Attitudes Test* (EAT), para avaliar as atitudes alimentares, o *Eating Disorder Inventory* (EDI), para avaliar as características psicológicas e comportamentais da anorexia nervosa e bulimia nervosa, o *Bulimic Investigatory Test* (BITE), para avaliar a gravidade da bulimia nervosa, o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), para avaliar a imagem corporal, o *Three-factor eating questionnaire* (TFEQ), para avaliar o controlo sob o comportamento alimentar e o *Beck Depression Inventory* (BDI), para avaliar a psicopatologia geral (Freitas, Gorenstein, & Appolinário, 2002).

Etimologicamente, a palavra anorexia é original do grego em que “an” significa deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Também significa uma aversão à comida, enjoo do estômago ou inapetência (Cordás & Claudino, 2002).

A anorexia nervosa é caracterizada por uma perda de peso por via de uma restrição alimentar, pela busca exaustiva pela magreza, distorção da imagem corporal e por alterações do ciclo menstrual (Borges et al, 2006). A anorexia nervosa tem frequentemente como início uma dieta, em que o indivíduo inicia uma restrição alimentar, eliminando assim aqueles alimentos que julga ser mais calóricos. Essa restrição alimentar vai aumentando progressivamente, com a presença de uma diminuição das refeições, podendo levar drasticamente ao jejum. A meta do indivíduo é a perda de peso e assim emagrecer, cada vez mais, tendo como desejo ficar mais magro a todo o custo (Borges et al, 2006; Sicchieri et al, 2006). Por norma, os pacientes com anorexia nervosa apresentam cerca de 15% a menos do peso ideal. (Sicchieri et al, 2006). Habitualmente, os pacientes com este tipo de perturbação revelam que o início da mesma foi devido a um fator stressante, como por exemplo um comentário acerca do seu peso, ou o fim de um relacionamento, ou até mesmo por perda de um ente querido e separações (Borges et al, 2006; Traebert &Moreira, 2001). Normalmente, estes indivíduos têm traços de personalidade marcados por preocupações, uma excessiva cautela, medo de mudança, uma hipersensibilidade e um perfecionismo (Borges et al, 2006). A inflexibilidade é uma característica típica da anorexia nervosa e é evidente nos pensamentos relacionados com a tendência de categorização da comida como sendo boa ou má, pensar em calorias, gordura ou açúcar, a comportamentos como calcular as calorias consumidas e/ou gastas, um controlo contínuo da forma e peso do corpo, padrão de exercício como um ritual e dificuldades em encontrar formas alternativas de lidar com um problema (Aloi et al., 2015).

A anorexia nervosa subdivide-se em dois tipos, sendo eles o tipo restritivo e o tipo purgativo. No tipo restritivo, os pacientes usam comportamentos restritivos associados à deita. No tipo purgativo, há uma existência de episódios de compulsão alimentar, seguidos de medidas compensatórias, sendo elas os vómitos autoinduzidos e a utilização de laxantes e diuréticos. Geralmente os pacientes não admitem estar doentes, não expondo as suas queixas, ficando assim a cargo dos médicos questionar. A gravidade de uma das consequências da anorexia nervosa é a desnutrição e esta pode ser avaliada pelo índice de massa corporal (IMC), que é obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura (Borges et al, 2006).

O termo bulimia é originário do grego em que "bous" (boi) e "limos" (fome), significando deste modo um apetite tão grande que seria possível um homem comer um boi, ou quase (Cordás & Claudino, 2002).

A bulimia nervosa caracteriza-se por uma repetição de episódios de grande ingestão alimentar e uma preocupação extrema com o controlo do seu preso corporal. Estes indivíduos chegam a utilizar medidas extremas para evitar o aumento do peso, pela grande ingestão de alimentos (Borges et al, 2006). Por norma, as pacientes que padecem deste tipo de perturbação podem variar entre 10% a menos do seu peso ideal até à obesidade (Traebert & Moreira, 2001). Na bulimia nervosa, ao contrário do que acontece na anorexia nervosa, o indivíduo sente uma vontade descontrolada de comer e, ao deparar-se com os alimentos, devora tudo. Depois vêm os sentimentos de culpa e até mesmo mal estar físico por conta da quantidade de alimentos ingerida, surgindo-lhe assim a ideia de provocar o vômito para não engordar (Borges et al, 2006). A indução do vômito ocorrem em cerca de 90% dos casos, sendo este o principal método compensatório utilizado (Appolinário & Claudino, 2000). A realização destes comportamentos traz para o indivíduo um alívio e uma satisfação instantânea e

principalmente a redução do medo de engordar. Assim, o paciente pensa que descobriu a forma ideal de manter o seu peso corporal sem restringir alimentos, nem os considerar proibidos. Estas atitudes são progressivas, e as consequências são catastróficas. Em seguida do vômito, vem a sensação de estar a fazer algo de errado e com isso sente-se ansioso, culpado e uma diminuição da autoestima, fazendo retornar à dieta por vezes de forma mais intensa por acreditar erradamente que tem o controlo sobre o seu peso. Aumentando a restrição, facilita os episódios bulímicos, piora os vômitos, a ansiedade e a autoestima tornado tudo isto num ciclo vicioso (Appolinário & Claudino, 2000; Borges et al, 2006).

Os episódios bulímicos são definidos como "a ingestão, num curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento muito superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares". Para além disto, há um sentimento de perda de controlo sobre a alimentação, isto é, a sensação de não conseguir parar de comer, nem de controlar aquilo que come. A frequência desses episódios varia e pode acontecer uma única vez na semana ou uma vez por dia. Os hábitos alimentares destes pacientes tornam-se secretos, bizarros e ritualizados (Borges et al, 2006; Traebert & Moreira, 2001), não tomam atenção nem ao sabor nem à textura dos alimentos, não havendo critério para a ingestão dos mesmos. Apresentam, contudo, um critério na escolha dos alimentos (Borges et al, 2006). Os pacientes bulímicos escolhem os horários das refeições de modo a ficarem sozinhos para comerem compulsivamente, comem em recipientes grandes, ao invés do garfo optam pela colher de modo a facilitar a ingestão da comida, durante as refeições fazem-se acompanhar por grandes volumes de líquidos para facilitar a indução do vômito e para facilitar a ingestão rápida de grandes quantidades de alimentos (Sicchieri et al, 2006). Existe também uma variação de calorias que os indivíduos ingerem durante o

período da compulsão. Esta compulsão alimentar não está apenas relacionada com o número de calorias ingeridas pelo indivíduo, mas também com os sentimentos, com a perda de controlo e com a ingestão de determinados tipos de alimentos. Alguns pacientes consomem os alimentos até que a compulsão lhes traga dor física ou sono. A seleção de alimentos durante os episódios bulímicos varia entre bolos, pães, doces, pizzas, chocolates, sanduiches e massas. Segundo os indivíduos a seleção dos alimentos advém da compulsão ou do desejo pelos mesmos (Borges et al, 2006).

Uma das diferenças com os pacientes com a anorexia nervosa é que os indivíduos bulímicos não apresentam um desejo em emagrecer progressivo. Por norma, o seu peso está dentro dos parâmetros esperados ou, em menor número de casos com sobrepeso. Também pode existir irregularidades com a menstruação, mas a amenorreia é apenas característica da anorexia nervosa. Pode existir também um aumento da impulsividade, relacionada com outros quadros clínicos, como a cleptomania, tricotilomania, e outros tipos de automutilação, também um uso e abuso de drogas ilícitas e álcool, risco de suicídio e promiscuidade sexual (Borges et al, 2006).

A prevalência das perturbações alimentares varia se for considerado os termos parciais, ou seja, indivíduos que não apresentem a doença totalmente desenvolvida quer pela existência de ciclos menstruais, seja também por não haver uma perda de peso intensa quanto seria de esperar (Borges et al, 2006). De acordo com a American Psychiatric Association, a prevalência da anorexia nervosa varia entre 0.3 a 3.7% e a percentagem de prevalência de bulimia nervosa é entre 1.1 a 4%, ambas na população feminina (Appolinário & Claudino, 2000; Penz, Bosco, & Vieira, 2008). Especula-se que cerca de 20% das mulheres jovens possam apresentar um risco de desenvolver este tipo de patologia, por apresentarem comportamentos subclínicos (Bosi, Luiz, Uchimura, & de Oliveira, 2008; Hoek, 2016; Langdon-Daly & Serpell, 2017; Nunes, Olinto,

Barros, & Carmey, 2001). As mulheres jovens têm sido um alvo mais frequente de investigações acerca dos transtornos alimentares por serem consideradas grupos de maior risco (Moraes, et al., 2016).

A anorexia por norma tem um início na adolescência, contudo tem se observado cada vez mais casos com início na infância e após os 40 anos de idade (Borges et al, 2006). Ocorre predominantemente em mulheres jovens, com prevalência pontual de 0.28%. Os maiores picos de incidência ocorrem aos 14 anos e aos 17 (Appolinário & Claudino, 2000). No caso da bulimia nervosa, os primeiros sintomas tendem a aparecer na adolescência ou até aos 40 anos, tendo como média de idade os 20 anos (Borges et al, 2006). É extremamente rara antes dos 12 anos de idade (Appolinário & Claudino, 2000). É a mais comum, com uma prevalência entre 1 e 2% entre as mulheres jovens (Traebert & Moreira, 2001).

A literatura refere que existe uma maior prevalência de perturbações alimentares em cursos universitários nos quais a aparência física é encarada como um fator importante, como por exemplo o de Educação Física e Nutrição (Laus, Moreira, & Costa, 2009).

Apesar da crescente bibliografia que tem surgido ao longo dos tempos, os estudos realizados com homens referentes à anorexia nervosa e bulimia nervosa carecem de informação levando à crença de que os homens talvez não padecessem desta perturbação. A pouca informação e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca do assunto, têm dificultado o diagnóstico, atrasando o tratamento e por consequente, aumentando o risco de complicações clínicas das perturbações da alimentação em pacientes do sexo masculino (Melin & Araújo, 2002). A taxa de prevalência é difícil de identificar, porque os homens são excluídos de muitos estudos por serem de baixo número. A proporção de homens que padecem deste tipo de

perturbação de acordo com a literatura é de 1/10, variando entre 1/6 e 1/20. Assim como ocorre no sexo feminino, a bulimia nervosa é mais frequente que a anorexia nervosa. Existem grupos de homens que apresentam maior probabilidade em desenvolver este tipo de patologia, pois são profissões que relacionadas com uma extrema preocupação com o peso, sendo elas as profissões de bailarinos, ginastas, nadadores, jóqueis, atletas de corrida, fisiculturistas e lutadores de luta livre. Algumas investigações defendem que homens com perturbações alimentares tenham mais semelhanças com mulheres que sofram da mesma patologia do que com homens sem qualquer tipo de perturbação deste tipo. Também dificulta o diagnóstico, a forma como os homens expressam os seus conflitos em relação ao seu tamanho e à sua forma corporal. Por exemplo, o sexo feminino expressa um pavor em mudar de um 38 para um 42, e por norma, prefere pesar menos de 50Kg. Comparativamente com os homens, estes raramente expressam alguma queixa em relação ao número de roupa que vestem ou dos quilos que pesam, mas sim expressam desejos intensos em perder a sua flacidez e de ter um corpo forte e musculado (Gonçalves, Barbosa, da Rosa, & Rodrigues, 2008; Melin & Araújo, 2002).

Como fatores de predisposição são encarados o sexo feminino, existência na história familiar de perturbações da alimentação, uma baixa autoestima, um perfecionismo exagerado e uma dificuldade em expressar emoções. Ou seja, os fatores predisponentes seriam o contexto onde a perturbação aparece (Borges et al, 2006; Souza & Santos, 2006). Assim, os fatores familiares seriam fatores predisponentes para o surgimento da patologia e não uma causa isolada (Hay, 2002; Souza & Santos, 2006). Como fatores precipitantes temos as dietas, separações e perdas, alterações na dinâmica familiar, existência de expectativas irreais e proximidade da menarca (Borges et al, 2006). Como fatores perpetuadores, os fatores que mantém a doença são apresentados como alterações endócrinas, distorção da sua imagem corporal, distorções cognitivas e

práticas purgativas, desarmonia familiar, separação do casal, falta de consciência na resposta dos pais à doença e disfunção familiar (Borges et al, 2006; Souza & Santos, 2006).

As perturbações alimentares apresentam-se muitas vezes associadas a outras doenças psiquiátricas sendo elas: entre 12 e 40% abuso e dependência de drogas e álcool; entre 50 e 75% síndromes depressivos; entre 15 e 35% perturbações ansiosas como fobia social e transtorno obsessivo compulsivo; e entre 40 a 75% perturbações de personalidade (Borges et al, 2006). Em algumas investigações, indivíduos com anorexia nervosa caracterizam-se por défices de atenção e viso-percetivos. No caso da bulimia nervosa, os pacientes apresentam anormalidades relacionadas com as funções executivas (Duchesne, Mattos, Fontenelle, Veiga, Rizo, & Appolinário, 2004).

A anorexia nervosa apresenta taxas de recuperação variadas. Crê-se, apesar de tudo, que entre 30 a 40% dos pacientes tenham uma recuperação total, não voltando a apresentar episódios característicos da doença. Outros 30 a 40% apresentam uma evolução mediana, variando entre períodos de melhora e de recidiva da perturbação, podendo levar ao desenvolvimento de bulimia nervosa. Todos os outros pacientes apresentam um desenvolvimento grave, com complicações físicas e psicológicas. Relativamente ao índice de mortalidade, este pode chegar aos 20%, devido a complicações da própria doença e ao suicídio. Alguns aspetos podem levar a uma evolução negativa da doença sendo eles, um peso muito baixo aquando do início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora na procura de ajuda médica, presença de práticas purgativas, dificuldade nas relações familiares e comorbidade com outras doenças psiquiátricas (Borges et al, 2006).

Em relação às melhorias no quadro da bulimia nervosa não há consenso entre os investigadores. Alguns investigadores defendem uma bulimia recuperada mesmo

existindo um episódio bulímicos ou vômito mensal, enquanto que outros autores defendem que para uma recuperação completa é necessário a existência do fim completo da compulsão e das práticas purgativas. No que diz respeito às estatísticas, estima-se que a recuperação total ronde os 60%, uma recuperação mediana entre os 30% e uma não recuperação por volta dos 10% (Borges et al, 2006).Tanto na anorexia como na bulimia nervosas, o tratamento deve ser multidisciplinar, com atendimentos psiquiátrico, psicológico, nutricional, endocrinologista, ginecologista, pediatra, terapeutas individual e familiar e enfermagem e outros profissionais caso seja necessário, visto que existem diversos fatores que contribuem para o surgimento e desenvolvimento das perturbações alimentares. No caso de haver comorbidade psiquiátrica, é aconselhável e necessária uma abordagem essencialmente psicofarmacológica (Borges et al, 2006; Cordás, 2001).

Uma terapia muito utilizada neste tipo de problemática é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC tem como principal objetivo identificar e corrigir os aspetos e condições que favorecem o aparecimento, desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais ocorridas neste tipo de patologia. As técnicas utilizadas pela TCC têm sido avaliadas e reconhecidas como sendo estratégias eficazes para a melhora nestes quadros clínicos. No caso da anorexia nervosa, as condições que carecem de ser corrigidas são: a diminuição da restrição alimentar, a frequência da atividade física, a distorção da imagem corporal, as crenças e a autoestima. Em relação à bulimia nervosa, as condições a serem identificadas e alteradas são: os episódios de compulsão alimentar e indução do vômito, uso de laxantes e diuréticos, as crenças, hábitos alimentares, atividade física e autoestima (Duchesne & Almeida, 2002).

No caso de anorexia nervosa, a psicoterapia psicodinâmica mais indicada é a individual, pois os programas compostos por psicoterapia de grupo podem não ter efeito

durante a fase da ajuda. A terapia de grupo pode acarretar consequências negativas como a competitividade pela perda de peso. A restabelecimento nutricional é fundamental para a eficácia da psicoterapia, apesar da ocorrência de aumento de peso não seja sinal de cura. Não pode haver uma desvalorização do peso, na expectação de que seja recuperado como consequência da resolução dos conflitos envolvidos. Surge também a possibilidade da realização de uma psicoterapia familiar. Esta revela-se eficaz quando o historial clínico já perdura há pelo menos três anos e os estudos de seguimento apontam para resultados duradouros. Por fim, a psicoterapia de grupo pode ser uma excelente forma de fornecer um *feedback* e suporte emocional através de uma experiência partilhada entre os membros do grupo (Gorgati, Holcberg, & de Oliveira, 2002).

A psicoterapia psicodinâmica tem como objetivo providenciar ao sujeito um espaço seguro e confiável, de modo a que ele se sinta à vontade para partilhar o seu mundo interno e que consiga expressar todos os seus sentimentos. A curto prazo a psicoterapia psicodinâmica pretende proporcionar e desenvolver uma aliança terapêutica, um desenvolvimento de uma observação sobre si mesmo, desenvolver uma consciência dos estados afetivos, e um reconhecimento dos padrões de comportamento que sejam contraditórios com os seus objetivos. A longo prazo, a psicoterapia pretende promover uma compreensão das funções do sintoma, melhorar a autoestima, possibilitar a distinção mais clara entre o sujeito e o mundo, melhorar os sintomas e o seu funcionamento social. Em suma, esta psicoterapia tem como objetivos ajudar o paciente a lidar com os sintomas e promover nele estratégias de *coping* para lidar com as adversidades que ainda vão vir no resto da sua vida (Gorgati, Holcberg, & de Oliveira, 2002).

No que diz respeito ao tratamento da bulimia nervosa a recorrência a antidepressivos, nomeadamente os tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptura da serotonina, tem ajudado no tratamento, reduzindo assim a frequência dos episódios bulímicos e vômitos, e também por atuar na diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos, quando estes estão presentes no quadro clínico (Salzano & Cordás, 2004) O trabalho com os pacientes com perturbações da alimentação e da ingestão é difícil, desgastante e revela-se muitas vezes longo. Estes indivíduos e as suas famílias revelam algumas particularidades sendo elas desafios para os cuidadores de saúde, como por exemplo, não perceberem que estão doentes (Sicchieri et al, 2006). Desde a década de 70 percebemos que o interesse pela compreensão deste fenómeno da anorexia nervosa através do modelo mencionado por Souza e Santos (2006), das "famílias psicossomáticas". Os autores definiram uma família psicossomática de acordo com as seguintes características: a presença de alianças entre as gerações na família, evitamento de conflitos entre os membros da família, família pouco flexível e com pouca capacidade para resolver os problemas. Segundo os autores Souza e Santos (2006), as pacientes com bulimia nervosa percecionam a sua família como sendo pouco funcional. As famílias com pacientes bulímicas apresentam pouco afeto entre os seus membros, escassa comunicação e pouca habilidade para a resolução dos conflitos. Ainda nessas famílias notou-se uma demasiada importância na aparência, na reputação familiar e nas conquistas pessoais, e a dieta da jovem seria uma forma de a família se adaptar aos padrões da sociedade em que exigem uma boa aparência e sucesso. Segundo ainda esse estudo, essas jovens não aprenderam como controlar os seus impulsos de forma adequada e, dentro de uma envolvência problemática e com pouca afetividade, procuram na comida uma forma de obter alguma gratificação. Ainda se chegou à conclusão que havia evidências de que o clima familiar seria o fator mais predisponente das perturbações alimentares. Semelhante aos estudos realizados no ocidente, as

investigações do oriente revelam que a recusa da comida é um símbolo da disciplina dirigida ao corpo e a punição direcionada à família, sendo uma forma de vingança pelo aprisionamento vivenciado pela jovem anorética dentro do seu ceio familiar. Verificou-se que a anorexia aparecia como uma forma de protesto e uma forma de mostrar descontentamento devido à falta de autonomia da filha em relação aos pais.

Estando, na sua maioria, a viver longe da família de origem, o estudante universitário mantém, no entanto, uma ligação simbólica e afetiva à mesma, além de, na maioria dos casos, continuarem na sua dependência financeira. É possível que diversas variáveis de natureza familiar possam relacionar-se com a saúde, estilos de vida e ajustamento psicológico dos jovens universitários. A resiliência familiar constitui uma importante variável para identificar e fortalecer os principais processos que permitem que as famílias ultrapassem as crises e tensões existentes no ceio familiar. A resiliência familiar também varia consoante o tipo e forma de família, segundo os desafios psicossociais, recursos e restrições (Walsh, 1996). Uma característica distintiva da resiliência familiar é a importância no significado do nível do sistema familiar. Com base nos sistemas de significado familiar e visões acerca de riscos específicos, proteção e vulnerabilidades, algumas famílias específicas definem coletivamente situações de maneira a interagir com suas respostas de risco significativo (Henry, Morris, & Harrist, 2015). As intervenções neste âmbito têm como objetivo identificar e fortalecer os principais processos de interação que permitirão às famílias gerirem e recuperem dos desafios disruptivos. A presença da resiliência permite uma convicção de que tanto o crescimento individual como o familiar podem ser forçados através de esforços colaborativos perante a adversidade (Walsh, 1996). A forma como a família lida e ultrapassa todos estes obstáculos é importante para a recuperação individual e familiar (Walsh, 1996). De acordo com os investigadores, as famílias têm um potencial de

adaptação positiva baseada na proteção disponível, vários níveis e sistemas familiares adaptativos (Henry et al., 2015).

Ao contrário do que foi já foi referido, segundo Souza e Santos (2006), ainda não existe suporte empírico consistente para afirmar que a dinâmica familiar seja um fator predisponente para o desenvolvimento deste tipo de perturbação, pois não é possível afirmar que as características dessas famílias patogénicas se desenvolvem antes da perturbação da alimentação surgir ou se resultam de uma reorganização dos meus membros de acordo com os sintomas ao comportamento alimentar apresentado pelo seu familiar. A dinâmica familiar encarada como sendo um fator de risco para a anorexia e bulimia nervosas, contribui para o aumento do sentimento de impotência por parte dos pais e das mães em relação aos sintomas do seu filho.

Apostar nos fatores de proteção e na construção de processos psicossociais positivos, ao invés de somente reduzir os riscos, pode ser útil no desenvolvimento de programas de prevenção para os jovens. Os profissionais que trabalham na área dos comportamentos alimentares dão importância à necessidade de trabalhar com o sistema familiar aquando intervêm nesse tipo de dificuldades, pois as famílias são encaradas como um fator muito importante quer para a prevenção quer para o tratamento destas perturbações do comportamento alimentar. Além disso, uma maior consciencialização dos fatores protetores em sistemas familiares irá ser útil para os profissionais da área, mas também para as famílias, escolas e comunidades que anseiam promover o desenvolvimento adaptativo e de alguma forma ajudar a prevenir as dificuldades alimentares (Langdon-Daly & Serpell, 2017).

No âmbito da psicologia clínica, torna-se relevante avaliar os comportamentos alimentares dos estudantes universitários, uma vez que este tipo de perturbação é caracterizada principalmente por uma preocupação excessiva com o peso corporal,

gerando assim comportamentos anómalos, prejuízos para a saúde e um potencial risco de vida é pertinente detetar ou perceber a existência deste tipo de perturbação de modo a ser possível uma intervenção precoce com vista a um maior sucesso.

Esta investigação tem como objetivo geral perceber as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários, relacionando-a com a resiliência individual e familiar. Para além disso, pretende ainda determinar a magnitude das preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada, entender se a resiliência familiar e individual poderá predizer as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão e finalmente, determinar se a perturbação da alimentação varia consoante o sexo.

Metodologia

O estudo que aqui se apresenta é correlacional comparativo, num paradigma quantitativo e pretende atingir os seguintes objetivos: determinar a magnitude das preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada, perceber se existe relação entre as perturbações da alimentação e da ingestão e a resiliência familiar e individual nos estudantes, entender se a resiliência familiar e individual poderão predizer as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão, determinar se as preocupações e perturbações de alimentação variam com o sexo.

Com esta investigação espera-se que a prevalência das perturbações da alimentação e da ingestão sejam superiores no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Prevê-se também que as preocupações e perturbações da alimentação estejam

relacionadas com uma baixa resiliência individual e familiar. Crê-se que a resiliência individual e familiar poderão predizer negativamente o nível de perturbações da alimentação e da ingestão. Por fim espera-se que uma elevada resiliência individual dos estudantes universitários possa estar relacionada positivamente com a resiliência familiar.

População e amostra

A população escolhida para este estudo foi a população universitária de uma universidade do interior norte de Portugal. A amostra, constituída por conveniência é composta por 422 participantes, dos quais 310 (73.5%) são do sexo feminino e 112 (26.5%) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 18.97 anos (DP = .64), variando entre os dezoito e os vinte e oito anos de idade. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra em termos de idade e o sexo dos participantes.

Tabela 1

Dados sociodemográficos da amostra

Idade	n(%)
18-20	378(89.6%)
21-23	29(6.8%)
24-26	10(2.3%)
27-29	5(1.2%)
Sexo Feminino	310(73.5%)
Sexo Masculino	112(26.5%)

Antes da colheita de dados, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da Universidade escolhida, que deu autorização (Anexo 1). Além disso, e de

acordo com a Declaração de Helsínquia (1964), no pressuposto do cumprimento dos requisitos éticos da investigação com seres humanos, foram apresentados os objetivos do estudo no momento da colheita de dados e foi indicado aos estudantes que aceitaram preencher os questionários que poderiam desistir a qualquer momento do seu preenchimento sem qualquer prejuízo direto ou indireto. Os questionários foram administrados coletivamente em sala de aula, nas aulas em que os docentes deram consentimento para tal. Considerou-se como consentimento informado dos participantes o preenchimento integral de todos os questionários distribuídos a cada um. Prescindiu-se da assinatura do consentimento informado por uma questão de anonimato.

Instrumentos

Os dados necessários para testar as hipóteses equacionadas foram recolhidos junto de uma amostra de estudantes universitários e obtidos através de um questionário sociodemográfico e da aplicação dos instrumentos: Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) adaptado para a população portuguesa com a designação de Questionário de Comportamento Alimentar (QCA), foi ainda utilizado a escala Perfil de Resiliência Familiar (PRF) e a Escala de Resiliência para Adultos (ERA).

O instrumento *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ) de autoria de Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), foi adaptado para a população portuguesa por Victor Viana e Susana Sinde (Viana & Sinde,2002). É um escala de autopreenchimento composta por 33 itens com resposta tipo *likert*, com cinco alternativas de resposta (desde 1 - “Nunca”; até 5 -“Muito Frequente”). A escala avalia três dimensões*:* *Alimentação Externa*, *Alimentação Emocional* e *Restrição Alimentar* nas quais a pontuação é obtida pela média da cotação dos itens de cada dimensão e os valores mais

elevados indicam maior frequência no tipo de comportamento (Moreira, Almeida, Sampaio, & Almeida, 1998). A dimensão "Alimentação Externa" avalia a desinibição ou perda de controlo que acorre, não por causa das sensações com origem fisiológica de fome ou saciedade, mas por causa de fatores externos intrínsecos aos alimentares ou à sua situação social em que são ingeridos. A dimensão "Alimentação Emocional" traduz a perda de controlo da ingestão por exposição a fatores de stress emocional, esta dimensão implica desinibição alimentar nessa situação. E por último, a dimensão "Restrição Familiar" refere-se ao esforço de vontade que alguém exerce, com regularidade, de modo a controlar o seu apetite ou a ingestão de alimentos levando a dietas.

Os itens estão divididos pelas três dimensões do seguinte modo: Alimentação Externa- itens 2,6,9,12,15,18,21,24,27 e 33; Alimentação Emocional- itens 1,3,5,8,10,13,16,20,23,25,28,30 e 32; e na Restrição Familiar- itens 4,7,11,14,17,19,22,26,29 e 31.

O instrumento *Perfil de Resiliência Familiar* (PRF) foi desenvolvido originalmente por McCubbin e McCubbin (1993) e traduzido para português por Peixoto e Martins (2012) e avalia a forma como a família responde a situações de stresse e crise. Este instrumento é composto por cinco subescalas: *Mudanças Familiares*, *Coerência Familiar*, *Flexibilidade Familiar*, *Envolvimento Familiar* e *Suporte Social*. A dimensão "Mudanças Familiares" é apenas cotada com Sim ou Não. A dimensão "Coerência Familiar" é uma escala com quatro questões, com respostas tipo *likert*, com pontuação que varia entre 0 e 4 (em que 0 significa "discordo totalmente" e o 4 "concordo totalmente") e avalia as capacidades da família para lidar com os acontecimentos e mudanças. A dimensão "Flexibilidade Familiar" é constituída por sete itens, com respostas tipo *likert* que variam entre 1 e 5 (em que 1 representa "quase nunca" e o 5

“quase sempre”). Avalia a participação dos membros nas decisões familiares, a forma como lidam com os problemas e partilham responsabilidades. A dimensão “Envolvimento Familiar” é constituída por sete itens, com resposta tipo *likert* que variam entre 1 e 5 (em que 1 significa “nunca” e 5 “quase sempre”), relacionados com o relacionamento e proximidade dos elementos da família. E a dimensão “Suporte Social” inclui dezassete itens e tem o objetivo de perceber como a família se sente parte integrante da comunidade, com resposta tipo *likert* que variam entre 0 e 4 (em que 0 significa “discordo” e 4 “concordo totalmente”) (Peixoto & Martins, 2012).

A dimensão “Mudanças familiares” avalia os acontecimentos e mudanças ocorridas que podem expor a família a uma maior vulnerabilidade. A dimensão “Coerência Familiar” diz respeito às capacidades que a família apresenta em lidar com os acontecimentos e mudanças causadoras de stresse. Em relação à dimensão “Flexibilidade Familiar”, esta avalia as participações de cada elemento da família, a forma como lidam com os problemas e partilham as responsabilidades. A dimensão “Envolvimento familiar” avalia o relacionamento e a proximidade entre cada elemento da família e as suas implicações no bem-estar geral. E por último, a dimensão “Suporte Social” consiste em avaliar em que medida a família está integrada na comunidade onde está inserida, a encara como um recurso e como sente o apoio emocional e o suporte dos amigos e familiares.

A *Escala de Resiliência para Adultos (*ERA) é um instrumento que avalia a resiliência individual (Hjemdal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2001), tendo sido validada para a população portuguesa por Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro e Alves (2016). A ERA é um questionário de autorresposta que avalia diversas características de resiliência, contendo itens que na sua estrutura original se organizam

nos seis fatores seguintes: *Perceção do Self*, *Planeamento do Futuro*, *Competências Sociais*, *Coesão Familiar*, *Recursos Sociais* e *Estilo Estruturado*.

A dimensão "Perceção do Self" avalia a capacidade de confiar nas suas próprias capacidades, expectativas realistas, autoeficácia e julgamentos. A dimensão "Planeamento do Futuro" diz respeito à capacidade de planear antecipadamente, de apresentar uma visão otimista e de se orientar tendo em conta objetivos claros e alcançáveis. No que diz respeito à dimensão "Competências Sociais", esta avalia a flexibilidade nas interações sociais, o uso positivo do humor, a capacidade de se sentir à vontade em ambientes sociais e na criação de novas amizades. A dimensão "Estilo Estruturado" diz respeito à capacidade de ter e seguir rotinas, de ser capaz de organizar o seu próprio tempo, e por ser capaz de ter objetivos e planos bem estruturados antes da realização das tarefas. Em relação à "Coesão Familiar", estão em causa os valores que são partilhados ou discordantes na família, se os membros da família gostam de passar tempo juntos, se apresentam lealdade, se tem apoio mútuo, se apresentam um sentimento de apreciação e uma visão otimista do futuro. E por último, a dimensão "Recursos Sociais" avalia a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confiável fora do ceio familiar e se existem pessoas a quem a família pode recorrer se necessitarem de ajuda.

A dimensão "Perceção do Self" é composta pelos itens 1,7,13,19,25 e 29. O "Planeamento do Futuro" é apresentada pelos itens 2,8,14 e 20. Na dimensão "Competências Sociais"" consiste nos itens 3,9,15,21,26 e 30. A dimensão Estilo Estruturado" é composta pelos itens 6,12,18 e 24. A dimensão "Coesão Familiar" é apresentada pelos itens 4,10,16,22,27 e 31. E por último, a dimensão "Recursos Sociais" é composta pelos itens 51,11,17,23,28,32 e 33.

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi avaliada pelo método Alpha de Cronbach, que apresentou valores satisfatórios e bons na maioria das dimensões dos três instrumentos utilizados (Tabela 2). Excetuam-se as dimensões "Mudanças Familiares" e "Coerência Familiar" do instrumento PRF, as dimensões "Estilo Estruturado" e "Coesão Familiar" no instrumento ERA. Os coeficientes alfa foram interpretados da seguinte forma: α< .60 = é insuficiente; α.60 a .69 = é marginal; α.70 a .79 = é aceitável; α.80 a .89 = é bom; e α.90 ou superior = é excelente (Barker, Pistrang, & Elliot, 2002).

Tabela 2

Valores da consistência interna dos instrumentos (e respetivas dimensões/sub-escalas) utilizados: DEBQ, ERA E PRF

	Presente estudo (n = 422)	Viana e Sinde (2002) (n=194)
DEBQ	.86	
Ingestão emocional	.89	.94
Restrição familiar	.81	.92
Ingestão externa	.84	.81
		Peixoto e Martins (2012) n = 124
PRF	.74	
Mudanças familiares	.63	.41
Coerência familiar	.49	.35
Flexibilidade familiar	.82	.60
Envolvimento familiar	.89	.68
Suporte social	.86	.78
		Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro, & Alves (2016) (n=304)
ERA	.91	.94
Perceção do self	.75	.78
Planeamento do futuro	.75	.75
Competências sociais	.72	.72
Estilo estruturado	.39	.38
Coesão familiar	.42	.81
Recursos sociais	.86	.84

Procedimentos

Para esta investigação os dados foram recolhidos em contexto de sala de aula, com a autorização dos respetivos diretores de curso que todos eles consentiram a sua participação.

Assim que a amostra foi recolhida, seguiu-se a introdução dos dados em base de dados estatísticos, recorrendo ao programa estatística IBM SPSS®-versão 25.

Resultados

Para responder aos objetivos deste estudo e testar as hipóteses foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa IBM SPSS ® versão 25 para o tratamento estatístico. Os testes utilizados foram: (a) o Coeficiente de Correlação de Pearson, que consiste num teste que investiga se duas (ou mais) variáveis intervalares estão associadas no caso da amostra apresentar uma distribuição normal e (b) o Teste-T para amostras independentes que tenta perceber se as médias da variável dependente nos dois grupos que estão a ser comparados são diferentes estatisticamente uma da outra.

Antes da tomada de decisão por estes testes foi feita uma análise exploratória aos dados para verificar se a variáveis apresentam uma distribuição normal. Após a constatação (valores da assimetria e achatamento entre 1 e -1) de que todas as variáveis apresentavam uma distribuição normal aptou-se pela utilização dos testes paramétricos de correlação e comparação de médias, para testar as hipóteses equacionadas. Após a realização dos constata-se que todas apresentam distribuição normal, pelo que os testes utilizados para responder às questões de investigação, e atingir os objetivos deste estudo, foram os testes paramétricos.

Para responder ao primeiro objetivo “Perceber as preocupações alimentares, as perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários relacionada com a resiliência individual e familiar”, foram utilizados testes de correlação de Pearson entre as variáveis preocupações alimentares e perturbações da alimentação e a resiliência individual e familiar. Indicou-se como hipóteses “que as preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão estejam relacionadas com uma baixa resiliência individual e que a elevada resiliência individual dos estudantes universitários possa estar relacionada positivamente com a resiliência familiar”.

O resultado apurado com o teste de correlação de Pearson entre as dimensões da DEBQ, da ERA e da PRF indicaram que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p \leq .05$) (Anexo 2).

Em relação ao “Envolvimento familiar” e “Ingestão externa” obteve-se uma correlação negativa de baixa magnitude ($r=-.197$), isto quer dizer que quanto maior for proximidade entre os elementos da família menor é a ingestão de alimentos devido à sua situação social ou a outros fatores externos intrínsecos. Referente à pontuação total da escala ERA e ao “Envolvimento familiar” existe uma correlação positiva de moderada magnitude ($r=.460$), significa que quanto maior for o envolvimento familiar dos membros maior é a resiliência individual. No que diz respeito à “Perceção do self” e à pontuação total da escala ERA notou-se uma correlação positiva de elevada magnitude ($r=.740$), ou seja, quanto maior for a perceção do self de cada individuo maior é a sua resiliência individual. Na dimensão “Mudanças familiares” relacionada com o total da escala DEBQ obteve-se uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.120$), ou seja, quanto maior forem as mudanças ocorridas na família, maior serão as preocupações com a alimentação. Na correlação “Mudanças familiares” e “Restrição familiar” verificamos uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.095$), sendo que quanto

maior forem as mudanças ocorridas na família maior é a restrição de algum membro da família perante outro. Também se obteve uma correlação positiva de baixa magnitude entre “Mudanças familiares” e a “Ingestão externa” (r=.124), significando que com o aumento das mudanças familiares surge também um aumento da ingestão alimentar movida por fatores externos. Relacionando “Coerência familiar” com o total da escala DEBQ mais uma vez se verificou uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.171), querendo dizer que com o aumento das capacidades da família em lidar com os eventos e as mudanças causadores de stress fazem aumentar as preocupações com a alimentação. Uma correlação positiva de baixa magnitude foi o resultado da correlação entre “Coerência familiar” e “Ingestão emocional” (r=.171), logo com o aumento das capacidades das famílias para lidarem com o stress também faz aumentar a ingestão de alimentos por causas emocionais. Entre “Coerência familiar” e “Restrição familiar” também se obteve uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.113), mais uma vez indicando que o aumento da coerência familiar provoca um aumento da restrição familiar. Na relação entre “Suporte social” e “restrições familiares” notou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.123), isto é, quanto maior for o “suporte social” menor são as “restrições familiares” existentes. Relacionando “Envolvimento familiar” com o total da escala DEBQ verificou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.129), logo com o aumento do envolvimento familiar nas decisões e resolução de problemas há uma diminuição das preocupações com a alimentação. Entre “Envolvimento familiar” e “Ingestão externa” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.197), querendo isto dizer que com o aumento do envolvimento familiar há uma diminuição da ingestão externa. Correlacionando a pontuação total da escala ERA com a pontuação total da escala PRF observou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.568), isto é, quanto maior for a resiliência individual de cada pessoa maior é a resiliência familiar do mesmo. Entre a pontuação total da escala

ERA e a dimensão “Mudanças familiares” obteve-se uma correlação negativa baixa magnitude (r=-.114), ou seja, quanto maior for a resiliência individual menor são as mudanças ocorridas no ceio familiar. Uma correlação positiva de baixa magnitude observada (r=.300) foi entre a pontuação total da escala ERA e a dimensão “Coerência familiar” significando que quanto maior for a resiliência individual do indivíduo maior é a coerência familiar. Analisando os resultados também se observou mais uma correlação negativa de moderada magnitude (r=-.345) entre a pontuação total da escala ERA e a dimensão “Flexibilidade familiar”, logo quanto maior for a resiliência individual menor é a sua flexibilidade na família. Entre a pontuação total da escala ERA e a dimensão “Suporte social” obteve-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.619), levando a concluir que quanto maior for a resiliência individual maior é o suporte social familiar. Na correlação entre a pontuação total da escala ERA e a dimensão “Ingestão externa” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.115), ou seja, quanto maior for a resiliência individual da pessoa menor é a ingestão de alimentos por causas externas. Entre a pontuação total da escala ERA e a dimensão “Envolvimento familiar” obteve-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.460), isto quer dizer que quanto maior for a resiliência individual da pessoa melhor será também a proximidade e relacionamento dos membros da família. Entre as dimensões “Perceção do self” e a pontuação total da escala PRF verificou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.359), logo quanto maior for a perceção de si mesmo maior é a resiliência familiar. Na correlação entre “Perceção do self” e “Mudanças familiares” obteve-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.129), ou seja, quanto maior for o conhecimento sobre si mesmo menor são as mudanças ocorridas no ceio familiar. Entre “Perceção do self” e “Coerência familiar” verificou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.236), logo quanto maior a perceção do self maior é a coerência da família. Analisando os resultados entre a correlação das

dimensões “Perceção do self” e “Flexibilidade familiar” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.202), isto quer dizer que quanto maior for a perceção de si mesmo menor é a participação dos elementos da família na tomada de decisões e na partilha de responsabilidades. Uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.421) observada foi entre “Perceção do self” e “Suporte social”, significando que quanto maior a perceção do self maior é a integração da família na comunidade. Entre “Perceção do self” e “Ingestão externa” notou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.133), ou seja, quanto maior a perceção do self menor é a ingestão de alimentos por causas externas. Na correlação entre “Perceção do self” e “Envolvimento familiar” registou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.226), significando que com o aumento da perceção do self também aumenta o envolvimento familiar. Entre a correlação das dimensões “Planeamento do futuro” e a pontuação total da escala PRF notou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.376), isto é, um maior planeamento do futuro corresponde a uma maior resiliência familiar. Entre “Planeamento do futuro” e a “Coerência familiar” observou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.206) significando que um maior planeamento do futuro há uma maior coerência familiar. Analisando os resultados entre “Planeamento do futuro” e a “Flexibilidade familiar” registou-se uma correlação baixa magnitude negativa (r=-.165), ou seja, um maior planeamento do futuro corresponde a uma menor flexibilidade familiar. Registou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.383) entre “Planeamento do futuro” e o “Suporte social” em que um maior planeamento do futuro indica um maior suporte social. Entre “Planeamento do futuro” e “Ingestão externa” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.157), significando que um maior planeamento do futuro há também uma maior ingestão de alimentos por motivos externos. Na correlação entre “Planeamento do futuro” e “Envolvimento familiar” registou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.259), isto significa

que quanto maior for o planeamento do futuro maior é a proximidade e a envolvência entre os membros da família. Registou-se também uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.356) entre as "Competências sociais" e a pontuação total da escala PRF, levando a concluir que maiores competências sociais do indivíduo indicam uma maior a sua resiliência familiar. Entre "Competências sociais" e "Coerência familiar" registou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.170), em que maiores competências sociais indicam uma maior coerência familiar. Analisando os resultados verificou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.180) entre "Competências sociais" e "Flexibilidade familiar" querendo isto dizer que quanto maiores forem as competências sociais menor é a flexibilidade da família. Verificou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.435) entre "Competências socias" e "Suporte social" significando que maiores competências sociais indicam um maior suporte social. Entre "Competências sociais" e "Envolvimento familiar" registou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.188), logo a maiores competências sociais indica um maior envolvimento familiar. Observando a correlação entre "Estilo estruturado" e a pontuação total da escala PRF notou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.180), significando que quanto maior for a estruturação do estilo do sujeito maior é a sua resiliência familiar. Entre "Estilo estruturado" e "Coerência familiar" observou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.136), logo quanto maior for a estruturação do estilo do indivíduo maior as capacidades que a família tem em lidar com situações e mudanças que causam stress. Registou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.182) entre as dimensões "Estilo estruturado" e "Suporte social", logo quanto maior for a estruturação do estilo do sujeito maior será a integração da família na comunidade onde está inserida. Uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.156) registada foi entre "Estilo estruturado" e "Ingestão externa" significando que quanto maior for a estruturação do estilo do indivíduo menor é a ingestão de alimentos por

motivos externos. Analisando os resultados verificou-se uma correlação positiva de baixa magnitude (r=.144) entre “Estilo estruturado” e “Envolvimento familiar”, ou seja, quanto maior for a estruturação do estilo do sujeito maior é a proximidade e os relacionamentos entre os membros da família. Verificando os resultados da correlação entre “Coesão familiar” e a pontuação total da escala PRF obteve-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.582), significando que a uma maior coesão familiar corresponde a uma maior resiliência familiar. Entre “Coesão familiar” e “Mudanças familiares” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.150), logo a uma coesão familiar maior indica que existem menos mudanças familiares. Analisando os resultados entre “Coesão familiar” e “Coerência familiar” verificou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.322), ou seja, quanto maior for a coesão familiar maior são as capacidades que a família tem em lidar e ultrapassar os eventos e mudanças que ocorrem e que causam stress. Verificou-se uma correlação negativa de moderada magnitude (r=-.447) entre “Coesão familiar” e “Flexibilidade familiar” indicando que quanto maior for a coesão familiar menor é a participação dos membros da família em tomada de decisões. Na correlação entre “Coesão familiar” e “Suporte social” obteve-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.596), indicando que quanto maior for a coesão familiar maior é a integração da família na comunidade onde está inserida. Entre “Coesão familiar” e “Ingestão externa” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.159), indicando que quanto maior for a coesão da família menor é a ingestão de alimentos por motivos externos. Analisando os resultados entre a correlação entre “Coesão familiar” e “Envolvimento familiar” verificou-se que estamos perante uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.627), ou seja, quanto maior a coesão familiar maior o envolvimento da família. Na correlação entre “Recursos sociais” com a pontuação total da escala PRF observou-se que era positiva de moderada magnitude (r=.520), revelando que quanto maior forem os

recursos sociais dos sujeitos maior é a sua resiliência familiar. Entre “Recursos sociais” e “Coerência familiar” obteve-se uma correlação positiva de fraca magnitude (r=.192), ou seja, quanto maior forem os recursos socias do sujeito maior é a coerência familiar. Verificou-se uma correlação negativa de moderada magnitude (r=-.317) entre “Recursos sociais” e “Flexibilidade familiar” indicando que quanto maior forem os recursos sociais menor é a flexibilidade da família. Analisando os resultados observou-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.576) entre “Recursos sociais” e “Suporte social” revelando que quanto maior forem os recursos sociais do indivíduo maior é a integração da família na comunidade onde está inserida. Na correlação entre “Recursos sociais” e a pontuação total da escala DEBQ observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.132), ou seja, quanto maior for os recursos sociais do sujeito menor são as preocupações com a alimentação. Entre “Recursos sociais” e “Restrição alimentar” observou-se uma correlação negativa de baixa magnitude (r=-.122), significando que quanto maior forem os recursos sociais dos indivíduos menor é o esforço exercido no controlo dos alimentos ingeridos. Analisando os resultados entre “Recursos sociais” e “Envolvimento familiar” obteve-se uma correlação positiva de moderada magnitude (r=.433), isto é, quanto maior forem os recursos socias do indivíduo maior é o envolvimento dos membros da família. Entre “Recursos sociais” e a pontuação total da escala DEBQ verificou-se uma correlação positiva de elevada magnitude (r=.855), significando que quanto maior forem os recursos sociais do sujeito maior são as suas preocupações com a alimentação.

De modo a responder ao segundo objetivo “Determinar a magnitude das preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão em estudantes universitários, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada”, de forma a proporcionar um melhor entendimento as frequências foram divididas em quartis, tomando como ponto

de referência o valor mínimo e máximo e, quer da escala total, quer de cada dimensão. Assim o valor máximo da pontuação total da escala DEBQ teve como valor mínimo 49 e o máximo 149, a dimensão "Ingestão Emocional" teve como valor mínimo 13 e o máximo 70, a dimensão "Restrição Familiar" teve como valor mínimo 10 e o máximo 49 e, por fim, a dimensão "Ingestão Externa" teve como valor mínimo o 15 e o valor máximo de 50. Interpretando os resultados da pontuação total da DEBQ cerca de 44.5% da população assumem ter uma baixa preocupação com a alimentação, 40.92% dos inquiridos apresentam uma preocupação média com a alimentação, 13.04% dos indivíduos apresentam uma elevada preocupação alimentar e, por fim, cerca de 1.53% da população indica ter uma preocupação muito elevada com a alimentação. No que diz respeito à dimensão "Ingestão Emocional", cerca de 14.63% apresentam uma baixa preocupação com a alimentação, 41.22% indicam ter uma preocupação média com a alimentação, 31.46% apresentam uma elevada preocupação e 12.68% dos indivíduos inquiridos admitem ter uma preocupação muito elevada com a alimentação. Relativamente à "Restrição Alimentar", 31.36% da população indica ter uma baixa preocupação com a sua alimentação, 48.89% apresentam uma preocupação média com a alimentação que pratica, 17.28% dos participantes admitem ter uma elevada preocupação com a alimentação e cerca de 2.47% da população indica ter uma preocupação com a alimentação muito elevada. E por fim, no que diz respeito à "Ingestão Externa" cerca de 0.24% da população indica ter uma baixa preocupação com a sua alimentação, 58.01% indica ter uma preocupação média, 39.56% apresenta uma elevada preocupação e por último 2.18% da população indica ter uma preocupação muito elevada.

Tabela 3

Valores de magnitude das Preocupações e Perturbações da alimentação e da ingestão em estudantes universitários, em termos de baixa, média, elevada e muito elevada

	Baixa Preocupação	Média Preocupação	Elevada Preocupação	Preocupação Muito Elevada
Pontuação Total DEBQ	44.5%	40.92%	13.04%	1.53%
Ingestão Externa	0.24%	58.01%	39.56%	2.18%
Ingestão Emocional	14.63%	41.22%	31.46%	12.68%
Restrição Familiar	31.36%	48.89%	17.28%	2.47%

Referente ao objetivo "Entender se a resiliência individual e familiar poderão predizer as preocupações alimentares e as perturbações da alimentação e da ingestão", foi realizada uma análise de regressão linear, tomando como variáveis dependentes as dimensões da DEBQ; Ingestão Emocional, Restrição Familiar e Ingestão Externa, uma de cada vez e indicou-se como hipótese "que a resiliência individual e familiar poderão predizer negativamente o nível de perturbações da alimentação e da ingestão."

Ao analisar os resultados preditores sobre a dimensão "Ingestão Emocional" verificou-se que quanto maior for a Coerência Familiar maior é a Ingestão Emocional e que quanto menor os Recursos Sociais maior é a Ingestão Emocional. No que diz respeito à dimensão "Restrição Familiar" observou-se que quanto menor o Suporte Social maior é a Restrição Familiar e que quanto maior for a Coerência Familiar maior é a Restrição Familiar. E por último, na dimensão "Ingestão Externa" verificou-se que quanto menor o Envolvimento Familiar maior é a Ingestão Externa, quanto maior forem as competências Socias maior é a Ingestão Externa, quanto menor for a Perceção do Self maior é a Ingestão Externa e que quanto menor for a Flexibilidade Familiar maior é a Ingestão Externa.

Tabela 4

Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável Critério: Ingestão Emocional)

	R_2	R_2 ajustado	g.l	Z	p
Modelo 2	.05	.04	2	8.97	$p \leq .01$

Tabela 4.1

Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável Critério: Restrição Familiar)

	R_2	R_2 ajustado	g.l	Z	p
Modelo 2	.41	.36	2	7.84	$p \leq .01$

Tabela 4.2

Análise de regressão linear: Resumo do modelo (Variável Critério: Ingestão Externa)

	R_2	R_2 ajustado	g.l	Z	p
Modelo 4	.10	.09	4	10.55	$p \leq .01$

Por último, respondendo ao objetivo "Determinar se as perturbações da alimentação e da ingestão variam consoante o sexo", como hipótese indicou-se "que a

prevalência das perturbações da alimentação e da ingestão seja superior no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino".

Após analisar os resultados do teste, podemos afirmar que apenas existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo na pontuação total da escala DEBQ, sendo que o sexo feminino apresenta valores médios mais elevados em todas as dimensões (tabela 6).

Tabela 5

Valores de coeficientes β para as variáveis preditoras Ingestão Emocional, Restrição Familiar e Ingestão Externa

Variável critério	Variável preditora	β	Erro padronizado de β	β padronizado	t	p
Ingestão Emcional	Coerência Familiar	1.01	.28	.19	3.66	p ≤.01
	Recursos Sociais	-.24	.09	-.14	-2.68	p ≤.01
Restrição Familiar	Suporte Social	-.17	.05	-.18	-3.48	p ≤.01
	Coerência Familiar	.45	.17	.14	2.73	p ≤.01
Ingestão Externa	Envolvimento Familiar	-.26	.06	-.24	-4.28	p ≤.01
	Competências Sociais	.24	.06	.24	4.10	p ≤.01
	Perceção do Self	-.22	.06	-.22	-3.75	p ≤.01
	Flexibilidade Familiar	-.14	.06	-.12	-2.25	p ≤.01

Tabela 6

Diferenças nas perturbações da alimentação e da ingestão de acordo com o sexo; resultado do teste t de Student

	Sexo	Média	Desvio Padrão	p	t	Graus de liberdade
Pontuação total da DEBQ	feminino	94.44	18.10	.020	2.34	175.62
	masculino	89.66	17.35			
Ingestão emocional	feminino	39.75	12.30	.210	1.26	172.04
	masculino	37.84	13.99			
Restrição familiar	feminino	24.82	7.39	.076	1.78	182.74
	masculino	23.34	7.23			
Ingestão externa	feminino	30.12	6.01	.267	1.11	186.54
	masculino	29.37	6.07			

Discussão

De acordo com o objetivo de tentar perceber se existe uma correlação entre as preocupações alimentares e perturbações da alimentação e da ingestão, com a resiliência individual e familiar, de acordo com os resultados verificam-se correlações estatisticamente significativas, ou seja, há uma relação entre as perturbações e a resiliência individual e familiar. Estes resultados vão ao encontro da literatura, pois segundo Cardoso, Santos, Nunes e Loureiro (2015) a globalização e o contexto social onde o jovem está inserido representam fatores que afetam as escolhas alimentares, indicando ainda que este tipo de população apresenta algum risco em termos de saúde e bem-estar. Os autores Borges e seus colaboradores (2006) e Souza e Santos (2006) acrescentam ainda que as existências de história familiar de perturbações da alimentação, aumentam o risco de aparecimento nos jovens universitários. Contudo, ainda não existe suporte empírico consistente para afirmar que a dinâmica familiar seja um fator predisponente para o desenvolvimento deste tipo de perturbação, pois não é possível afirmar que as características dessas famílias patogénicas se desenvolvem antes

da perturbação da alimentar surgir ou se resultam de uma reorganização dos meus membros de acordo com os sintomas co comportamento alimentar apresentado pelo seu familiar. A dinâmica familiar encarada como sendo um fator de risco para a anorexia e bulimia nervosas, contribui para o aumento do sentimento de impotência por parte dos pais e das mães em relação aos sintomas do seu filho.

Em relação ao objetivo que pretendia analisar a magnitude deste tipo de perturbações nos estudantes universitários, entre baixa, média, elevada e muito elevada, verificou-se que 40.92% da população inquirida apresenta uma baixa preocupação com a sua alimentação e cerca de 14.9% dos inquiridos apresentam uma elevada preocupação. De acordo com a literatura, Appolinário e Claudino (2000) realçam existir uma maior prevalência das preocupações e perturbações da alimentação entre os 17 e os 20 anos. Não sendo uma população clínica, evidentemente que não se esperavam percentagens muito elevadas ao nível superior das preocupações e perturbações da alimentação, mas consideramos que 15% é uma percentagem preocupante de atenção por parte dos profissionais de saúde e da administração da universidade, no sentido em que será necessário criar estruturas de apoio psicológico e de saúde aos estudantes com contexto universitário.

De acordo com os resultados obtidos, em resposta ao objetivo referente à possibilidade da resiliência individual predizer as preocupações e perturbações da alimentação, verificou-se que os recursos sociais, competências sociais e coesão familiar predizem este tipo de perturbação. Este estudo corrobora outros resultados empíricos que afirmam que os estudantes universitários correm mais riscos de sofrer de alguma perturbação da alimentação e da ingestão devido às suas características transacionais e que podem indicar um fator de risco. A entrada para a vida universitária leva a alterações alimentares e à participação num novo meio social, que implica novas

definições de carreira, escolha de parceiros sexuais e estilos de vida, e que pode ter como consequência um aumento da insatisfação corporal (Cardoso, Santos, Nunes & Loureiro, 2015; Carvalho et al, 2013; Vitolo, Bortolini, & Horta, 2006)

E por último, no que diz respeito às diferenças nas preocupações e perturbações alimentares segundo o sexo, verificou-se no presente valores médios mais elevados no sexo feminino, corroborando outros dados empíricos que afirmam que este tipo de perturbação ocorre predominantemente no sexo feminino, isto acontece porque existem mais estudos sobre a prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino e porque este é considerado o grupo de maior risco para o aparecimento deste tipo de preocupações e perturbações da alimentação devido à manutenção do culto do corpo feminino perfeito (Appolinário & Claudino (2000); Borges et al, 2006; Traebert & Moreira, 2001).

Conclusão e recomendações para estudos futuros

Em modo conclusivo esta investigação, de uma forma geral, respondeu a todos os objetivos propostos, permitindo assim um maior conhecimento adquirido ao longo de todo o processo.

Futuramente seria interessante realizar outras investigações abrangendo população maior, com amostragem mais adequada, para permitir obter resultados que possibilitem generalizar à população universitária. E por fim, também seria pertinente um estudo que tivesse em conta a variável “curso” do estudante universitário, uma vez que, de acordo com dados empíricos anteriores, as preocupações e perturbações da alimentação e da ingestão estão fortemente relacionadas com o curso, sobretudo no que diz respeito aos cursos de nutrição e desporto.

Referências

Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M., ... & Segura-García, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*, 15(6), 1-10. https://dx.doi.org/ 10.1186/s12888 0150395-z

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª edição. Lisboa: Climepsi editores.

Appolinário, J., & Claudino, A. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*, 28-31. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008

Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002*). Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (2nd ed.). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Borges, N., Sicchieri, J., Ribeiro, R., Marchini, J., & Santos, J. (2006). Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, *39*(3), 340-348. Retirado de: http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389

Bosi, M., Luiz, R., Uchimura, K., & Oliveira, F. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *57*(1), 28-33. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100006

Cardoso, S., Santos, O., Nunes, C., & Loureiro, I. (2015). Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: Associação com padrões alimentares do agregado familiar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 128-136.

http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.07.004

Carvalho, P., Filgueiras, J., Ferreira, M., Neves, C., & Coelho, F. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000200003

Cordás, T. (2001). Transtornos alimentares em discussão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *23*(4), 178-179. http://dx.doi.org/10.1590/S151644462001000400003

Cordás, T., & Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl III), 3-6. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002.

Duchesne, M., & de Moraes Almeida, P. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares Cognitive Cognitive-behavioural therapy of-behavioural therapy of eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl III), 49-53. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700011.

Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L., Veiga, H., Rizo, L., & Appolinario, J. (2004). Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26*(2), 107-17. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200008.

Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares Assessment instruments for eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl III), 34-8. Retirado de: http://adolescenciaesaude.com/imprimir.asp?id=233

Gonçalves, T., Barbosa, M., Rosa, L., & Rodrigues, A. (2008). Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *57*(3), 166-70. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000300002

Gorgati, S., Holcberg, A., & de Oliveira, M. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares Psychodynamic approach on treatment of eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl III), 44-8. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf

Hay, P. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros Epidemiology of eating disorders: current status and future developments. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Supl III), 13-7. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700004

Henry, C., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. (2015). Family resilience: Movinginto the third wave. *Family Relations*, 64(1), 22-43. https://dx.doi.org/10.1111/fare.12106

Hoek, H. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336-339. https://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282

Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of eating disorders*, 5(12), 1-15. https://dx.doi.org/ 10.1186/s40337-017-0141-7

Laus, M., Moreira, R., & Costa, T. (2009). Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, *31*(3), 192-6. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000300009.

Lofrano-Prado, M., Prado, W., Barros, M., Tenório, T., & Souza, S. (2015). Obstetric complications and mother's age at delivery are predictors of eating disorder symptoms among Health Science college students. *Einstein (São Paulo)*, 13(4), 525-529. https://dx.doi.org/ 10.1590/S1679-45082015AO3366

Melin, P., & Araujo, A. (2002). *Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. 24*(Supl III), 73-6. http://dx.doi.org/10.1590/S151644462002000700016.

Moraes, J., Oliveira, A., Nunes, P., Lima, M., Abreu, J., & Arruda, S. (2017). Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição/Factors associated with body dissatisfaction and behaviour of risk for eating disorders among nutrition students. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 17(2), 106-111. Retirado de: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6084

Marques, M., Pimenta, J., Reis, S., Ferreira, L., Peralta, L., Santos, M., Santos, S., & Santos, E (2016). (In) Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Nascer e Crescer*, 25(4), 217-221. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000600004

Meza, A., Aguayo, M., Cevallos, M., & Zambrano, P. (2018). Estimation of resilience in university students. *International Research Journal of Management, IT and Social Sciences (IRJMIS)*, 5(1), 16-24. https://dx.doi.org/10.21744/irjmis.v5i1.590

Miranda, V., Filgueiras, J., Neves, C., Teixeira, P., & Ferreira, M. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *61*(1), 25-32. http://dx.doi.org/10.1590/0047 2085000000134.

Nunes, M., Olinto, M., Barros, F., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista brasileira de psiquiatria. São Paulo, SP. Vol. 23, no. 1 (mar. 2001), p. 21-27*. http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000134

Peixoto, M., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *13*(2), 372-388. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200017

Penz, L., Bosco, S., & Vieira, J. (2008). Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Medica*, *18*(3), 124-128. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200024

Salzano, F., & Cordás, T. (2004). Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Archives of Clinical Psychiatry*, *31*(4), 188-194.

Sicchieri, J., Bighetti, F., Borges, N., Santos, J., & Ribeiro, R. (2006). Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, *39*(3), 371-374.https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p371-374

Souza, L., & Santos, M. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, *39*(3), 403-409. https://doi.org/10.11606/issn.21767262.v39i3p403-409

Traebert, J., & Moreira, E. (2001). Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, *15*(4), 359-363. http://dx.doi.org/10.1590/S1517-74912001000400015

Vitolo, M., Bortolini, G., & Horta, R. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, *28*(1), 20-6. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100004

Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, 35(3), 261-281. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

utad

Comissão de Ética da UTAD

Parecer da Comissão de Ética N:	98/2018
Data:	08.11.2018
Assunto:	Doc45A-CE-2018 Projeto de investigação "Preocupações Alimentares, perturbações da alimentação e da ingestão dos jovens universitários: relação com a resiliência individual e familiar"
Requerente:	Helena Lopes/**Coord:** Cristina Antunes

A Comissão de Ética constata que os elementos pedidos foram enviados reiterando, portanto, a sua não oposição à realização deste estudo.

A CE relembra a necessidade de respeito pela legislação de proteção de dados.

Pela Comissão de Ética,

O Presidente da Comissão

Anexo 2

Correlações

		Pontuação total de PRF	Pontuação total de Mundanças Familiares	Pontuação total de Coerência Familiar	Pontuação total de Flexibilidade Familiar	Pntuação toral de suporte social	Pntuação total da DEBQ	Pontuação total de ingestão emocional	Pontuação total de restrição familiar	Pontuação total de ingestão externa	Pontuação total de envolvimento familiar PRF	Pontuação total da ERA	Pontuação total de perceção do self	Pontuação total de planeamento do futuro	Pontuação total de competências sociais	Pontuação total de estilo estruturado	Pontuação total de coesão familiar
Pontuação total de Mundanças Familiares	Correlação de Pearson																
	Sig. (2 extremidades)	n.s															
Pontuação total de Coerência Familiar	Correlação de Pearson	,423	-,102														
	Sig. (2 extremidades)	,000	,037														
Pontuação total de Flexibilidade Familiar	Correlação de Pearson	-,108	,153	-,294													
	Sig. (2 extremidades)	,031	,002	,000													
Pntuação toral de suporte social	Correlação de Pearson	,820	-,156	,266	-,459												
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	,000	,000												
Pntuação total da DEBQ	Correlação de Pearson		,120	,171													
	Sig. (2 extremidades)	n.s	,017	,001	n.s	n.s											
Pontuação total de ingestão emocional	Correlação de Pearson			,171			,864										
	Sig. (2 extremidades)	n.s	n.s	,001	n.s	n.s	,000										
Pontuação total de restrição familiar	Correlação de Pearson		,095	,113		-,123	,604	,271									
	Sig. (2 extremidades)	n.s	,056	,023	n.s	,014	,000	,000									
Pontuação total de ingestão externa	Correlação de Pearson		,124				,448	,172									
	Sig. (2 extremidades)	n.s	,012	n.s	n.s	n.s	,000	,001	n.s								
Pontuação total de envolvimento familiar PRF	Correlação de Pearson	,712	-,235	,333	-,437	,541	-,129			-,197							
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,011	n.s	n.s	,000							
Pontuação total da ERA	Correlação de Pearson	,568	-,114	,300	-,345	,619				-,115	,460						
	Sig. (2 extremidades)	,000	,023	,000	,000	,000	n.s	n.s	n.s	,023	,000						
Pontuação total de perceção do self	Correlação de Pearson	,359	-,129	,236	-,202	,421				-,133	,226	,740					
	Sig. (2 extremidades)	,000	,009	,000	,000	,000	n.s	n.s	n.s	,007	,000	,000					
Pontuação total de planeamento do futuro	Correlação de Pearson	,376		,216	-,165	,383				-,157	,259	,733	,581				
	Sig. (2 extremidades)	,000	n.s	,000	,001	,000	n.s	n.s	n.s	,002	,000	,000	,000				
Pontuação total de competências sociais	Correlação de Pearson	,356		,170	-,180	,435					,188	,687	,501	,338			
	Sig. (2 extremidades)	,000	n.s	,001	,000	,000	n.s	n.s	n.s	n.s	,000	,000	,000	,000			
Pontuação total de estilo estruturado	Correlação de Pearson	,180		,136		,182				-,156	,144	,476	,228	,452	,138		
	Sig. (2 extremidades)	,000	n.s	,006	n.s	,000	n.s	n.s	n.s	,002	,003	,000	,000	,000	,005		
Pontuação total de coesão familiar	Correlação de Pearson	,582	-,150	,322	-,447	,596				-,159	,627	,795	,416	,472	,385	,276	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,000	,000	,000	n.s	n.s	n.s	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
Pontuação total de recursos sociais	Correlação de Pearson	,520		,192	-,317	,576	-,132		-,122		,433	,855	,469	,504	,517	,293	,717
	Sig. (2 extremidades)	,000	n.s	,000	,000	,000	,010	n.s	,015	n.s	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000