



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

FATORES DE INÍCIO E MANUTENÇÃO DA OBESIDADE/EXCESSO DE
PESO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS COM BINGE EATING
E SEM BINGE EATING

ANA CRISTINA DA CRUZ MARTINS BAPTISTA HORTA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLINICA

2017

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

Agradecimentos

Uma tese de mestrado, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas.

À Professora Doutora Filipa Pimenta, Orientadora da minha Dissertação, um exemplo para mim, de ensinamento, de motivação, de disponibilidade e de dedicação. O meu muito obrigado, pelas oportunidades, pelo incentivo e apoio, durante esta longa caminhada. Inesquecível.

À Professora Doutora Isabel Leal, pela disponibilidade demonstrada.

À minha família, em especial, ao meu marido, com todo o meu carinho, um enorme obrigado pela força que me deu desde o início até ao final deste percurso. A ele dedico todo este trabalho.

Aos meus Pais, o meu eterno obrigado. Até sempre!

Ao meu Irmão/Pai, os meus agradecimentos por acreditar em mim, naquilo que faço e pelos ensinamentos da vida.

Àqueles que nos dão força nos momentos menos bons e alegria nos bons momentos da vida, a Teresinha, o Teodoro, a Vitória, o Fernando.

A quem esteve presente no 1º Ciclo de estudos, a Rosário e a Inês.

Aos professores, o meu obrigado pelas aprendizagens.

Aos meus colegas, por tudo o que tive oportunidade de aprender e partilhar.

A todos os pacientes que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para a realização deste estudo.

A todos os que, apesar de não estarem em nome, estão aqui contemplados.

Muito Obrigado!

“O Homem é o que ele projeta para si, ultrapassando os seus condicionamentos,
lançando-se para a frente de si mesmo e realizando-se na direção do futuro.”

J. P. Sartre

Resumo

O sobrepeso e a obesidade são atualmente um problema grave de saúde pública. Neste sentido foram objetivos deste estudo explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e à manutenção de obesidade/excesso de peso e perceber se estes fatores e processos são independentes do sexo e da presença de compulsão alimentar. Foi recolhida uma amostra de conveniência de 38 adultos com obesidade (n=35) ou excesso de peso (n=3), em contexto clínico e comunitário. Os processos/fatores de início e manutenção foram avaliados por entrevista; a presença de compulsão alimentar foi explorada com a Escala de Ingestão Compulsiva. Os resultados mostraram que os fatores de início do excesso de peso mais referidos foram a presença de excesso de peso na infância ou adolescência (57.9%), a falta de exercício físico (18.4%), questões genéticas (15.8%) e o casamento (13.2%) e que os processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos foram ouvir comentários negativos (57.9%), a existência de um ciclo de perda-reganho (47.4%), a presença de doenças (47.4%), a percepção da dificuldade em perder peso (42.1%), o sedentarismo (42.1%), a falta de mobilidade (36.8%), a ingestão excessiva de doces (36.8%), a presença de emoções negativas como o *stress* (34.2%), a ausência de esforço para controlo de peso (31.6%) e a utilização de estratégias de *coping* de evitamento (sem especificação e da imagem corporal) (31.6%). Conclui-se que os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, mas não do sexo.

Palavras-Chave: Obesidade; Excesso de peso; Compulsão alimentar; Sexo; Fatores de início e manutenção do excesso peso.

Abstract

Overweight and obesity are currently a serious public health problem. In this sense, the objectives of this study were to explore the factors and processes associated with the onset of overweight and maintenance of obesity / overweight and to understand if these factors and processes are independent of gender and the presence of binge eating. A convenience sample of 38 adults with obesity (n=35) or overweight (n=3) was collected, in clinical and community context. The processes/factors of maintenance and maintenance were evaluated by interview; the presence of binge eating was exploited with the Compulsive Ingestion Scale. The results showed that the most mentioned factors of onset of overweight were the presence of overweight in childhood or adolescence (57.9%), lack of physical exercise (18.4%), genetic issues (15.8%) and marriage (13.2%) and that the processes associated with maintenance of weight gain most referred to were: to hear negative comments (57.9%), the existence of a loss-retinal cycle (47.4%), the presence of diseases (47.4%), the perception of difficulty in losing weight (42.1%), sedentary lifestyle (42.1%), lack of mobility (36.8%), excessive ingestion of sweets (36.8%), the presence of negative emotions such as stress (34.2%), lack of effort to control weight (31.6%) and the use of avoidance coping strategies (31.6%). It is concluded that the factors and processes associated with the maintenance of obesity / overweight are independent of the presence of binge eating, but not gender.

Keywords: Obesity; Overweight; Food Compulsion; Sex; Factors of onset and maintenance of excess weight.

Índice

Introdução -----	1
Método -----	5
Desenho da Investigação-----	5
Participantes-----	5
Material-----	6
Procedimento-----	7
Procedimento para recolha de dados-----	7
Procedimento para análise de dados-----	8
Resultados -----	10
Discussão -----	15
Referências -----	20

Anexos

Anexo I – Revisão da literatura-----	i
Anexo II – Protocolo de entrevista-----	xix
Anexo III – Autorização para gravação da entrevista-----	xxii
Anexo IV – Consentimento informado-----	xxiii
Anexo V – Questionários-----	xxiv

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra-----	5
Tabela 2. Fatores e processos associados ao início do excesso de peso-----	11
Tabela 3. Fatores e processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso---	11
Tabela 4. Comparação entre participantes sem compulsão e com compulsão-----	14
Tabela 5. Comparação entre sexos-----	15

Introdução

O sobrepeso e a obesidade estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade (Ward et al., 2016), sendo um problema grave de saúde pública.

A obesidade pode ser descrita como a acumulação excessiva de tecido adiposo no organismo, ao ponto de comprometer a saúde (Moraes, Almeida, & Souza, 2013).

A avaliação da obesidade pode ser realizada de várias formas como o cálculo do índice de massa corporal (IMC) que representa o resultado da divisão do peso pela altura ao quadrado, e é a medida mais utilizada, assim como o perímetro abdominal, a relação cintura-quadril e a presença de dobras cutâneas que costumam ser associadas ao IMC (Moraes, et al., 2013).

Em Portugal, estima-se que 16.4% da população adulta seja obesa ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), enquanto 36.4% sofrem de excesso de peso ($25 > IMC < 30$), de acordo com dados de 2014 (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Adicionalmente, em diversos países, tal como em Portugal, o número de pessoas com obesidade tem vindo a aumentar rapidamente (Janssen, Shields, Craig, & Tremblay, 2010; Keating et al., 2015; Mi et al., 2015; Rito & Breda, 2006; Taylor, Shi, Montgomerie, Dal Grande, & Campostrini, 2015).

Além de ser muito prevalente, a obesidade está frequentemente associada a diversas doenças do foro físico e psicológico. Nomeadamente, aumenta substancialmente o risco de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, diabetes tipo II, osteoartrite, angina de peito, doença da vesícula biliar, cancro do endométrio, do cólon e cancro da mama, condições de saúde que representam as principais causas de morte, influenciadas por fatores comportamentais evitáveis (Pereira & Mateus, 2003; Pérez, Sánchez, & Ortiz, 2013; Rito & Breda, 2006; Sasson, Lee, Jan, Fontes, & Motta, 2014).

O excesso de peso também agrava algumas doenças crónicas, como a asma, hipertensão, dislipidemia e depressão, assim como a infertilidade (Pereira & Mateus, 2003).

Diversos são os estudos que têm investigado os fatores associados ao início da obesidade. A maioria dos estudos refere que esses fatores são a baixa escolaridade (Gutiérrez-Fisac et al., 2011; Hosseinpanah et al., 2016; Karageorgi, Alsmadi, & Behbehani, 2013; Pan, Freedman, Gillespie, Park, & Sherry, 2011), o estado civil casado/a (Hosseinpanah et al., 2016; Karageorgi e al., 2013; Pan et al., 2011), praticar pouca ou nenhuma atividade física

(Andreou et al., 2012; Islam & Rasooly, 2013), ter um IMC elevado desde cedo (Pan et al., 2011), ter baixo estatuto socioeconómico, viver num agregado familiar extenso, não fumar, ir muitas vezes a restaurantes, ter uma elevada preferência por sal, ter familiares diretos com obesidade (Karageorgi et al., 2013), ter diabetes (Islam & Rasooly, 2013), entre outros.

Relativamente ao sexo e à idade existe discordância. Alguns estudos referem que ser mulher (Islam & Rasooly, 2013) é um fator de risco, enquanto outros mencionam, que ser homem (especialmente jovem) como um fator de risco (Karageorgi et al., 2013). Por outro lado, outros estudos referem que ser mais velho é um fator de risco (Gutiérrez-Fisac et al., 2011; Karageorgi et al., 2013), outros que é ser mais novo (Hosseinpanah et al., 2016; Islam & Rasooly, 2013).

Na literatura, os fatores de manutenção (eventuais barreiras à perda de peso) da obesidade mais relatados são: a pertença a uma família com outros elementos obesos, o isolamento social (Moraes et al., 2013), a ajuda médica vista como um último recurso, ter experiência anterior de insucesso em gerir o peso, auto-culpabilização pela obesidade, negação da condição de obesidade (Sinfield, Baker, Pollard, & Tang, 2013), dificuldade em controlar as emoções, baixa autoconfiança, apoio insuficiente, falta de conhecimento sobre estratégias para comer de forma saudável, perceção de impotência, dissonância cognitiva (Sporndly-Nees et al., 2014) e perceção de custo elevado associado aos tratamentos (Sinfield, Baker, Pollard, & Tang, 2013; Sporndly-Nees et al., 2014). Frequentemente verifica-se comorbilidade do foro psicológico, tal como défice de atenção, hiperatividade, problemas relacionados com as funções executivas e perturbações do humor (Cortese, Comencini, Vincenzi, Spreanza, & Angriman, 2013; Moraes et al., 2013; Raman, Smith, & Hay, 2013).

Não existe unanimidade no que concerne à prevalência de obesidade nos dois sexos. Apesar de ser mais frequente haver referências que apontam para maior prevalência de obesidade nos homens (Fonseca, Sichieri, & Veiga, 1998; Santos et al., 2005), existem outros estudos que referem maior prevalência da obesidade nas mulheres (Gigante, Barros, Post, & Olinto, 1997).

Não existe muita informação relativamente às diferenças entre sexos, ao nível dos fatores e processos associados ao início do excesso de peso (nomeadamente, em pessoas com obesidade). Contudo sabe-se que a obesidade familiar surge como fortemente associada ao aumento de peso, tanto em homens como em mulheres (Fonseca et al., 1998).

No que concerne aos fatores e processos de manutenção da obesidade, é referido mais frequentemente nos rapazes o elevado número de horas que passam a ver televisão ou a jogar

videojogos, e nas raparigas o comportamento de dieta para emagrecer (Fonseca et al., 1998). Gigante et al. (1997) acrescentam como outras variáveis associadas à obesidade em mulheres a ocorrência de diabetes ou hipertensão, não fumar, menor número de refeições diárias e não praticar exercício físico; para os homens, os autores destacam apenas a hipertensão arterial sistémica.

Existe uma associação entre a obesidade e a compulsão alimentar (Cooke, Guss, Kissileff, Devlin, & Walsh, 1997; Herbozo, Flynn, Stevens, & Betancourt, 2015; Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). A compulsão alimentar caracteriza-se por uma ingestão objetiva de uma grande quantidade de alimento num período curto de tempo, acompanhada por uma sensação de perda de controlo em relação à ingestão (Compare & Tasca, 2016; Manasse et al., 2015). Uma vez que os indivíduos com obesidade e com compulsão alimentar são mais propensos a apresentar outras perturbações psiquiátricas, tanto do Eixo I como do Eixo II (Dingemans & van Furth, 2012; Fandino et al., 2010; Telch & Stice, 1998), revela-se importante estudar a relação entre estas duas dimensões, na população portuguesa.

Os estudos qualitativos permitem uma maior profundidade na realidade do pesquisado, possibilitando aceder à informação de forma mais aberta e livre. Todavia, existem muito poucos estudos qualitativos na área da obesidade e da compulsão alimentar. Um exemplo desses estudos é o de Curtis e Davis (2014), que tinha como objetivo explorar como as mulheres obesas, no Canadá, com e sem perturbação de compulsão alimentar experienciam o comer em excesso em relação aos sintomas de dependência (nova categoria da DSM-5 “*Addiction and Related Disorders*”, que inclui tanto a dependência de substâncias e de não-substâncias. Foram entrevistadas 12 mulheres com obesidade e com compulsão alimentar e 12 mulheres com obesidade e sem compulsão alimentar, tendo os resultados demonstrado que a dependência alimentar pode ocorrer com e sem compulsão.

Outro estudo qualitativo, este realizado em adolescentes brasileiros, teve como fim analisar os fatores associados ao início e à manutenção da obesidade. Os resultados mostraram que, apesar de a genética ser importante, havia uma forte influência dos fatores ambientais e psicossociais. São exemplos disto a existência de conflitos individuais e interpessoais não resolvidos no sistema familiar; dificuldades na relação mãe-bebé; problemas com a figura paterna; problemas de alcoolismo; baixa autoestima; sentimentos de solidão, ansiedade e depressão na infância, e intensificados na adolescência; insegurança e dependência; e problemas na esfera da sexualidade (Muller, 1999).

O facto de existirem poucos estudos qualitativos nesta área do conhecimento aumenta a pertinência do presente estudo. A pertinência deste estudo justifica-se ainda pelo aumento da prevalência de excesso de peso, nos últimos anos, e pela elevada comorbilidade com outras doenças físicas e psicológicas. Por este motivo optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa para levar a cabo esta investigação.

Assim, os objetivos da presente investigação são 1) explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e 2) fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso, numa amostra de 38 adultos com obesidade/excesso de peso, recorrendo a metodologia qualitativa. Adicionalmente, no contexto de uma metodologia mista, pretende-se ainda averiguar se os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes do 3) sexo e da 4) presença de compulsão alimentar (medida quantitativamente com a Escala de Ingestão Compulsiva).

De acordo com a literatura e com os objetivos delineados foram colocadas as seguintes hipóteses: Hipótese 1) é esperado que os fatores associados ao início do aumento de peso mais referidos sejam a falta de exercício físico, questões familiares/genéticas, um excesso de peso na infância ou adolescência, o casamento e a baixa escolaridade/reduzido conhecimento; Hipótese 2) é esperado que os fatores e processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos sejam, a presença de doenças psicológicas, negação da obesidade, falta de controlo emocional, falta de apoio e perceção de incompetência para perder peso; Hipótese 3) espera-se (no contexto dos fatores associados à manutenção de obesidade/excesso de peso) que a distribuição de possíveis categorias emergentes como doença psicológica, genética, enviesamento na imagem corporal e críticas ou provocações não sejam independente da compulsão alimentar (presença versus ausência); Hipótese 4) é esperado (no âmbito dos fatores associados ao início do excesso de peso) que a distribuição da categoria casamento (caso seja mencionada) não seja independente do sexo (i.e., é esperado que esta categoria seja mais mencionada por mulheres do que por homens); Hipótese 5) é ainda esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção de obesidade/excesso de peso) que a categoria sedentarismo, caso exista, também não seja independente do sexo (i.e., seja mais referida por homens do que por mulheres).

Método

Desenho da Investigação

Este estudo segue um desenho qualitativo e quantitativo, observacional descritivo, transversal e correlacional (Ribeiro, 2010).

Participantes

Foram considerados critérios de inclusão idade igual ou superior a 18 anos, IMC igual ou superior a 25 Kg/m² e manutenção de obesidade/excesso de peso há, pelo menos 12 meses.

A amostra, não probabilística, de conveniência, foi composta por 38 participantes com obesidade, com idades entre os 22 e os 62 anos ($M=42.79$; $DP=10.48$) e com IMC entre 26.20 e 50.64 ($M=37.97$; $DP=6.46$), dos quais 35 (92.1%) com obesidade e 3 (7.9%) com excesso de peso. Do total da amostra, 25 participantes (65.8%) não possuem perturbação de ingestão alimentar compulsiva e 13 destes participantes (34.2%) têm perturbação de ingestão alimentar compulsiva, moderada ou grave.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	24	63.2
Masculino	14	36.8
Relação afetivo-sexual		
Não	10	26.3
Sim	27	71.1
Não respondeu	1	2.6
Situação profissional		
Ativo	28	73.7
Reformado	2	5.3
Desempregado	8	2.1

Tabela 1. Caracterização da amostra (Cont.)

	<i>n</i>	%
Rendimento anual bruto do agregado familiar		
≤ 10.000€	11	28.9
10.001€-20.000€	11	28.9
20.001€-37.500€	8	21.1
37.501€-70.000€	3	7.9
≥ 70.001€	2	5.3
Não respondeu	3	7.9
Doença recente		
Não	22	57.9
Sim	16	42.1
Problema psicológico recente		
Não	27	71.1
Sim	9	23.7
Fumador		
Não	10	26.3
Sim	28	73.7
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	23	60.5
Sim	15	39.5
Prática de exercício físico		
Não	14	36.8
Sim	23	60.5
Não respondeu	1	2.6

Material

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Anexos II e III) para conhecer o percurso de obesidade/excesso de peso dos participantes, especificamente os seus fatores e processos associados ao início do aumento do peso e associados à manutenção do estado de obesidade/excesso de peso.

Foi ainda utilizado um questionário sociodemográfico, com o objetivo de caracterizar a amostra relativamente ao sexo, idade, existência de relação afetivo-sexual, situação profissional e rendimento anual bruto do agregado familiar. Concomitantemente, foi utilizado um questionário de saúde para obter informações no que concerne à saúde física e psicológica dos participantes, ao seu IMC e estilo de vida (e.g., consumo de álcool e tabaco) (Anexos IV e V).

Para avaliar a Compulsão alimentar foi utilizada a *Binge Eating Scale* (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin 1982), adaptada à população portuguesa por Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012), que permite avaliar manifestações comportamentais, sentimentos e cognições relativos à ingestão compulsiva, com o objetivo de investigar se os participantes têm ingestão compulsiva e em que grau. A BES é constituída por 16 itens e por 62 afirmações, em que um exemplo de uma destas afirmações é: “Tenho o forte hábito de comer quando estou aborrecido. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito”; as afirmações variam entre ausência do comportamento e gravidade máxima do comportamento. O valor atribuído às opções existentes para cada item varia numa escala ordinal tipo *Likert* de três pontos. A pontuação total referencia o grau de gravidade da compulsão alimentar e é obtida através do somatório dos pontos de cada item (pontuação não contínua, dada com o auxílio de uma tabela nas instruções de aplicação). Deste modo, participantes com pontuações inferiores ou iguais a 17 não possuem PIAC, participantes com pontuações entre 18 e 26 pontos possuem PIAC moderada e participantes cujas pontuações são superiores ou iguais a 27 são participantes com PIAC grave.

O material usado e recolhido pertence a uma investigação sobre obesidade que está a ser desenvolvida no *William James Center for Research* (WJCR), a partir do ISPA- Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Procedimento

Procedimento para recolha de dados

A recolha de dados foi feita através de um processo de amostragem não probabilística, de conveniência. A amostra foi recolhida entre setembro de 2012 e junho de 2013. Para obtermos permissão para o desenvolvimento da investigação em ambiente hospitalar, e em ambiente de prática privada (clínica de nutrição e clínica de tratamento da obesidade), foi

feito um pedido formal por escrito, enviado ao Conselho de Ética do Hospital e ao Diretor Clínico de ambas as clínicas.

Foram apresentados pelos investigadores, todos os procedimentos e objetivos principais da investigação, à equipa de profissionais de saúde das Clínicas e do Hospital. Após a aprovação da autorização nos contextos descritos, os profissionais de saúde, estabeleceram contacto com os eventuais participantes (que fossem ao encontro dos critérios de inclusão: IMC e idade) e apresentaram os principais objetivos da atual investigação. Os profissionais de saúde, posteriormente referiram aos investigadores os indivíduos que demonstraram interesse em fazer parte do estudo.

Seguidamente, cada participante foi contactado por um dos psicólogos afiliados à investigação, para aplicar o questionário de triagem, focado nos critérios de inclusão - idade igual ou superior a 18 anos e IMC igual ou superior a 25 kg/m², e pelo menos 12 meses de manutenção do IMC igual ou acima de 25. Este contacto foi feito por *e-mail*, telefone ou pessoalmente. Ao cumprirem os critérios de admissão, foi assinado o consentimento informado e a permissão para a gravação áudio da entrevista. Subsequentemente foram aplicados os questionários sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida para caracterizar a amostra e a BES.

As entrevistas foram feitas pessoalmente ou por telefone, de acordo com a disponibilidade do participante. Para as entrevistas realizadas pessoalmente, foi disponibilizado um espaço, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente de prática privada (clínicas), com todas as condições asseguradas para que não houvesse interrupções. Nas entrevistas que se realizaram por telefone, o investigador responsável pela realização da mesma, assegurou que estas se realizassem numa sala reservadas para o efeito, à porta fechada. Não foi estabelecido limite de tempo, permitindo uma caracterização de experiências pessoais sem quaisquer restrições de tempo.

Os dados recolhidos foram inteiramente transcritos, incluindo o conteúdo verbal e não verbal, tais como pausas e risos. Para garantir o anonimato, cada entrevista foi designada por um código alfanumérico, ocultando a identificação do participante.

Procedimento para análise de dados

Recorreu-se programa MAXQDA, versão 12.2.

Vários processos foram envolvidos na análise, o estabelecimento de pré categorias correspondentes às áreas centrais a analisar, a criação e definição quando justificadas por natureza do conteúdo manifesto na análise das 38 entrevistas, foram identificadas partes do discurso, que integram as categorias emergentes. A categorização é um procedimento de agrupar dados, considerando a parte comum existentes entre eles.

O material recolhido foi analisado através de uma abordagem pluralista, i.e., com o recurso a duas técnicas diferentes, nomeadamente, a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), que foi feita de acordo com os critérios de exaustividade e exclusividade com o objetivo de obter uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto; concomitantemente foi feita a análise temática que possibilitou a identificação e exploração da descrição de padrões ou temas, suportados pela literatura, dentro dos dados recolhidos (Braun & Clarke, 2006).

A análise de conteúdo e a análise temática permitiram uma abordagem simultaneamente indutiva, enraizada no conteúdo, uma vez que os temas identificados estavam ligados permitindo a sua codificação, e uma abordagem dedutiva, considerando a análise orientada pela teoria (literatura) presente na exploração.

Foram envolvidos na análise vários processos: a) o estabelecimento de categorias pré-existentes; b. Criação e definição de categorias emergentes (subcategorias), que derivam da análise de conteúdo, através do conteúdo manifesto, onde foram identificadas pequenas partes do discurso nas 38 entrevistas analisadas que integraram as categorias emergentes; c. Geração de códigos e associação dos mesmos a segmentos do texto.

A caracterização da expressão de todas as categorias emergentes ou subcategorias encontradas foi feita através de um estudo de frequência e percentagem.

Na segunda fase, procedeu-se a uma análise mista, cruzando os resultados da análise quantitativa (nomeadamente todas as categorias mencionadas por mais do que 10% da amostra), com o score obtido na Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (Binge Eating Scale – BES, Gormally et al., 1982; Freitas, Lopes, & Apolinário, 2001; Freitas, Lopes, Apolinário, & Coutinho, 2006). Os dados foram analisados quantitativamente através do programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 22.0. Para comparar os participantes sem compulsão e com compulsão, e em função do sexo (homens vs. mulheres) foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de independência, e também para avaliar se os fatores e processos associados ao início e manutenção de obesidade/excesso de peso eram independentes do sexo e ingestão compulsiva. As análises que não cumpriam os pressupostos

de aplicação do teste de Qui-Quadrado (nomeadamente, no caso dos fatores de início: Exercício físico, Genética, Casamento, Faltar dieta e Metabolismo e no caso dos fatores de Manutenção: Emoções negativas – Stress, Ausência de esforço para controlo de peso, Coping de evitamento, Coping de evitamento da imagem corporal, Enviesamento da informação médica, Problemas familiares, Trabalho, Coping de evitamento desresponsabilização do comportamento alimentar, Imagem corporal negativa, Sexo, Comer fora de horas, Humor deprimido, Horário de trabalho, Autoconceito, Compensação afetiva, Estado emocional alterado, Emoções negativas – Ansiedade, Isolamento social, Interrupção de exercício físico, Problemas com filhos, Casamento, Falta de apoio, Medicamentos, Minimizar o excesso de peso, Morte, Ausência de controlo, Baixa autoestima, Coping de evitamento desistência, Coping de evitamento monitorização do peso, Deixar de fumar, Emoções negativas – Sem especificação, Gravidez, Não cumprimento de estratégias de perda de peso, Vida social, À vontade com o corpo, Tempo de espera para cirurgia, Comer em restaurante, Desemprego, Enviesamento da realidade, Excesso de peso após perda, Nova gravidez, Ingestão excessiva de alimentos – sem especificação, Ingestão excessiva de alimentos – Pão, Ingestão excessiva de alimentos – Vontade de comer, Metabolismo, Cozinhar, Desvalorização de consequências futuras, Emoção positiva – Comida, Ingestão excessiva de alimentos – Noite, Jejum, Problemas casal, Pós-parto, Sedentarismo sem especificação e Sedentarismo na habitação) não foram consideradas.

Resultados

As categorias emergentes mencionadas por pelo menos 10% da amostra são apresentadas mais abaixo (Tabela 2), em termos de frequências e percentagens dos fatores/processos associados ao início do excesso de peso e na Tabela 3 as frequências e percentagens dos fatores/processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso). O fator/processo associado ao início do excesso de peso mais referido foi Infância/adolescência (58%).

Tabela 2. Fatores e processos associados ao início do excesso de peso

Categorias emergentes	<i>n</i> ^a	%
Infância/adolescência	22	57.9
Exercício físico (ausência/alteração no padrão)	7	18.4
Genética	6	15.8
Casamento	5	13.2
Fartar-se da dieta	5	13.2
Metabolismo	4	10.5

^a O n reporta-se ao número de pessoas que mencionou cada uma das categorias apresentadas

No que concerne aos fatores associados à manutenção, o mais referido foi Comentários negativos (57.9%), tal como apresentado na tabela seguinte.

Tabela 3. Fatores e processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso

Categorias emergentes	<i>n</i> ^a	%
Comentários negativos	22	57.9
Ciclo perda-reganho	18	47.4
Doenças	18	47.4
Perceção da dificuldade em perder peso	16	42.1
Sedentarismo no exercício físico	16	42.1
Falta de mobilidade	14	36.8
Ingestão excessiva de alimentos – Doces	14	36.8
Emoções negativas – Stress	13	34.2
Ausência de esforço para controlo de peso	12	31.6
Coping de evitamento (sem especificação)	12	31.6
Coping de evitamento da imagem corporal	12	31.6
Enviesamento da informação médica	11	28.9
Problemas familiares	11	28.9
Trabalho	11	28.9
Coping de evitamento (desresponsabilização do comportamento alimentar)	10	26.3
Imagem corporal negativa	10	26.3

Tabela 3. Fatores e processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso (Cont.)

Categorias emergentes	<i>n</i>	%
Desinvestimento sexual	10	26.3
Comer fora de horas	9	23.7
Humor deprimido	9	23.7
Horário de trabalho	9	23.7
Autoconceito negativo	8	21.1
Compensação afetiva	8	21.1
Estado emocional alterado	8	21.1
Emoções negativas – Ansiedade	8	21.1
Isolamento social	8	21.1
Interrupção de exercício físico	8	21.1
Problemas com filhos	8	21.1
Casamento	7	18.4
Falta de apoio	7	18.4
Medicamentos	7	18.4
Minimizar o excesso de peso	7	18.4
Morte	7	18.4
Ausência de controlo	6	15.8
Baixa autoestima	6	15.8
Coping de evitamento desistência	6	15.8
Coping de evitamento - não monitorização do peso	6	15.8
Deixar de fumar	6	15.8
Emoções negativas – Sem especificação	6	15.8
Gravidez	6	15.8
Não cumprimento de estratégias de perda de peso	6	15.8
Vida social	6	15.8
À vontade com o corpo	5	13.2
Tempo de espera para cirurgia	5	13.2
Comer em restaurante	5	13.2
Desemprego	5	13.2
Enviesamento da realidade	5	13.2

Tabela 3. Fatores e processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso (Cont.)

Categorias emergentes	<i>n</i>	%
Excesso de peso após perda	5	13.2
Nova gravidez	5	13.2
Ingestão excessiva de alimentos – sem especificação	5	13.2
Ingestão excessiva de alimentos – Pão	5	13.2
Ingestão excessiva de alimentos – Vontade de comer	5	13.2
Metabolismo	5	13.2
Ter de cozinhar	4	10.5
Desvalorização de consequências futuras	4	10.5
Emoção positiva na ingestão	4	10.5
Ingestão excessiva de alimentos – Noite	4	10.5
Jejum	4	10.5
Problemas casal	4	10.5
Pós-parto	4	10.5
Sedentarismo sem especificação	4	10.5
Sedentarismo na habitação	4	10.5

^a O *n* reporta-se ao número de pessoas que mencionou cada uma das categorias apresentadas

Para comparar os participantes sem compulsão e com compulsão foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, sendo os resultados apresentados na Tabela 4 (tendo sido excluídas as variáveis que não cumprem os critérios de utilização do teste).

Tabela 4. Comparação entre participantes sem compulsão e com compulsão

Categorias	Sem compulsão (n=25)				Com compulsão (n=13)				χ^2	p
	Ausência		Presença		Ausência		Presença			
Pré categoria	n	%	n	%	n	%	n	%		
Categoria emergente										
Início										
Infância adolescência	9	36.0	16	64.0	7	53.8	6	42.2	1.117	.290
Manutenção										
Comentários negativos	12	48.0	13	52.0	4	30.8	9	69.2	1.042	.307
Ciclo perda-reganho	14	56.0	11	44.0	6	46.2	7	53.8	.333	.564
Doenças	15	60.0	10	40.0	5	38.5	8	61.5	1.591	.207
Percepção da dificuldade em perder peso	15	60.0	10	40.0	7	53.8	6	46.2	.133	.715
Sedentarismo e exercício físico	12	48.0	13	52.0	10	76.9	3	23.1	2.935	.087

Os fatores/processos associados pelos participantes ao início do excesso de peso e aos fatores/processos relacionados com a manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, nesta amostra ($p > .05$). Contudo a dimensão Sedentarismo e exercício físico apresenta uma diferença marginalmente significativa ($p = .087$), havendo mais sedentarismo quando não há compulsão.

Para explorar se os fatores/processos associados ao início do excesso de peso e manutenção de obesidade/excesso de peso eram independentes do sexo foi novamente utilizado o teste de Qui-Quadrado, sendo os resultados apresentados na Tabela 5 (apresentam-se apenas os casos que cumprem os critérios de utilização do Qui-Quadrado).

Tabela 5. Comparação entre sexos

Categorias	Mulheres (n=24)				Homens (n=14)				χ^2	p
	Ausência		Presença		Ausência		Presença			
Pré categoria	n	%	n	%	n	%	n	%		
Categoria emergente										
Início										
Infância adolescência	9	37.5	15	62.5	7	50.0	7	50.0	.567	.452
Manutenção										
Comentários negativos	7	29.2	9	64.3	17	70.8	5	35.7	4.474	.034
Ciclo perda-reganho	11	45.8	13	54.2	9	64.3	5	35.7	1.208	.272
Doenças existentes	10	41.7	14	58.3	10	71.4	4	28.4	3.142	.076
Perceção da dificuldade em perder peso	16	66.7	8	33.3	6	42.9	8	57.1	2.056	.152
Sedentarismo	18	75.0	6	25.0	4	28.6	10	71.4	7.819	.005
Falta de mobilidade	12	50.0	12	50.0	12	85.7	2	14.3	4.847	.028
Ingestão excessiva de alimentos – Doces	16	66.7	8	33.3	8	57.4	6	42.9	.345	.557

A identificação da infância e adolescência como fase de início do excesso de peso é independente do sexo ($p > .05$).

Contudo, alguns fatores/processos associados pelos participantes à manutenção de obesidade/excesso de peso não são independentes da variável sexo, nomeadamente as categorias “Comentários negativos” ($\chi^2(1)=4.474$; $p=.034$), “Sedentarismo” ($\chi^2(1)=7.819$; $p=.005$) “Falta de mobilidade” ($\chi^2(1)=4.847$; $p=.028$). Os resultados mostram que os homens referem mais frequentemente como fator de manutenção o “Sedentarismo”, enquanto as mulheres mencionam mais frequentemente como fator de manutenção os “Comentários negativos” e a “Falta de mobilidade”.

Discussão

A presente investigação teve como objetivos explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e associados à manutenção de obesidade/excesso de

peso, numa amostra de 38 adultos com obesidade ou excesso de peso, recorrendo a metodologia qualitativa. Concomitantemente, pretendia-se averiguar se os fatores e processos associados ao início de excesso de peso, e de manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes do sexo e da presença de compulsão alimentar.

Foi colocado como primeira hipótese que os fatores do início do excesso de peso mais referidos eram a falta de exercício físico, questões familiares/genéticas, um excesso de peso na infância ou adolescência, o casamento e a baixa escolaridade/reduzido conhecimento. Os resultados confirmaram a hipótese tal como referido na literatura (Andreou et al., 2012; Hosseinpanah et al., 2016; Islam & Rasooly, 2013; Karageorgi et al., 2013; Pan et al., 2011) com a exceção de “a baixa escolaridade/reduzido conhecimento” não ter sido apontada como fator de início do aumento de peso, no presente estudo ao contrário do defendido por outros autores (Gutiérrez-Fisac et al., 2011; Hosseinpanah et al., 2016; Karageorgi, Alsmadi, & Behbehani, 2013; Pan, Freedman, Gillespie, Park, & Sherry, 2011). O fator mais referido foi a presença de excesso de peso na infância ou adolescência tal como no estudo de Pan et al. (2011), sendo perceptível a necessidade de haver prevenção precoce do excesso de peso na infância, como forma de prevenir a obesidade em adultos.

Com a segunda hipótese era esperado que os fatores e processos associados à manutenção da obesidade e do excesso de peso mais referidos fossem a presença de doenças psicológicas, negação da obesidade, falta de controlo emocional, falta de apoio e perceção de incompetência para perder peso. Os resultados mostraram que os fatores associados à manutenção da obesidade e excesso de peso mais referidos (sendo referidos pelo menos por 30% dos participantes) foram ouvir comentários negativos, a existência de um ciclo de perda-reganho, a presença de doenças, a perceção da dificuldade em perder peso, o sedentarismo, a falta de mobilidade, a ingestão excessiva de doces, a presença de emoções negativas como o *stress*, a ausência de esforço para controlo de peso e a utilização de estratégias de *coping* de evitamento (sem especificação e da imagem corporal).

A hipótese foi parcialmente confirmada uma vez que tal como referido na literatura (Cortese et al., 2013; Moraes et al., 2013; Pereira & Mateus, 2003; Raman et al., 2013), a presença de doenças psicológicas é um dos fatores mais referidos pois resume fatores como a presença de doenças, a presença de emoções negativas como o *stress* e pode incluir a falta de controlo emocional. Do mesmo modo a negação da obesidade referida por outros autores (Sinfield et al., 2013) também se mostrou frequente através das categorias utilização de estratégias de *coping* de evitamento (sem especificação e da imagem corporal). A perceção de

incompetência para perder peso referida como fator frequente por Spornly-Nees et al. (2014) pode ser confirmada através da categoria percepção da dificuldade em perder peso e como consequência da categoria a existência de um ciclo de perda-reganho. Todavia, o fator falta de apoio defendido por Spornly-Nees et al. (2014) não mostrou ser um dos fatores de manutenção da obesidade/excesso de peso mais frequentes na presente amostra, contudo foi referido em cerca de 18% dos participantes o que mostra que também nesta amostra apresenta algum relevo. No presente estudo, estão também presentes entre os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso mais referidos, o sedentarismo, a falta de mobilidade, e a ausência de esforço para controlo de peso, o que revela que a inatividade é também um fator muito relevante na manutenção do peso excessivo na perspectiva dos participantes, e tal como referem outros autores (Andreou et al., 2012; Gigante et al., 1997; Pan et al., 2011). O fator mais referido na presente amostra foi ouvir comentários negativos, o que de acordo com Mustelin et al. (2015) está associado à compulsão alimentar, fazendo assim sentido a referência a este fator. E por existir esta evidência (de que alguns fatores de manutenção estão associados a compulsão alimentar) este estudo pretendeu igualmente verificar se, nesta amostra, alguns factores percebidos eram independentes desta condição clínica. Assim, era esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção da obesidade/excesso de peso) que a distribuição de possíveis categorias emergentes como doença psicológica, genética, enviesamento na imagem corporal e críticas ou provocações não fossem independentes da compulsão alimentar (presença versus ausência). A hipótese foi infirmada, pois ao contrário do defendido na literatura (Carvalho-Ferreira et al., 2012; Dingemans & Van Furth, 2012; Fandino et al., 2010; Mustelin et al., 2015; Puhl, et al., 2007; Telch & Stice, 1998; Wilfley et al., 2013), no presente estudo os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar. É possível que o fato de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com e sem compulsão alimentar desta amostra se deva mais à reduzida dimensão da amostra global e sub-representação da amostra clínica (n=13), sendo necessários novos estudos no futuro para superar as lacunas do presente. No entanto o sedentarismo, de forma marginalmente significativa, mostrou ser mais frequente quando não há compulsão alimentar, provavelmente por o grupo com mais compulsão poder utilizar o exercício físico como mecanismo de compensação após uma ingestão alimentar excessiva, pois apesar de a perturbação compulsiva não ser caracterizada por mecanismos de compensação extremos.

Na quarta hipótese era esperado (no âmbito dos fatores associados ao início do excesso de peso) que a distribuição da categoria casamento (caso seja mencionada) não fosse independente do sexo (i.e., era esperado que esta categoria fosse mais mencionada por mulheres do que por homens). A hipótese não se confirmou, contrariando as conclusões de Hosseinpanah et al. (2016). É possível que esta discrepância de resultados se deva a que apenas cinco participantes tenham referido o casamento como fator associado ao início da obesidade, não havendo assim dimensão de amostra suficiente para representar com confiança este fenómeno.

Por último era ainda esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção da obesidade/excesso de peso) que a categoria sedentarismo, caso existisse, também não fosse independente do sexo (i.e., fosse mais referida por homens do que por mulheres). A hipótese foi parcialmente confirmada, pois os resultados mostram que os homens apresentaram mais frequentemente como fator de manutenção de obesidade/excesso de peso, o sedentarismo (i.e., ausência de exercício físico), o que vai ao encontro das conclusões do estudo de Fonseca, Sichieri e Veiga (1998) com participantes mais jovens. Contudo, as mulheres apresentaram mais frequentemente como fator associado à manutenção de obesidade/excesso de peso, a presença de comentários negativos e a falta de mobilidade do que homens, não tendo sido encontrado nenhum estudo que confirme estes resultados.

Este estudo permitiu enfatizar os fatores associados ao início do aumento de peso em pessoas com obesidade/excesso de peso, sendo os mais referidos um excesso de peso na infância ou adolescência (com uma percentagem bastante superior aos restantes fatores), a falta de exercício físico, questões genéticas e o casamento. Os fatores e processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos foram ouvir comentários negativos, a existência de um ciclo de perda-reganho, a presença de doenças, a perceção da dificuldade em perder peso, o sedentarismo, a falta de mobilidade, a ingestão excessiva de doces, a presença de emoções negativas como o *stress*, a ausência de esforço para controlo de peso e a utilização de estratégias de *coping* de evitamento (sem especificação e da imagem corporal). Conclui-se ainda que as referências aos fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, mas não do sexo, sendo que os homens referem mais frequentemente como fator de manutenção o “Sedentarismo”, enquanto as mulheres mencionam mais frequentemente como fator de manutenção os “Comentários negativos” e a “Falta de mobilidade”.

Como limitações ao presente estudo pode-se apontar o número reduzido de participantes com compulsão alimentar, o número de homens ser inferior ao número de mulheres, tratar-se de uma amostra de conveniência não permitindo a generalização dos resultados obtidos para a população e não se ter calculado o k Cohen para tratar a fiabilidade na análise qualitativa.

Neste sentido sugere-se a replicação do presente estudo em amostras de maiores dimensões, equiparadas em termos de sexos e de número de participantes com e sem compulsão alimentar e a utilização das conclusões obtidas no presente estudo em programas de prevenção da obesidade.

Conta-se que este trabalho possa contribuir tanto para o aumento do conhecimento incrementando o estado da arte, como para a prática clínica. Poderá ser pertinente considerar, no contexto da prática clínica, que alguns conteúdos são dependentes do sexo dos indivíduos; tal poderá melhor informar sobre as diferenças que deverão ser consideradas no contexto da intervenção na obesidade e também em programas de prevenção. Igualmente, também as campanhas de divulgação e prevenção poderão direcionando a comunicação para o sexo masculino no sentido de procurar aumentar a atividade física e para o sexo feminino em trabalhar as capacidades para lidar melhor com as emoções advindas das interações negativas com os outros. Outro fator importante, que pode ser relevante para programas de prevenção, é o fato de ser tão frequente a referência que o excesso de peso na infância ou adolescência é um fator de início da obesidade na idade adulta, sendo premente continuar-se o trabalho de prevenção em escolas e possivelmente a criação de ainda mais serviços de apoio especializados nesta faixa etária, no contexto da prevenção e controlo da obesidade/excesso de peso.

Referências

- Andreou, E., Hajigeorgiou, P. G., Kyriakou, K., Avraam, T., Chappa, G., Kallis, P., Lazarou, C., Philippou, C., Claristoforou, C., Kokkinofta, R., Diohenous, C., Savva, S. C., Kafatos, A., Zampelas, A., & Papandreou, D. (2012). Risk factors of obesity in a cohort of 1001 Cypriot adults: An epidemiological study. *Hippokratia*, *3*, 256-260.
- Carvalho-Ferreira, J. P., Cipullo, M. A. T., Caranti, D. A., Masquio, D. C. L., Andrade-Silva, S. G., Pisani, L. P., & Dâmaso, A. R. (2012). Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends in Psychology and Psychotherapy*, *4*, 223-233.
- Compare, A., & Tasca, G. A. (2016). The rate and shape of change in binge eating episodes and weight: Na effectiveness trial of emotionally focused group therapy for binge-eating disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *23*, 24-34. doi: 10.1002/cpp.1932
- Cooke, E. A., Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (1997). Patterns of food selection during binges in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *7*, 187-193.
- Cortese, S., Comencini, E., Vincenzi, B., Speranza, M., & Angriman, M. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss individual with obesity? *BMC Psychiatry*, *13*, 1-7. doi: 10.1186/1471-244x-13-286
- Curtis, C., & Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eating Disorders*, *22*, 19-32. doi: 10.1080/10640266.2014.857515
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, *1*, 135–138.
- Fandino, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, *2*, 110–114. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.011
- Fonseca, V. M., Sichieri, R., & Veiga, G., V. (1998). Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, *6*, 541-549.

- Freitas, S. R., Lopes, C. S., & Apolinário, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4, 215-220.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Apolinário, J. C., & Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating with the structural clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors*, 7, 282-289.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A., & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 3, 236-246.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
- Gutiérrez-Fisac, J. L., Gallar-Castillón, P., León-Munoz, L. M., Graciani, A., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Obesity Reviews*, 13, 388-392. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00964x
- Herbozo, S., Flynn, P. M., Stevens, S. D., & Betancourt, H. (2015). Dietary adherence, glycemic control, and psychological factors associated with binge eating among indigenous and non-indigenous Chileans with type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 792-798. doi: 10.1007/s12529-015-9478-y
- Hosseinpanah, F., Mirbolouk, M., Mossadeghkhah, A., Barzin, M., Serahati, S., Delshad, H., & Azizi, F. (2016). Incidence and potential risk factors of obesity among Tehranian adults. *Preventive Medicine*, 82, 99-104. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.11.015.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *População residente com 18 e mais anos de idade por sexo e classes de índice de massa corporal*. Retirado a 24 de Agosto de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008906&contexto=bd&selTab=tab2.
- Islam, S. K. M., & Rasooly, M. H. (2013). Prevalence and risk factors associated with obesity among adult Kabul citizens (Afghanistan), 2012. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 4, 152-161.
- Janssen, I., Shields, M., Craig, C. L., & Tremblay, M. S. (2010). Prevalence and secular changes in abdominal obesity in Canadian adolescents and adults, 1981 to 2007-2009. *Obesity Reviews*, 12, 397-405. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00815.x

- Karageorgi, S., Alsmadi, O., & Behbehani, K. (2013). A review of adult obesity prevalence, trends, risk factors, and epidemiologic methods in Kuwait. *Journal of Obesity, 1*, 1-14. doi: 10.1155/2013/378650
- Keating, C., Backholer, K., Gearon, E., Stevenson, C., Swinburn, B., Moodie, M., Carter, R., & Peeters, A. (2015). Prevalence of class-I, classe-II and class-III obesity in Australian adults between 1995 and 2011-12. *Obesity Research & Clinical Practice, 9*, 553-562. doi: 10.1016/j.orcp.2015.02.004
- Manasse, S. M., Forman, E. M., Ruocco, A. C., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., & Fitzpatrick, K. K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 677-683.
- Mi, Y., Zhang, B., Wang, H., Yan, J., Han, W., Zhao, J., Liu, D., & Tian, Q. (2015). Prevalence and secular trends in obesity among Chinese adults, 1991-2011. *American Journal of Preventive Medicine, 5*, 661-669. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.005
- Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva, 2*, 553-572.
- Muller, R. C. L. (1999). *A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos*. Dissertação de Doutorado em Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders, 48*, 1106-1112. doi: 10.1002/eat.22409
- Pan, L., Freedman, D. S., Gillespie, C., Park, S., & Sherry, B. (2011). Incidences of obesity and extreme obesity among US adults: findings from the 2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Population Health Metrics, 9*, 1-9. doi:10.1186/1478-7954-9-56
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indiretos e associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Pública, 3*, 65-80.
- Pérez, C. M., Sánchez, H., & Ortiz, A. P. (2013). Prevalence of overweight and obesity and their cardiometabolic comorbidities in Hispanic adults living in Puerto Rico. *Journal of Community Health, 38*, 1140-1146. doi: 10.1007/s10900-013-9726-5

- Puhl, R. M., Moss-Racussin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity, 1*, 19-23.
- Raman, J., Smith, E., & Hay, P. (2013). The clinical obesity maintenance model: An integration of the psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of Obesity, 2013*, 1-9. doi: 10.1155/2013/240128
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rito, A., & Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, actividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Revista Nutricias, 6*, 14-17.
- Santos, R., Nunes, A., Ribeiro, J. C., Santos, P., Duarte, J. A. R., & Mota, J. (2005). Obesidade, síndrome metabólica e atividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, 4*, 317-328.
- Sasson, M., Lee, M., Jan, C., Fontes, F., & Motta, J. (2014). Prevalence and associated factors of obesity among Panamanian adults. 1982–2010. *PLoS ONE, 3*, e91689. doi:10.1371/journal.pone.0091689
- Sinfield, P., Baker, R., Pollard, L., & Tang, M. Y. (2013). Improving the management of obesity in adults: a pilot of a method to identify important barriers to change and tailor interventions to address them. *Quality in Primary Care, 21*, 237-246.
- Sporndly-Nees, S., Igelstrom, H., Lindberg, E., Martin, C., & Asenlof, P. (2014). Facilitators and barriers for eating behavior changes in obstructive sleep apnoea and obesity – a qualitative content analysis. *Disability and Rehabilitation, 1*, 74-81. doi: 10.3109/09638288.2013.782354.
- Tapadinhas, A., & Pais-Ribeiro J. (2012). Validação da escala de ingestão compulsiva (BES): um estudo com uma amostra de obesos portugueses. *9th Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 1331-1336.
- Taylor, A. W., Shi, Z., Montgomerie, A., Dal Grande, E., & Campostrini, S. (2015). The Use of a chronic disease and risk factor surveillance system to determine the age, period and cohort effects on the prevalence of obesity and diabetes in South Australian adults - 2003–2013. *PLoS ONE, 4*, e0125233. doi:10.1371/journal.pone.0125233

- Telch, C. F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a nontreatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 768–776.
- Ward, Z. J., Long, M. W., Resch, S. C., Gortmaker, S. L., Cradock, A. L., Giles, C., Hsiao, A., & Wang, Y. C. (2016). Redrawing the US obesity landscape: Bias-corrected estimates of state-specific adult obesity prevalence. *PLoS ONE, 3*, 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0150735
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disorder, 34*, S96–S106.

ANEXO I

Revisão da literatura

Obesidade e Excesso de Peso

A obesidade pode ser descrita como a acumulação excessiva de tecido adiposo no organismo, ao ponto de comprometer a saúde (Moraes, Almeida & Souza, 2013).

A avaliação da obesidade pode ser realizada de várias formas como o cálculo do índice de massa corporal (IMC) que representa o resultado da divisão do peso pela altura ao quadrado e é a medida mais utilizada, assim como o perímetro da cintura, a relação cintura-quadril e a presença de dobras cutâneas que costumam ser associadas ao IMC (Moraes, Almeida & Souza, 2013).

A Organização Mundial de Saúde define três subclasses de gravidade da obesidade (classe I - IMC: 30.0 — 34.9 kg/m², classe II: 35.0 — 39.9 kg/m² e classe III: ≥40.0 kg/m²). Para o excesso de peso são consideradas duas classes (classe I – IMC: 25.0 – 27.0; classe II – IMC: ≥ 27.0 – 30.0) (World Health Organisation, 2000).

Prevalência da Obesidade e Excesso de Peso

A elevada prevalência de obesidade apresenta desafios ao nível da saúde pública em todo o mundo e estima-se mais comumente pela categorização de IMC. Contudo, a taxa de prevalência estimada de obesidade, com base em medidas de IMC, é consideravelmente inferior ao que é estimado com base no perímetro da cintura e percentual de gordura por dobras cutâneas (Kjaer, Kolle, Hansen, Anderssen, & Torstveit, 2015). Assim, esta pode ser uma das justificações para as discrepâncias percentuais entre estudos.

A prevalência da obesidade varia em termos de continentes e, mais especificamente, entre países.

No continente Americano, segundo Ward et al. (2016) os dados de prevalência da obesidade nos Estados Unidos diferem consoante as fontes. De acordo com os autores, no censo populacional de 2011 a prevalência de obesidade corresponde a aproximadamente 81 milhões de adultos com obesidade nos Estados Unidos, dos quais 33 milhões tinham obesidade severa (IMC maior ou igual a 35). Em contraste, os dados dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) relativos a 2013 subestimaram os números da população com

obesidade para 12 milhões (incluindo 6.7 milhões de casos de obesidade severa) (Ward et al., 2016). Ogden, Carrol, Kit e Flegal (2014) referem com base nos dados da população nacional, que existe uma prevalência de obesidade de 34.9% nos adultos (com 20 ou mais anos), sendo mais de um terço da população.

Os dados referentes à prevalência da obesidade no Canadá foram retirados de um estudo que apresenta os resultados de três questionários desenvolvidos a nível nacional em 1981, 1988 e 2007-2009. A prevalência para os adultos (20 a 69 anos) era de 11.4% em 1981, 14.2% em 1988 e 35.6% em 2007-2008. Relativamente a 2007 – 2009, 2.6% dos adultos com peso normal tinha obesidade abdominal, 35.3% dos adultos com excesso de peso tinham obesidade abdominal e 93.0% dos adultos obesos tinham obesidade abdominal (Janssen, Shields, Craig, & Tremblay, 2010).

No Panamá, Sasson, Lee, Jan, Fontes e Motta (2014) referiram que tem havido um aumento marcado na obesidade para ambos os sexos nas últimas três décadas. Os autores apresentaram a mais recente pesquisa representativa a nível nacional realizada em 2008, estimando que cerca de 56,4% dos adultos estavam com obesidade.

No Brasil a prevalência da obesidade atinge 15.8% da população adulta, para os anos de 2008/2009, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Moraes, Almeida, & Souza, 2013).

Relativamente à Ásia, na China, um estudo realizado em 11 distritos e com um total de 24.845 Chineses adultos foi encontrada uma prevalência de 35.3% de pessoas com sobrepeso e 5.8% com obesidade (Li et al., 2015). Outro estudo (Mi et al., 2015), referente à obesidade na população Chinesa adulta, entre 1991 e 2011, refere que a prevalência da obesidade em 2011, calculada pelo IMC, era de 23.8% nos homens e 23.4% nas mulheres, tendo nos últimos 20 anos aumentado 2.9% a 11.8% nos homens e 4.6% a 11.0% nas mulheres.

Na Austrália a prevalência da obesidade foi avaliada nos censos de 2011-2012 e era de 27.2% para os adultos (27.3% nos homens e 27.2% nas mulheres) (Keating et al., 2015). Keating et al. (2015) referem ainda que a prevalência tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, passando de 19.1% em 1995 para 27.2% em 2011-2012. Taylor, Shi, Montgomerie, Grande e Campostrini (2015) acrescentam que a prevalência na Austrália tem aumentado nos últimos anos, passando de 18.6% em 2002 para 24.1% em 2013.

Na Europa o sobrepeso e a obesidade têm vindo a aumentar, a um ritmo acelerado (Rito & Breda, 2006).

Na Lituânia, um estudo da prevalência da obesidade em adultos realizado com uma amostra aleatória representativa da população nacional, com idades entre os 20 e os 64 anos, mostrou taxas de obesidade de 10.6% em 1994 e 19.0% em 2012 para os homens e 19.0% em 1994 e 20.5% em 2012 para as mulheres (Kriaucioniene, Petkeviciene, Klumbiene, Sakyte, & Raskiliene, 2014).

Na Turquia, um estudo realizado para medir a prevalência da obesidade em homens adultos obteve como resultados 39.6% de sobrepeso, 16.9% de obesos e 50.4% de obesidade medida pelo perímetro da cintura (Sahin, et al., 2010).

Na Noruega, Kajaer et al. (2015) apontam para percentagens de sobrepeso de 39.9% e 12.7% de obesidade, em adultos. Entre os obesos, 82% eram obesos classe I, 13% classe II e 5% classe III, sendo medidos através do IMC.

Em Espanha, num estudo com 12.883 adultos realizado entre 2008 e 2010, a prevalência de obesidade foi de 22.9% (24.4% nos homens e 21.4% nas mulheres), medida pelo IMC. A frequência de obesidade aumenta com a idade e afeta 35% das pessoas com 65 anos e mais (Gutiérrez-Fisac, Guallar-Castillón, León-Muñoz, Graciani, Banegas, & Rodríguez-Artalejo, 2011).

Em Portugal, um estudo realizado com 2.651 crianças entre os seis e os dez anos apresenta uma prevalência da obesidade de 4.4% nos rapazes e 6.5% nas raparigas. No total, a prevalência da obesidade das crianças portuguesas foi de 5.5% e do excesso de peso 21.9% (Silva et al., 2008). Estes autores referem ainda que as crianças portuguesas têm uma maior prevalência de obesidade e de excesso de peso, em comparação com países europeus e americanos.

No que concerne à prevalência em adolescentes, um estudo realizado com 205 adolescentes entre 2007 e 2009, mostrou uma prevalência global de sobrepeso de 13.2% e de obesidade de 6.8% avaliados pelo IMC. Os rapazes apresentaram respetivamente valores de 15.2% e 7.6% e as raparigas de 11.0 e 6.0%, para o sobrepeso e obesidade, respetivamente (Brito, Viveiro, & Moleiro, 2014). Outro estudo (Ferreira, Mota, & Duarte, 2012), também com adolescentes, com 1.084 participantes dos 12 aos 17 anos de idade, apresentou a prevalência da pré-obesidade e obesidade avaliadas através do IMC, do perímetro da cintura e da percentagem de massa gorda, obtida por bio impedância, todos eles ajustados para os respetivos pontos de corte internacionais, de acordo com a idade e o sexo. As prevalências totais encontradas por este estudo revelam valores para a pré-obesidade e obesidade de 17.3% e 3.7% (IMC), 22.2 e 3% (perímetro da cintura), e 10.9% e 11.7% de acordo com a

percentagem de massa gorda, respetivamente. Contudo, estes dois estudos não são representativos da população adolescente nacional.

No caso dos adultos (18 a 64 anos), a taxa de prevalência de excesso de peso é de 53.6% e da obesidade é de 14.2%, entre 2003 a 2005. A prevalência da obesidade, nestes anos, para o sexo masculino era de 15% e para o sexo feminino era de 13.4% (Carmo, Santos, Camolas, & Vieira, 2008; Carmo et al., 2006).

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (2016) mostram que, para a população adulta no ano de 2014, 36.4% apresentava excesso de peso (IMC entre 25 e 30) e 16.4% apresentava obesidade. Estes dados foram recolhidos em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) que efetuou, em 2014, o Inquérito Nacional de Saúde (INS 2014) em todo o território nacional.

Tabela 1. População residente com 18 e mais anos de idade por sexo e classes de índice de massa corporal

	Classes de índice de massa corporal										
	T: Total	1: Baixo peso (< 18,5 Kg/m ²)		2: Peso Normal (>=18,5 Kg/m ² e < 25 Kg/m ²)		3: Excesso de peso - Grau I (>= 25 Kg/m ² e < 27 Kg/m ²)		4: Excesso de peso - Grau II (>= 27 Kg/m ² e < 30 Kg/m ²)		5: Obesidade (>= 30 Kg/m ²)	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo masculino	3996894	39.922	1,00%	1639136	41,01%	859540	21,51%	817932	20,46%	604791	15,13%
Sexo feminino	4558688	115161	2,53%	2121102	46,53%	678229	14,88%	759088	16,65%	796999	17,48%
Total	8555583	155083	1,81%	3760239	43,95%	1537769	17,97%	1577020	18,43%	1401790	16,38%

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2016

Coutinho (2012) cita que a Direcção-Geral da Saúde estima que, se nada se fizer para prevenir a obesidade, aproximadamente 50% da população portuguesa poderá ser obesa em 2025, mostrando que o problema é grave no nosso país.

Consequências Associadas à Obesidade e Excesso de Peso

A obesidade aumenta substancialmente o risco de doenças crónicas e outros resultados adversos para a saúde, incluindo doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, diabetes tipo II, osteoartrite, angina de peito, síndrome de apneia obstrutiva do sono, doença da vesícula biliar, cancro do endométrio, do cólon e cancro da mama, sendo que muitas destas condições de saúde representam as principais causas de mortes, influenciadas por fatores comportamentais evitáveis (Rito & Breda, 2006; Pereira & Mateus, 2003; Pérez, Sánchez, & Ortiz, 2013; Sasson, Lee, Jan, Fontes, & Motta, 2014; Sporndly-Nees, Igelstrom, Lindberg, Martin, & Asenlof, 2014).

Relativamente à depressão, Moraes, Almeida e Souza (2013) apontam para uma relevante associação entre depressão e obesidade, o que pode originar um agravamento do prognóstico das comorbidades, menor adesão ao tratamento, maior mortalidade pela morbidade, tal como comprometimento funcional e psicossocial dos obesos.

O excesso de peso também está associado ao agravamento de algumas doenças crónicas, como a asma, hipertensão, dislipidemia, infertilidade e depressão (Pereira & Mateus, 2003).

Fatores e Processos Associados ao Início de Excesso de Peso

Um estudo realizado por Hosseinpanah e colaboradores (2016), no Teerão, mostrou que a atividade física e o tabagismo não se associam significativamente com o desenvolvimento de obesidade, nem entre homens, nem nas mulheres. Este estudo mostrou ainda que ser casada era um preditor significativo de desenvolvimento de obesidade em mulheres, mas não nos homens. Os participantes com baixa escolaridade apresentaram maior risco para o desenvolvimento da obesidade em ambos os sexos, assim como homens e mulheres mostraram maior taxa de incidência durante os 20 e os 40 anos, respetivamente.

Ao contrário, um estudo realizado no Chipre (Andreou et al., 2012) mostrou que os participantes com obesidade e sobrepeso fumam mais e praticam menos atividade física. Este estudo encontrou também uma relação inversa entre o sobrepeso e a obesidade e o consumo de frutas e legumes.

Também Pan, Freedman, Gillespie, Park e Sherry (2011), num estudo levado a cabo nos Estados Unidos, concluíram que os fatores que influenciam a incidência da obesidade são ter um IMC elevado desde cedo, a falta de prática de atividades físicas de lazer e ter baixa escolaridade. De igual forma, Gutiérrez-Fisac et al. (2011) referem que a obesidade é mais comum em pessoas com menor escolaridade e com mais idade.

Uma meta-análise sobre obesidade (Karageorgi, Alsmadi, & Behbehani, 2013) refere que entre os fatores de risco para o início da obesidade estão dimensões sociodemográficas (idade, sexo e estado civil), socioeconómicas (escolaridade, ser mulher trabalhadora e estatuto socioeconómico), socioculturais (número de famílias a viver na mesma casa, número de pessoas no agregado familiar e religiosidade e etnia), estilo de vida (atividade física, prática de desporto e fumar), dieta (número de refeições por dia, número de vezes que come em

restaurantes, grau de preferência de sal e comportamento de dieta) e fatores hereditários (número de irmãos obesos, número de familiares obesos, obesidade paterna e materna).

Relativamente ao sexo existe discordância, havendo estudos que referem que ser mulher é um fator de risco e outros que referem que ser homem (especialmente, jovem) é um fator de risco.

Islam e Rasooly (2013) apresentaram um modelo de regressão para determinar os fatores de risco para a obesidade no Afeganistão. Os resultados mostraram que a idade (inversamente), o sexo (ser mulher), ter diabetes e a frequência da prática de exercício físico (reduzida ou nula) influenciam o desenvolvimento de obesidade. Estes autores referem ainda que a baixa literacia, não ter emprego ou ter rendimentos muito elevados estão associados a maior prevalência de obesidade.

Fatores e Processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso

Cortese, Comencini, Vincenzi, Spreanza e Angriman (2013) referem que a presença de doenças do foro psicológico como défice de atenção, hiperatividade e problemas relacionados com as funções executivas podem ser consideradas fatores associados à manutenção da obesidade, uma vez que estão associadas a comportamentos alimentares desadequados, como a compulsão alimentar, comer por questões emocionais ou comer na ausência de fome.

Raman, Smith e Hay (2013) também defendem que as perturbações emocionais (perturbações do humor) e o défice no funcionamento executivo são suscetíveis de ser barreiras importantes para a manutenção de perda de peso eficaz. Os autores acrescentam ainda que variáveis psicológicas como a desadequação emocional, humor e literacia de saúde têm impacto sobre o excesso e/ou compulsão alimentar. Os estados de humor negativos são “gatilhos” para os excessos em amostras de sobrepeso/obesidade, sendo que o excesso/compulsão alimentar pode funcionar como estratégia para escapar, evitar, ou minimizar os afetos negativos.

Moraes et al. (2013) referem como fatores de manutenção a pertença a uma família com outros elementos com obesidade, havendo uma influência familiar que se torna fator de manutenção; o isolamento social, uma vez que a vergonha com o corpo pode levar a que a pessoa com obesidade se isole e se torne ainda mais inativo; e a presença de depressão que leva à falta de motivação e falta de ânimo para mudar.

Sinfield, Baker, Pollard e Tang (2013) publicaram um estudo piloto que pretendia identificar as barreiras à mudança em participantes obesos, tendo concluído que as principais barreiras tinham a ver com a ideia de que recorrer a um médico ser visto como um último recurso, ter experiência anterior de insucesso em gerir o peso, a culpabilidade pelo excesso de peso, a negação sobre ser obeso e o custo dos tratamentos. Estes autores exploraram ainda as principais barreiras, percebidas pelos técnicos de saúde, à perda de peso dos utentes com obesidade; estas incluíam a falta de tempo para aconselhamento, os pacientes não estarem interessados em mudar o estilo de vida, restrições à medicação, o tratamento da obesidade não ser uma prioridade, falta de serviços e informações, serviços não atenderem às necessidades da população local – diferença entre rural e urbano, não haver serviços para oferecer suporte e orientação, falta de *feedback* dos serviços sobre o progresso do paciente, etc.

Roberto et al. (2015) apresentaram, igualmente, algumas barreiras ao sucesso dos programas de prevenção da obesidade, tais como os *lobbies* da indústria para evitar políticas alimentares destinadas a melhorar a saúde pública, a capacidade restrita ou a falta de vontade dos governos para implementar políticas, a ausência de pressão da sociedade civil para a ação política e baixa prioridade das questões relacionadas com a obesidade.

Sporndly-Nees et al. (2014) realizaram um estudo qualitativo para identificar os fatores que facilitam e as barreiras à perda de peso em obesos. As barreiras identificadas foram: desejo e recompensa (necessidade de satisfazer o desejo de comida ou compensar o desejo de tabaco), ânsias e controlo emocional (comer como uma ferramenta para controlar os sentimentos), baixa autoconfiança (não se sentir capaz de lidar com o problema), apoio insuficiente, dificuldade em manter comportamento alimentar saudável (pela regularidade, exigência e demora em obter resultados), custo da alimentação saudável (muito caro), falta de conhecimento sobre estratégias para comer de forma saudável, percepção de impotência (não se sentir capaz de afetar a própria situação) e dissonância cognitiva (conhecer os riscos associados à obesidade, mas não os considerar).

Perturbação de Ingestão Compulsiva de alimentos (*binge eating*)

A compulsão alimentar (*binge eating*, CA) é definida como uma ingestão objetiva de uma grande quantidade de alimento num período discreto de tempo (até duas horas), acompanhada por uma sensação de perda de controlo em relação à ingestão (Compare & Tasca, 2016; Manasse, Forman, Ruocco, Butryn, Juarascio, & Fitzpatrick, 2015).

Normalmente, a CA traduz-se numa estratégia de coping desadaptada, para gerir situações com emocionalidade negativa e/ou stressantes (APA, 2013).

A CA pode ser considerada como um sintoma, de curta duração, sendo denominada de ingestão compulsiva periódica, ou como, perturbação com maior duração, denominada então por, perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC). A diferença entre ambas, reside na frequência com que ocorre, sendo considerada perturbação quando a frequência é superior ou igual a uma vez por semana, durante um período superior a três meses (APA, 2013).

A CA e a PIAC causam sofrimento psíquico significativo, estão associados a resultados precários a longo prazo e são altamente comórbidos com a obesidade (Herbozo, Flynn, Stevens, & Betancourt, 2015; Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). Por exemplo, de acordo com Cooke et al. (1997) entre 20 a 55% dos indivíduos obesos, que procuram tratamento, apresentam CA.

Em comparação com os seus homólogos obesos, os indivíduos com PIAC têm taxas mais elevadas de comorbidade psiquiátrica, pior qualidade de vida e sofrem maiores prejuízos sociais e ocupacionais relacionados com o excesso de peso (Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). A PIAC é frequentemente associada a psicopatologias como depressão, ansiedade, controlo de impulsos e perturbações de uso de substâncias (Carvalho-Ferreira, et al., 2012). Em estudantes universitários, a CA está associada a problemas com o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo excessivo de álcool, humor negativo, auto-lesão e ganho de peso (Dunn, Neighbours, Fossos, & Larimer, 2009).

A PIAC tem como critérios:

- 1) Existirem episódios recorrentes de compulsão alimentar, que é caracterizado por ingestão, num período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período de tempo em circunstâncias idênticas e por sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio;
- 2) Os episódios de compulsão alimentar estão relacionados com três ou mais dos seguintes aspetos: Comer mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; comer sozinho por vergonha da quantidade que está a comer; sentir-se mal consigo próprio, deprimido ou muito culpado em seguida;
- 3) Grande sofrimento pela compulsão alimentar;

- 4) Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, uma vez por semana durante três meses (APA, 2013);
- 5) A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa (APA, 2013; Kittel, Brauhardt, & Hilbert, 2015).

Ainda de acordo com o DSM-IV (APA, 2013) o nível de gravidade pode dividir-se em: Leve - um a três episódios de compulsão alimentar por semana; Moderada – quatro a sete episódios de compulsão alimentar por semana; Grave - oito a treze episódios de compulsão alimentar por semana; e Extrema – catorze ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

As estimativas de prevalência PIAC são de 3.5% entre as mulheres, e 2.0% entre os homens (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). A prevalência da PIAC em amostras clínicas usando entrevistas de diagnóstico direto varia de 7.5% (Ricca et al., 2000) a 12.1% (Ramacciotti, Coli, Passaglia, Lacorte, Pea, & Dell’Osso, 2000). Em Portugal a prevalência é elevada (2.4%), sendo apenas inferior, nos países considerados como de maior rendimento, à taxa dos Estados Unidos da América (2.6%) (Kessler et al., 2013).

Comparando indivíduos com sobrepeso ou obesos sem CA, os indivíduos com sobrepeso ou obesos com PIAC têm taxas mais elevadas de distúrbios psiquiátricos do Eixo I e do Eixo II (Dingemans & van Furth, 2012; Fandino et al., 2010; Telch & Stice, 1998).

Goldschmidt, Wall, Zhang, Loth e Neumark-Sztainer (2016) realizaram um estudo longitudinal, acompanhando o comportamento alimentar ao longo de dez anos, com três avaliações (inicial, follow-up ao fim de cinco anos e follow-up ao fim de 10 anos). Os autores pretendiam avaliar a evolução da ingestão excessiva de comida, da CA e da PIAC e os fatores de risco associados a estas condições. Os participantes com CA e PIAC apresentaram taxas mais elevadas de persistência ou agravamento dos sintomas durante a transição do final da adolescência/início da idade adulta para o início/meia-idade adulta. O excesso de comida e a CA tinham fatores de risco semelhantes, embora para as mulheres, os sintomas depressivos, a satisfação corporal e a autoestima no final da adolescência/início da idade adulta previam diferentemente a compulsão alimentar versus o excesso de comida no início/meados da idade adulta jovem. O peso corporal mais elevado, sintomas depressivos, baixa autoestima e insatisfação corporal, geralmente previram uma maior probabilidade de relatar mais tarde ingestão excessiva de comida e (separadamente) CA *versus* não comer em excesso.

Os autores concluem que a prevalência e os fatores de risco são diferentes para homens e mulheres, pois nos homens foi encontrada uma ausência de fatores de risco únicos para a CA em relação ao excesso de alimentação entre os homens, enquanto os sintomas depressivos, insatisfação corporal e autoestima são fatores de risco para as mulheres. Outros autores chegaram às mesmas conclusões (Ackard et al., 2003; Sonnevile et al., 2013).

Vários fatores precipitantes foram atribuídos à PIAC. Por exemplo, os sistemas de regulação de afetos podem estar envolvidos, tais como humor reduzido, ansiedade, e outras perturbações psiquiátricas. O Sobrepeso ou obesidade também são apontados como fatores de início. A existência de comentários relacionados com a aparência em forma de crítica ou provocação, e o fazer dieta também parecem ser precursores importantes da PIAC. Os mecanismos genéticos também são prováveis, uma vez que a PIAC parece ser moderadamente hereditária (Mustelin, Raevuori, Hoek, Kaprio, & Keski-Rahkonen, 2015). Outros autores também referem a existência de enviezamento na imagem corporal, como fator de risco para a PIAC (Puhl, Moss-Racusin, & Schwartz, 2007).

Diferenças entre Sexos

As diferenças ao nível da prevalência do sobrepeso e obesidade entre homens e mulheres não são unânimes na literatura.

Num estudo realizado com adolescentes, Fonseca, Sichieri e Veiga (1998) concluíram que a prevalência de sobrepeso em rapazes é superior à das raparigas, além de referirem que os rapazes têm mais fatores associados à manutenção como o elevado número de horas que passam a ver televisão ou a jogar videojogos e as raparigas fazem dieta para emagrecer, muito mais frequentemente do que os rapazes (sete vezes mais). Em ambos os sexos, a obesidade familiar está fortemente associada ao IMC.

No entanto, outro estudo realizado em adultos (Gigante, Barros, Post, & Olinto, 1997), mostra maior prevalência da obesidade nas mulheres relativamente aos homens. Ainda de acordo com este estudo, entre as mulheres, as variáveis que se mantiveram associadas significativamente com obesidade foram a obesidade dos pais, a ocorrência de diabetes ou hipertensão, não fumar, menor número de refeições diárias e não ter realizado exercício físico durante o último ano. Para os homens apenas a ocorrência de obesidade nos pais e a hipertensão arterial sistémica se mostraram significativamente associadas com a obesidade.

Um estudo mais recente da primeira autora (Gigante, Moura, & Sardinha, 2009), também com adultos refere maior prevalência de excesso de peso nos homens e que não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos para a prevalência da obesidade. Os autores acrescentam que nos homens quanto maior é a escolaridade, maior é o excesso de peso e que nas mulheres quanto maior é a escolaridade, menor é o excesso de peso.

Em Portugal as estimativas apontam para prevalências de excesso de peso de 30.8% e de obesidade de 15.4% para as mulheres e de 41.1% de excesso de peso e de 12.9% de obesidade para os homens (Carmo, 2001). Também outro estudo (Santos et al., 2005), que analisou a obesidade, a síndrome metabólica e atividade física em adultos portugueses, mostrou que o excesso de peso e a obesidade são superiores nos homens em relação às mulheres. Os autores acrescentam que cerca de 2/3 da amostra era insuficientemente ativa e que nos homens, a prevalência da síndrome metabólica (17,1%) era significativamente superior à das mulheres (4,4%). Todos os participantes com síndrome metabólica tinham excesso de peso ou eram obesos.

Em crianças, Rito, Paixão, Carvalho e Ramos (2010) referem que não existem diferenças entre sexos, em Portugal. E no que concerne aos adolescentes, as diferenças na pré-obesidade e obesidade dependem das idades, não permitindo muita definição (Ferreira, Mota, & Duarte, 2012).

Referências

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: Prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, *111*, 67–74. Doi:10.1542/peds.111.1.67
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andreou, E., Hajigeorgiou, P. G., Kyriakou, K., Avraam, T., Chappa, G., Kallis, P., Lazarou, C., Philippou, C., Claristoforou, C., Kokkinofta, R., Diohenous, C., Savva, S. C., Kafatos, A., Zampelas, A., & Papandreou, D. (2012). Risk factors of obesity in a cohort of 1001 Cypriot adults: An epidemiological study. *Hippokratia*, *3*, 256-260.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Brito, S. D., Viveiro, A. C., & Moleiro, P. (2014). Obesidade e sobrepeso numa amostra de adolescentes da cidade portuguesa de Leiria. Uma questão de curvas? *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, *2*, 116-121. doi: 10.1016/j.rpedm.2013.11.001
- Carmo, I. (2001). Obesidade: a epidemia global. *Revista Faculdade Medicina Lisboa*, *6*, 39-46.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles, A. (2016). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, *7*, 233-237.
- Carvalho-Ferreira, J. P., Cipullo, M. A. T., Caranti, D. A., Masquio, D. C. L., Andrade-Silva, S. G., Pisani, L. P., & Dâmaso, A. R. (2012). Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends in Psychology and Psychotherapy*, *4*, 223-233.
- Compare, A., & Tasca, G. A. (2016). The rate and shape of change in binge eating episodes and weight: Na effectiveness trial of emotionally focused group therapy for binge-eating disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *23*, 24-34. doi: 10.1002/cpp.1932

- Cooke, E. A., Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (1997). Patterns of food selection during binges in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 187-193.
- Cortese, S., Comencini, E., Vincenzi, B., Speranza, M., & Angriman, M. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss individual with obesity? *BMC Psychiatry*, 13, 1-7. doi: 10.1186/1471-244x-13-286
- Coutinho, J. (2012). Relatório anual do capítulo da obesidade. *Revista de Cirurgia*, 20, 76.
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 135–138.
- Dunn, E., Neighbors, C., Fossos, N., & Larimer, M. (2009). A cross-lagged evaluation of eating disorder symptomatology and substance-use problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 106–116.
- Fandino, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 110–114. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.011
- Ferreira, F., Mota, J. A., & Duarte, J. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: Um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 47-54. doi:10.1016/j.rpsp.2012.03.002
- Fonseca, V. M., Sichieri, R., & Veiga, G., V. (1998). Fatores associados à obesidade em adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 6, 541-549.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A., & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 3, 236-246.
- Gigante, D. P., Moura, E C., & Sardinha, L. M. V. (2009). Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43, s2, 83-89.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Zhang, J., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Developmental Psychology*, 3, 475-483. doi: 10.1037/dev0000086
- Gutiérrez-Fisac, J. L., Gallar-Castillón, P., León-Munoz, L. M., Graciani, A., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Prevalence of general and abdominal obesity in the

- adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Obesity Reviews*, *13*, 388-392. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00964x
- Herbozo, S., Flynn, P. M., Stevens, S. D., & Betancourt, H. (2015). Dietary adherence, glycemic control, and psychological factors associated with binge eating among indigenous and non-indigenous Chileans with type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *22*, 792-798. doi: 10.1007/s12529-015-9478-y
- Hosseiniapanah, F., Mirbolouk, M., Mossadeghkhah, A., Barzin, M., Serahati, S., Delshad, H., & Azizi, F. (2016). Incidence and potential risk factors of obesity among Tehranian adults. *Preventive Medicine*, *82*, 99-104. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.11.015.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *3*, 348-358.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *População residente com 18 e mais anos de idade por sexo e classes de índice de massa corporal*. Retirado a 24 de Agosto de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008906&contexto=bd&selTab=tab2.
- Islam, S. K. M., & Rasooly, M. H. (2013). Prevalence and risk factors associated with obesity among adult Kabul citizens (Afghanistan), 2012. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, *4*, 152-161.
- Janssen, I., Shields, M., Craig, C. L., & Tremblay, M. S. (2010). Prevalence and secular changes in abdominal obesity in Canadian adolescents and adults, 1981 to 2007-2009. *Obesity Reviews*, *12*, 397-405. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00815.x
- Karageorgi, S., Alsmadi, O., & Behbehani, K. (2013). A review of adult obesity prevalence, trends, risk factors, and epidemiologic methods in Kuwait. *Journal of Obesity*, *1*, 1-14. doi: 10.1155/2013/378650
- Keating, C., Backholer, K., Gearon, E., Stevenson, C., Swinburn, B., Moodie, M., Carter, R., & Peeters, A. (2015). Prevalence of class-I, classe-II and class-III obesity in Australian adults between 1995 and 2011-12. *Obesity Research & Clinical Practice*, *9*, 553-562. doi: 10.1016/j.orcp.2015.02.004
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., & Shahly, V. et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, *73*, 904-914.

- Kittel, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *International Journal of Eating disorders*, *6*, 535-554.
- Kjaer, I. G. H., Kolle, E., Hansen, B. H., Anderssen, S. A., & Torstveit, M. K. (2015). Obesity prevalence in Norwegian adults assessed by body mass index, waist circumference and fat mass percentage. *Linical Obesity*, *5*, 211-218. doi: 10.1111/cob.12100
- Kriaucioniene, V., Petkeviciene, J., Klumbiene, J., Sakyte, E., & Raskiliene, A. (2014). The prevalence and trends of overweight and obesity among Lithuanian adults, 1994-2012. *Public Health*, *128*, 91-95. doi: 10.1016/j.puhe.2013.10.010
- Li, M., Qian, Z., Vaughn, M., Boutwell, B., Ward, P., Lu, T., Lin, S., Zhao, Y., Zeng, X., Liu, R., Qin, X., Zhu, Y., Chen, W., & Dong, G. (2015). Sex-specific difference of the association between ambient air pollution and the prevalence of obesity in Chinese adults from a high pollution range area: 33 Communities Chinese Health Study. *Atmospheric environment*, *117*, 227-233. doi: 10.1016/j.atmosenv.2015.07.029
- Manasse, S. M., Forman, E. M., Ruocco, A. C., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., & Fitzpatrick, K. K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 677-683.
- Mi, Y., Zhang, B., Wang, H., Yan, J., Han, W., Zhao, J., Liu, D., & Tian, Q. (2015). Prevalence and secular trends in obesity among Chinese adults, 1991-2011. *American Journal of Preventive Medicine*, *5*, 661-669. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.005
- Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva*, *2*, 553-572.
- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, *48*, 1106-1112. doi: 10.1002/eat.22409
- Ogden, C. I., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in United States, 011-2012. *JAMA*, *8*, 806-814. doi: 10.1001/jama.2014.72.

- Pan, L., Freedman, D. S., Gillespie, C., Park, S., & Sherry, B. (2011). Incidences of obesity and extreme obesity among US adults: findings from the 2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Population Health Metrics*, 9, 1-9. doi:10.1186/1478-7954-9-56
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos e associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 3, 65-80.
- Pérez, C. M., Sánchez, H., & Ortiz, A. P. (2013). Prevalence of overweight and obesity and their cardiometabolic comorbidities in Hispanic adults living in Puerto Rico. *Journal of Community Health*, 38, 1140-1146. doi: 10.1007/s10900-013-9726-5
- Puhl, R. M., Moss-Racussin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 1, 19-23.
- Ramacciotti, C. E., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E., & Dell'Osso, L. (2000). Binge eating disorder: Prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 2, 131-138.
- Raman, J., Smith, E., & Hay, P. (2013). The clinical obesity maintenance model: An integration of the psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of Obesity*, 2013, 1-9. doi: 10.1155/2013/240128
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P. L., & Rotella, C. M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 111-115.
- Rito, A., & Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, actividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Revista Nutricias*, 6, 14-17.
- Rito, A. I., Paixão, E., Carvalho, M. A. R., & Ramos, C. (2010). *Childhood obesity surveillance initiative*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge.
- Roberto, C. A., Swinburn, B., Hawkes, C., Huang, T. T., Costa, S. A., Ashe, M., Zwicker, L., Cawley, J. H., & Brownell, K. D. (2015). Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet*, 385, 2400-2409. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61744-X
- Sahin, H., Çiçek, B., Yilmaz, M., Organ, D., Inanç, N., Aykut, M., & Elmali, F. (2010). Obesity prevalence, waist-to-height ratio and associated factors in adult Turkish males. *Obesity Research & Clinical Practice*, 5, e29-e35. doi: 10.1016/j.orcp.2010.11.004

- Santos, R., Nunes, A., Ribeiro, J. C., Santos, P., Duarte, J. A. R., & Mota, J. (2005). Obesidade, síndrome metabólica e atividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 4, 317-328.
- Sasson, M., Lee, M., Jan, C., Fontes, F., & Motta, J. (2014). Prevalence and associated factors of obesity among Panamanian adults. 1982–2010. *PLoS ONE*, 3, e91689. doi:10.1371/journal.pone.0091689
- Silva, A. J., Mourão-Carvalho, M. I., Reis, V. M., Mota, M. P., Garrido, N. D., Pitanga, F., & Marinho, D. (2008). A prevalência do excesso de peso e da obesidade entre crianças Portuguesas. *Fitness & Performance Journal*, 5, 301-305.
- Sinfield, P., Baker, R., Pollard, L., & Tang, M. Y. (2013). Improving the management of obesity in adults: a pilot of a method to identify important barriers to change and tailor interventions to address them. *Quality in Primary Care*, 21, 237-246.
- Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., & Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: Does loss of control matter? *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 167, 149–155. Doi:10.1001/2013.jamapediatrics.12
- Sporndly-Nees, S., Igelstrom, H., Lindberg, E., Martin, C., & Asenlof, P. (2014). Facilitators and barriers for eating behavior changes in obstructive sleep apnoea and obesity – a qualitative content analysis. *Disability and Rehabilitation*, 1, 74-81. doi: 10.3109/09638288.2013.782354.
- Taylor, A. W., Shi, Z., Montgomerie, A., Dal Grande, E., & Campostrini, S. (2015). The Use of a chronic disease and risk factor surveillance system to determine the age, period and cohort effects on the prevalence of obesity and diabetes in South Australian adults - 2003–2013. *PLoS ONE*, 4, e0125233. doi:10.1371/journal.pone.0125233
- Telch, C. F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a nontreatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 768–776.
- Ward, Z. J., Long, M. W., Resch, S. C., Gortmaker, S. L., Cradock, A. L., Giles, C., Hsiao, A., & Wang, Y. C. (2016). Redrawing the US obesity landscape: Bias-corrected estimates of state-specific adult obesity prevalence. *PLoS ONE*, 3, 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0150735

Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disorder*, 34, S96–S106.

World Health Organisation [WHO]. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic (WHO Technical Report Series 894)*. Geneva: WHO.

ANEXO II

Protocolo de Entrevista

APRESENTAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Permite-me que grave a entrevista? APRESENTAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAR A ENTREVISTA

Antes de começar – Qual o seu peso atual? ____kg. E a sua altura? ____m. Na área da saúde nós costumamos utilizar o cálculo do Índice de Massa Corporal, para termos noção do peso em função da altura da pessoa; vou apenas muito rapidamente calcular o IMC porque essa informação é importante para nós. Dê-me só um minuto. $IMC (kg/m^2) = \frac{peso}{altura^2}$ (25-29,9= Exc.P.; >30=Ob.)

- Há quanto tempo tem este peso? _____

PARTICIPANTES OBESOS/EXCESSO DE PESO E QUE MANTÊM O $IMC > 25 KG/M^2$ HÁ PELO MENOS 12 MESES

- a) Conte-me por favor a história sobre o seu peso.
- b) O que acha que contribui para manter o seu peso atual?
- c) Acha que para si é difícil perder peso? Porque acha que é difícil para si perder peso?
- d) Qual foi o peso mais elevado que teve? O que acha que contribuiu para atingir esse peso máximo? Em que altura da vida sentiu que tinha este peso mais elevado?

Alguma vez se sentiu a ganhar peso descontroladamente, sem que conseguisse travar o aumento? Quando? Porque acha que isso aconteceu?

No seu caso pessoal, acha que a manutenção de um peso elevado tem alguma consequência positiva? Se sim, quais?

- a) Tem alguma consequência positiva a nível Pessoal?
- b) e a nível familiar?
- c) e a nível Profissional, acha que o seu peso atual tem alguma consequência positiva?
- d) e a nível Social, sente que a manutenção do seu peso tem alguma consequência positiva?

No seu caso particular, que consequências negativas tem esta manutenção de um peso elevado? Como é que o seu peso atual o afeta?

a) Tem impacto na sua vida social, na forma como planeia as suas atividades extralaborais (extracurriculares) e se relaciona com os seus amigos? Se sim, que consequências? Podia falar-me um pouco mais sobre isso?

b) E na sua vida profissional? Caso existam, que consequências tem a manutenção de um peso elevado? Podia desenvolver um pouco mais essa ideia?

c) E na sua vida familiar? Na forma como interage com a família de origem (pais, irmãos, outros)? _____ Tem filhos? Se sim, acha que o seu peso atual tem influência na forma como interage e se relaciona com eles? Como assim?

c) E na sua vida pessoal, tem impacto a manutenção deste peso? Sente que o seu peso pessoal interfere com a sua vida íntima? E sexual? Como assim? Podia explicar-me melhor o que sente, qual a sua experiência pessoal?

a) O processo de aumento de peso aconteceu de forma gradual ou repentinamente? O que gradualmente (ou repentinamente) foi mudando?

b) Notou neste processo de ganho de peso alguma ordem específica em relação às mudanças que aconteceram (por ex., primeiro notou pequenas mudanças em si e na sua vida e depois grandes mudanças, ou exatamente ao contrário – primeiro grandes mudanças e depois pequenas). Que mudanças foram estas?

c) Sentiu que perdeu, que ficou privado de alguma coisa no processo de aumento de peso? Se sim, o quê? _____ Era importante para si? Porquê? _____ E mais, o que perdeu mais com esse aumento de peso? _____ Era importante para si? Porquê? _____

d) Sentiu-se a ganhar algo ao engordar? Se sim, o quê? _____ Foi importante para si ganhar isto? Porquê?

e) Houve alguém que tenha contribuído para o aumento de peso? Se sim, quem? _____ Qual o papel desta pessoa neste ganho de peso? _____ Ela continua a influenciar o seu ganho/manutenção de peso elevado? De que forma? _____ Se por alguma razão esta pessoa deixasse de exercer esta influência, o que pensa que iria acontecer? Como assim, pode falar-me um pouco mais dessa mudança?

a) Como acha que as pessoas suas conhecidas o veem?

b) Como o vê a sua família?

c) E os seus amigos?

d) E como se vê a si próprio? Como se descreve? Como se avalia em relação a si próprio, àquilo que o caracteriza?

Que conselho daria, ou o que diria, a uma pessoa da sua idade, com um peso muito próximo do seu, e que estivesse a sofrer com o peso atual e respectivas consequências?

ANEXO III

Autorização para a gravação da Entrevista

Declaro que dei autorização para os investigadores fazerem a gravação áudio desta entrevista, sabendo que todos os meus dados são confidenciais e que nenhuma identificação pessoal será associada aos conteúdos ou revelada.

(Rubrica)

ANEXO IV

Consentimento Informado

A presente investigação, efectuada na especialidade de **Psicologia da Saúde**, da responsabilidade da Prof. Doutora Filipa Pimenta (ISPA – Instituto Universitário), e com a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário) e co-orientação da Prof. Doutora Jane Wardle (University College London), é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH/BPD/77799/2011). ¶

¶
Esta investigação estuda os factores associados à manutenção de um peso excessivo e explora igualmente processos associados à perda de peso **bem sucedida**. ¶

¶
Neste momento, convido-o(a) a participar nesta fase da investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes e da participação numa entrevista sobre a experiência e história pessoais com o seu peso. ¶

¶
Esta investigação tem igualmente o objectivo, numa segunda fase, de ajudar os participantes com excesso de peso a diminuírem o seu peso, de uma forma apoiada, através de uma intervenção psicológica. ¶

Algumas pessoas poderão ser convidadas a participar nesta segunda fase, convite esse que poderão rejeitar, se assim o desejarem, sem que isso tenha quaisquer consequências. Se quiser participar na segunda fase, deverá preencher também a **última folha**. ¶

¶
A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma mais objectiva e abrangente **como é que as mulheres e os homens portugueses vivem a obesidade e o excesso de peso, e conseguem, nos casos de sucesso, diminuir o peso corporal excessivo**. ¶

¶
Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente **confidenciais**. ¶

Assegura-se ainda que a sua participação (ou recusa em participar) em nada interfere com o seu acompanhamento multidisciplinar, no caso de estar ser contactado em contexto hospitalar/clínico. ¶

Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por **e-mail**. ¶

¶
Muito obrigada pela sua participação. ¶

¶
A investigadora responsável, ¶

Filipa Pimenta, PhD ¶

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde ¶

ISPA – Instituto Universitário ¶

Rua Jardim do tabaco, 34 ¶

1149-041 Lisboa ¶

Tel.: 218 811 700 ¶

e-mail: filipa_pimenta@ispa.pt ¶

Se aceita participar, por favor rubrique esta página e a seguinte e, de seguida, retire para si a primeira página (são ambas iguais e a primeira página é para si).

Data: ____/____/____

(Rubrica da participante)

ANEXO V

Questionários

Código do Participante: _____/_____

Identifique, por favor, em que contexto recebeu este questionário: _____

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- a) Idade: _____
- b) Raça: Caucasiana (branca)____ Negra____ Asiática____ Outra____
- c) Estado civil: Casado(a)____ Divorciado(a)____ Separado(a)____ Solteiro(a)____
União de Facto____ Viúvo(a)____
- d) Tem atualmente uma relação afetiva e/ou sexual: Sim____ Não____
- e) N.º de filhos que tem: _____
- f) Situação profissional: Ativo(a)____ Reformado(a)____ Desempregado(a)____
Outra_____
- i. Que profissão exerce/exerceu?

- g) Habilitações literárias: 4 anos de escolaridade ou menos____ 6 anos de
escolaridade____ 9 anos____ 12 anos____ Bacharelato(3 anos/faculdade)____
Licenciatura(4 ou 5 anos/faculdade)____ Outro _____
- h) Rendimento total anual bruto do agregado familiar: Até 10.000€____ De 10.001 a 20.000€

De 20.001 a 37.500€____ De 37.501 a 70.000€____ Superior a 70.000€ ____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

A – Menopausa (só para mulheres):

1. Tem ciclos menstruais regulares, com a menstruação a acontecer todos os meses? Sim____
Não____
2. Nos **últimos 12 meses** teve alterações no seu ciclo menstrual (a duração dos ciclos alterou-se significativamente ou passou 2 ou mais meses sem ter o período)? Sim____ Não____
3. Já estive **12 meses** (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim____ Não____
4. Que idade tinha quando teve a sua última menstruação?_____ anos

B - Saúde geral e Peso:

5. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim____ Não____

i) Se sim,
qual(quais)? _____

6. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim ___ Não ___

i) Se sim,
qual(quais)? _____

7. Qual o seu peso atual? _____ kg

8. E a sua altura? _____ m

9. Qual foi o peso mais alto que teve em toda a vida adulta (excluindo gravidez)? _____ kg

i) Quando (em que ano) teve este peso (mais alto)? _____

ii) Durante quanto tempo manteve este peso (mais alto)? _____ meses.

10. Qual o peso mais baixo que teve em toda a vida adulta? _____ kg

i) Quando (em que ano) teve este peso (mais baixo)? _____

ii) Durante quanto tempo manteve este peso (mais baixo)? _____ meses.

11. Desde quando começou a ter peso a mais? Desde criança ___ Desde a adolescência ___

Desde o início da idade adulta ___ Desde a menopausa ___

12. Quantas tentativas fez para emagrecer na sua vida:

i) que tenham resultado numa perda de peso: _____

ii) que não tenham resultado numa perda de peso: _____

13. Caso tenha perdido peso de forma significativa:

i) quanto pesava antes de iniciar a perda de peso: _____ kg

ii) quantos quilos já perdeu, desde que começou a perda de peso: _____ kg

iii) como conseguiu perder peso de forma significativa:

cirurgia ___ mudança de comportamentos alimentares ___ exercício físico ___ outro _____

C - Consumo de tabaco, álcool e café

14. É fumadora? Sim, sou fumadora ___ Não, sou ex-fumadora ___ Não, nunca fumei ___

i. (Caso seja fumadora) Fuma todos os dias? Sim ___ Não ___

ii. (Caso seja fumadora) Quantos cigarros fuma: **por dia** _____ ou **por mês** _____?

15. Consome bebidas alcoólicas? Sim ___ Não ___

i. Se sim, com que regularidade: diariamente ___ todos os fins-de-semana ___
raramente ___

ii. Se sim, em que quantidades: até ficar embriagado(a)___ moderadamente___
menos de um copo por cada ocasião___

16. Costuma tomar café? Sim___ Não___

i. Se sim, quantos cafés costuma tomar? Mais de 5 cafés por dia___ Entre 4 e 3 cafés
por dia___ Entre 2 e 1 café por dia___ Só tomo café ocasionalmente___

D – Exercício físico e peso:

17. Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim___ Não___

i. Se sim, quantas vezes por semana? _____

ii. Se sim, durante quanto tempo (horas ou minutos) exercita?

De seguida irá encontrar alguns questionários que a convidam a explorar vários aspectos da sua vida. Por favor preencha **todas as questões**. Não existem respostas certas nem erradas. Os meus agradecimentos pela sua atenção e sinceridade!

E.I.C.

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

1	Não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou com o tamanho do meu corpo, quando estou com outras pessoas.
	Sinto-me preocupado(a) com a imagem que passo aos outros, mas normalmente isso não me faz sentir desiludido(a) comigo mesmo(a).
	Fico constrangido(a) com a minha aparência e peso, o que me faz sentir desiludido(a) comigo mesmo(a).
	Sinto-me muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e repugnância de mim próprio(a). Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento.
2	Não tenho qualquer dificuldade em comer devagar e de maneira apropriada.
	Embora pareça que como depressa e vorazmente, no fim não me sinto empanturrado(a) por ter comido demais.
	Por vezes tenho tendência a comer rapidamente e, depois, sinto-me desconfortavelmente cheio(a).
	Tenho o hábito de engolir a comida à pressa sem realmente a mastigar. Quando isto acontece, geralmente sinto-me desconfortavelmente cheio(a) porque comi demais.

3	Sinto-me capaz de controlar os meus impulsos para comer quando eu quero.
	Sinto que falhei no controlo da minha alimentação mais do que as outras pessoas.
	Sinto-me totalmente incapaz de controlar os meus impulsos para comer.
	Por me sentir tão incapaz de controlar o meu comportamento alimentar, entro em desespero quando tento manter o controlo.
4	Não tenho o hábito de comer quando estou aborrecido(a).
	Por vezes como quando estou aborrecido(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar com outras coisas e não pensar em comida.
	Tenho o hábito regular de comer quando estou aborrecido(a), mas, de vez em quando, posso usar uma outra actividade para não pensar em comida.
	Tenho o forte hábito de comer quando estou aborrecido(a). Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito.
5	Geralmente, quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
	Às vezes, como algo por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
	Tenho o hábito regular de comer alimentos, que realmente não aprecio, para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente não necessite de comida.
	Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na minha boca que só parece ser satisfeita quando como um alimento, tipo uma sandes, que me encha a boca. Às vezes, quando como um alimento para satisfazer a minha “fome de boca”, cuspo de seguida a comida para não ganhar peso.
6	Não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
	Às vezes, sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
	Quase sempre sinto uma forte culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
7	Não perco o controlo total da minha alimentação quando estou a fazer dieta, mesmo após períodos em que como demais.
	Por vezes quando estou a fazer dieta e como um “alimento proibido”, sinto-me como se tivesse estragado a dieta e como ainda mais.
	Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não ir até ao fim”. Quando isto acontece, como ainda mais.
	Tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas, mas quebro-as ao comer compulsivamente. A minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.
8	Raramente como comida a ponto de depois me sentir desconfortavelmente empanturrado(a).
	Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo por me sentir muito empanturrado(a).
	Ao longo do mês, tenho períodos regulares em que como grandes quantidades de comida, tanto às refeições como fora delas.
	Como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, por vezes, até um pouco enjoado(a).
9	Em geral, a minha ingestão de calorias não sobre a níveis muito altos, nem desce a

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

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

11	Não tenho qualquer problema em parar de comer quando me sinto cheio(a).
	Geralmente consigo parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, como em excesso o que me faz sentir desconfortável.
	A partir do momento em que começo a comer, tenho dificuldades em parar e geralmente sinto-me desconfortável depois de uma refeição.
	Como não consigo parar de comer quando quero, por vezes tenho de provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar esta sensação de enfiamento.

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

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

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

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

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