



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

DEPENDÊNCIA DE COMIDA EM JOVENS PORTUGUESES:
QUE DETERMINANTES?

ANA FILIPA MOTA LAMELAS

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

Para os meus pais 🍀

AGRADECIMENTOS

Escrita ao longo de vários meses, esta tese contou com a participação de diversas pessoas, tanto direta como indiretamente, às quais gostava de deixar uma palavra.

Quero assim agradecer à Prof. Doutora Filipa Pimenta pela dedicação, paciência, disponibilidade e partilha de conhecimentos, características que me estimulam a ser cada vez mais dedicada e as quais levo comigo para o resto da vida. Agradeço ainda, pelo voto de confiança e as oportunidades de crescimento, tanto a nível profissional, como pessoal. Ao longo deste percurso, compreendi a importância da investigação no âmbito da Psicologia, na qual tive a oportunidade de trabalhar e poder contribuir.

Um obrigada especial à Professora Doutora Isabel Leal pela dedicação, disponibilidade e direção ao longo destes meses, aspetos que tornaram todo este trabalho possível.

Agradeço aos restantes Professores que marcaram, não só este percurso académico ao longo destes cinco anos no ISPA – Instituto Universitário, mas também a todos os que fizeram parte do meu percurso escolar, contribuindo assim para o meu crescimento. Em especial, agradeço ao Professor Luís Prista, cuja paixão pelo ensino da Língua Portuguesa me marcou, contribuindo em parte para a aluna que sou hoje.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo incentivo e esforço ao longo de todo o meu percurso escolar e académico, sem os quais nada disto seria possível. Com eles aprendi o valor do amor, trabalho e dedicação, valores que me guiaram ao longo da vida, e os quais foram fundamentais para a conclusão de mais um ciclo. Sou grata por tudo o que fazem por mim, dedicando-vos esta dissertação.

Ao Tiago, o meu namorado, que me acompanhou ao longo destes cinco anos, sem o qual nada seria igual. Agradeço pelo amor, incentivo e companheirismo que foram imprescindíveis, principalmente, nos momentos mais difíceis. Sou grata por todo o teu apoio incondicional e pela confiança que depositas em mim todos os dias.

Ao meu amigo José, colega de curso e de vida, o qual veio trazer leveza e companheirismo a todo o meu percurso académico, ensinando-me tanto com tão pouco. Em ti reencontrei a importância e o poder da palavra amizade.

Um agradecimento final aos restantes amigos e colegas de curso, por toda a partilha de conhecimentos e experiências, que tornaram este percurso mais enriquecedor.

RESUMO

Introdução: A dependência de comida é um fenómeno clínico em crescimento, o qual apresenta um impacto negativo na saúde mental a nível mundial, nomeadamente, nos jovens. Recentemente, verificou-se que 2.6%-49.9% dos jovens sofre de dependência de comida. Assim, o objetivo deste estudo é explorar quais variáveis predizem a dependência de comida, numa amostra de jovens portugueses. **Método:** Neste estudo observacional, correlacional e transversal, participaram 1564 jovens portugueses com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos ($M=14.79$; $DP=1.89$), sendo 52.7% do sexo feminino. Os participantes responderam em contexto escolar e *online* a um questionário sociodemográfico e de saúde, à *Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)*, *Athens Insomnia Scale (AIS)*, *Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)*, *dimensão General Functioning da Family Assessment Device (GF-FAD)* e *Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)*. **Resultados:** O modelo estrutural refinado apresentou um ajustamento sofrível à amostra jovem ($\chi^2/df=4.096$; $SRMR=0.0943$; $CFI=0.852$; $TLI=0.845$; $RMSEA=0.045$). Uma maior dependência de comida ocorre mais comumente em jovens portugueses que percebem ter maior dificuldade de negociação e partilha na família ($\beta=0.343$; $p<0.001$), maior autocontrolo disfuncional ($\beta=0.305$; $p<0.001$), insónias mais graves ($\beta=0.164$; $p<0.001$), alterações funcionais pelo uso problemático da internet mais graves ($\beta=0.066$; $p=0.016$), maior percentil de peso ($\beta=0.048$; $p=0.049$), consumo de salgados ($\beta=0.065$; $p=0.011$) e bebidas energéticas ($\beta=0.124$; $p<0.001$), mas também quando percecionado um menor apoio e confiança na família ($\beta=-0.098$; $p<0.001$). **Discussão:** Fatores de risco para a dependência de comida em jovens portugueses foram identificados neste estudo, sendo este um contributo pertinente para a investigação e prática clínica.

Palavras-chave: dependência de comida, jovens, insónia, funcionamento familiar, autocontrolo.

ABSTRACT

Background: Food addiction is a growing clinical phenomenon with a negative impact on global mental health, particularly among the youth. Recent studies have revealed that 2.6% to 49.9% of youths suffer from food addiction. Therefore, the aim of this study is to explore the variables predicting food addiction in a sample of Portuguese youths.

Method: In this observational, correlational and cross-sectional study, 1564 Portuguese youths aged between 12 and 19 years ($M=14.79$; $SD=1.89$) participated, with 52.7% being female. The participants completed a sociodemographic and health questionnaire, as well as the following scales in a school and online setting: *Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)*, *Athens Insomnia Scale (AIS)*, *Brief Self-Control Scale (BSCS)*, *General Functioning dimension of the Family Assessment Device (GF-FAD)*, and *Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)*.

Findings: The refined structural model showed an acceptable fit to the young sample ($\chi^2/df=4.096$; SRMR=0.0943; CFI=0.852; TLI=0.845; RMSEA=0.045). Greater food addiction was more commonly observed among Portuguese youths who perceived greater difficulty in family negotiation and sharing ($\beta=0.343$; $p<0.001$), exhibited higher levels of dysfunctional self-control ($\beta=0.305$; $p<0.001$), experienced more severe insomnia ($\beta=0.164$; $p<0.001$), had more pronounced functional changes due to problematic internet use ($\beta=0.066$; $p=0.016$), had a higher percentile of weight ($\beta=0.048$; $p=0.049$), consumed salty snacks ($\beta=0.065$; $p=0.011$) and energy drinks ($\beta=0.124$; $p<0.001$), but also when they perceived less family support and trust ($\beta=-0.098$; $p<0.001$).

Discussion: Risk factors for food addiction among Portuguese youths were identified in this study, providing a valuable contribution to both research and clinical practice.

Keywords: food addiction, youth, insomnia, family functioning, self-control.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	8
Delineamento do estudo	8
Participantes	8
Material	12
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	12
<i>Questionário de Saúde</i>	12
<i>Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)</i>	12
<i>Athens Insomnia Scale (AIS)</i>	12
<i>Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)</i>	13
<i>Family Assesment Device (FAD): dimensão General Functioning (GF-FAD)</i> ...	13
<i>Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)</i>	14
Procedimento	15
Análise estatística	15
RESULTADOS	17
Análise Descritiva	17
Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI) ..	18
Athens Insomnia Scale (AIS)	19
Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)	20
Dimensão General Functioning da Family Assesment Device (GF-FAD)	22
Yale Food Addiction Scale – Portuguese (P-YFAS)	24
Modelo Estrutural	25
Modelo Estrutural Refinado	28
DISCUSSÃO	29
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	50
Anexo A: Revisão alargada de literatura	50
Adolescência: uma fase de mudança e o seu impacto no comportamento alimentar	50
Dependência de comida: origem de um fenómeno clínico sem critérios de diagnóstico	50
Um padrão alimentar aditivo: alimentos com elevada palatabilidade	55

O fenótipo da Dependência de Comida: a semelhança com a dependência de substâncias e a distinção de Perturbações Alimentares.....	58
Prevalência da dependência de comida: percentil de peso, sexo e idade	59
O impacto das refeições em família e com tecnologia, na dependência de comida	62
Alterações funcionais pelo uso problemático da internet e dependência de comida	63
A qualidade do sono e dependência de comida	63
O funcionamento familiar e a dependência de comida.....	65
Impacto do autocontrolo na dependência de comida.....	67
Anexo B: Termo de Consentimento Informado <i>online</i> para os participantes	78
Anexo C: Exemplos do material	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas e de aproveitamento escolar.....	9
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo variáveis comportamentais.....	10
Tabela 3 - Estatística Descritiva das variáveis latentes.....	17
Tabela 4 - Trajetórias entre a Idade, Sexo, Percentil de peso, Dispositivos à mesa, Ecrãs antes de dormir, Doces, Salgados, Bebidas energéticas, AFUPI, Insónia, AF, AD, ACF, DNPF, e Dependência de comida.....	27
Tabela 5 - Trajetórias entre o Percentil de peso, Salgados, Bebidas energéticas, AFUPI, Insónia, AD, ACF, DNPF, e Dependência de comida.....	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI).....	18
Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória da Athens Insomnia Scale (AIS).....	19
Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória da Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)..	21
Figura 4 - Análise Fatorial Confirmatória da Dimensão General Functioning da Family Assesment Device (GF-FAD).....	23
Figura 5 - Análise Fatorial Confirmatória da Yale Food Addiction Scale – Portuguese (P-YFAS).....	24
Figura 6 - Modelo Estrutural dos fatores preditores da dependência de comida, em jovens portugueses.....	26
Figura 7 - Modelo Estrutural refinado dos fatores preditores da dependência de comida, em jovens portugueses.....	28

INTRODUÇÃO

A relação entre o comportamento alimentar e a saúde mental nos jovens, é um tema que tem ganho espaço na literatura atual, recebendo cada vez mais notoriedade. A adolescência é um período de transição entre a vida infantil e adulta, sendo esta pautada por mudanças a nível psicodesenvolvimental e comportamental, cujas mesmas acarretam instabilidade e desregulação (Skinner et al., 2021). Nesta fase do ciclo de vida, os jovens procuram autonomizar-se dos pais em prol do desejo de estabelecerem relações sociais com os pares, o que pode propiciar a adoção de escolhas alimentares menos saudáveis fora do contexto domiciliário, uma vez que os adolescentes podem não ter ainda estrutura suficiente para realizar as mesmas de forma bem sucedida (Patton et al., 2016). Neste sentido, a adolescência é uma fase de risco para o surgimento de comportamentos alimentares desregulados, podendo estes evoluir para patologias mais complexas, como é o caso das Perturbações Alimentares, que podem trespassar para a vida adulta (Slane et al., 2014). A adolescência é assim um período de maior vulnerabilidade, sendo cada vez mais evidente o impacto negativo do comportamento alimentar na saúde mental dos adolescentes, comprometendo o desenvolvimento físico e mental (Skinner et al., 2021).

Na literatura surgiram duas conceitualizações distintas que visam compreender o modo como ocorre a adição em comida, pelo que, a primeira linha de investigação defende que o vício ocorre nos alimentos em si, na sua composição química, sendo esta teoria designada de “Dependência de Comida”. Por outro lado, a segunda linha de investigação postula que o vício ocorre no ato de comer e não no alimento em si, teoria esta intitulada de “Dependência Alimentar”. Contudo, esta última linha tem recebido críticas devido ao facto de não conseguir fazer uma distinção clara entre o processo aditivo que defende e outras Perturbações Alimentares, pelo que, a literatura tem incidido sobre o novo fenómeno clínico da “Dependência de Comida”, o qual que tem crescido nos últimos anos (Hauck et al., 2020; Schulte et al., 2017).

A dependência de comida define-se como uma vontade incontrolável de consumir alimentos específicos, tendo estes um elevado porte calórico comparativamente com as necessidades energéticas precisas (Najem et al., 2019), sendo este um padrão de consumo alimentar pautado por excessos e desregulação (Gearhardt et al., 2009a; Hauck et al., 2020; Hone-Blanchet & Fecteau, 2014). Deste comportamento aditivo em relação à comida, surgiu o termo “Dependência de Comida” (Najem et al., 2019), uma vez que este se assemelha às respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas presentes no

abuso de substâncias (Borisenkov et al., 2018). Este é assim um novo construto, o qual ainda não consta na 5ª versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5), sendo a sua avaliação realizada com base nos critérios de diagnóstico de Perturbação por Uso de Substâncias (Hone-Blanchet & Fecteau, 2014; Najem et al., 2019). Neste contexto, surge assim a necessidade de criação de um instrumento que avalie a dependência de comida de forma unânime em todos os estudos, nascendo assim a *Yale Food Addiction Scale* (YFAS), desenvolvida com base nos critérios de diagnóstico de Perturbação por Uso de Substâncias, presentes no DSM-IV-TR (Najem et al., 2019; Pursey et al., 2014; Yekaninejad et al., 2021).

Neste sentido, a dependência de comida é um conceito cuja investigação na área tem crescido por ser um novo fenómeno clínico, sendo pertinente acompanhar igualmente a evolução dos padrões de alimentação que têm sofrido alterações nos últimos anos, nomeadamente, um aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis e pobres nutricionalmente, principalmente alimentos com elevados níveis de açúcar, gordura e sal (Patton et al., 2016). Assim, já em 1956, Randolph afirmou que o consumo regular de alimentos específicos, pode providenciar um padrão de consumo semelhante a um processo aditivo. Atualmente, teoriza-se que alimentos com elevado porte calórico são mais propensos a serem aditivos (Najem et al., 2019), uma vez que existe ativação dos circuitos de dopamina e opiáceos, como acontece no consumo de substâncias (Gearhardt et al., 2009a), embora ainda se discuta quais alimentos predizem de facto a dependência de comida (Borisenkov et al., 2020; Gordon et al., 2018; Schulte et al., 2017). Esta ativação perpetua nas pessoas o consumo destes alimentos altamente palatáveis, mesmo sendo conhecidas as suas consequências negativas físicas e mentais (Najem et al., 2019; Tserne et al., 2021). Assim, são considerados alimentos hiperpalatáveis o açúcar (e.g., chocolate), o sal (e.g., batatas fritas), aditivos (e.g., molhos), energéticos (e.g., bebidas), com elevada gordura (e.g., bolachas), e muito processados (e.g., *fast-food*) (Ayaz et al., 2018; Borisenkov et al., 2020; Meule, 2011; Tserne et al., 2021).

Destes alimentos, o açúcar tem sido o componente mais estudado (Gearhardt et al., 2009a), uma vez que pessoas com dependência de comida revelam ter uma adição significativa a alimentos ricos em açúcar e gordura (Ayaz et al., 2018), dado que também se verifica em animais (Avena et al., 2008; Gearhardt et al., 2009a). Contudo, os estudos afirmam que estes alimentos tendem a ser maioritariamente consumidos na infância, pelo que, chegada à adolescência já existe tolerância (Gearhardt et al., 2009a). Seguidamente, também o sal tem sido investigado, revelando ter um efeito imediato no paladar, o que

transmite prazer. Segundo a literatura, os adolescentes consomem mais sal do que os adultos, o que pode causar impacto nesta fase do ciclo de vida. De igual modo, devido à procura de autonomia dos adolescentes, são realizadas mais refeições fora de casa, as quais têm níveis de sal mais elevados. Adicionalmente, a alimentação realizada na infância tem impacto nas escolhas alimentares enquanto jovens, pelo que, crianças expostas a alimentos salgados, têm maior probabilidade de consumi-los nas fases de desenvolvimento posteriores. Esta preocupação deve começar na gestação, uma vez que o consumo de sal pela progenitora tem impacto no feto (Cocores & Gold, 2009).

Deste modo, alimentos hiperpalatáveis apresentam importância no processo de investigação da dependência de comida, pelo que, estudos recentes de neuroimagem revelam existir semelhanças neurobiológicas e comportamentais, entre este tipo de alimentos e a adição em substâncias (Cathelain et al., 2016; Kandeger et al., 2019), o que não se verifica entre a dependência de comida e as Perturbações Alimentares (Hauck et al., 2020). Neste sentido, é possível compreender que o conceito de dependência de comida se distingue da Perturbação de Ingestão Compulsiva, não apenas teoricamente, mas também em estudos de neuroimagem (Gordon et al., 2018). Assim, postula-se que esta perturbação alimentar tem uma base psicocomportamental, enquanto que a dependência de comida uma base biológica (Hauck et al., 2020). De igual modo, teoriza-se ainda que a dependência de comida pode ser uma expressão extrema desta perturbação alimentar (Najem et al., 2019). Adicionalmente, evidência científica atual revela ainda a hipótese de poder existir um fenótipo específico da dependência de comida, o que ainda necessita de mais investigação (Najem et al., 2019; Ziauddeen & Fletcher, 2013).

Posto isto, a prevalência de dependência de comida tem aumentado ao longo dos anos, sendo cada vez mais evidente o seu impacto negativo a nível mundial, o qual se associa a problemas de saúde (Pursey et al., 2014). Assim, enquanto que em 2010 a prevalência de dependência de comida se situava em 10% (Meule, 2011), em 2014 subiu consideravelmente para 19.9% (Pursey et al., 2014). Atualmente, são ainda escassos os estudos em amostras jovens, pelo que, a prevalência de comida nesta fase do ciclo de vida é ainda muito ampla e incerta. Neste sentido, em 2016, estimou-se um intervalo entre 7.2% e 29% (Imperator et al., 2016), enquanto que em 2021, entre 2.6% e 49.9% (Skinner et al., 2021). Adicionalmente, estudos realizados em crianças e adolescentes, afirmam que em 2018, na Europa e nos EUA, a prevalência se encontrava entre 3%-9% (Borisenkov et al., 2018), enquanto que a nível mundial se situava em 15%, sendo esta

prevalência superior em crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade (Yekaninejad et al., 2021).

Neste sentido, estudos atuais têm associado a questão do peso corporal à dependência de comida (Skinner et al., 2021), afirmando que adolescentes dependentes de comida apresentam um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado (Borisenkov et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Gearhardt et al., 2011; Mies et al., 2017; Rodrigue et al., 2019; Schulte et al., 2018; Tserne et al., 2021; Zhao et al., 2018). Assim, esta adição tem sido associada positivamente às Perturbações Alimentares (Imperatori et al., 2016; Penzenstadler et al., 2018), principalmente à obesidade (Pursey et al., 2014), afirmando os estudos que 30.7% dos adolescentes com obesidade apresenta critérios de dependência de comida (Tompkins et al., 2017). No entanto, a relação entre o peso corporal e dependência de comida precisa ainda de ser estudada (Meule & Kübler, 2012), uma vez que existem estudos que afirmam não existir associação (Siah et al., 2018) e que a YFAS, por vezes, é utilizada antes de existirem manifestações clínicas significativas das alterações de peso (Borisenkov et al., 2018).

De igual modo, a literatura tem também associado o sexo à dependência de comida, afirmando que são as raparigas/mulheres que apresentam mais dependência de comida (Ayaz et al., 2018; Borisenkov et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Pursey et al., 2014; Skinner et al., 2021). Contudo, a literatura divide-se, existindo estudos que afirmam não existir resultados significativos que comprovem que o sexo prediz a dependência de comida em adultos (Grammatikopoulou et al., 2018), assim como em crianças e adolescentes (Najem et al., 2019; Yekaninejad et al., 2021). Assim, embora as Perturbações Alimentares sejam mais prevalentes em raparigas/mulheres, o mesmo não é unânime em relação à dependência de comida (Yekaninejad et al., 2021). No mesmo sentido, a idade tem sido igualmente associada à dependência de comida, postulando-se que se verifica uma maior prevalência de dependência de comida à medida que a idade aumenta, especialmente, a partir dos 35 anos (Pursey et al., 2014). Deste modo, uma vez que a dependência de comida se verifica mais elevada com a idade, também dentro do período da adolescência se verifica o mesmo, havendo uma maior expressão de comportamentos aditivos entre os 17-18 anos, comparativamente com adolescentes mais novos, sendo o valor máximo de dependência de comida atingido aos 19-20 anos, na transição para a vida adulta (Borisenkov et al., 2020; Valtier et al., 2020). Este facto pode dever-se à entrada no ensino superior, a qual acarreta mudanças nos horários, deslocamentos longe da família e maior carga horária, o que pode causar stress, ansiedade

e sintomas depressivos, e por sua vez, dependência de comida (Quick & Byrd-Bredbenner, 2013). Contudo, também neste tópico a literatura não é unânime, existindo evidência teórica que afirma que a idade não prediz a dependência de comida em crianças e adolescentes (Yekaninejad et al., 2021).

Seguindo esta linha de pensamento, a literatura tem investigado diversas variáveis que podem ajudar a explicar esta nova conceptualização nos jovens, entre as quais a importância das refeições em família que propicia nos adolescentes rotina, consistência, melhores hábitos alimentares, união familiar (Eisenberg et al., 2004) e redução dos níveis de stress (Fulkerson et al., 2006). Neste sentido, as refeições familiares podem ser uma estratégia no combate à utilização de tecnologia durante as refeições (Vik et al., 2013), uma vez que estas incutem nos adolescentes uma relação mais saudável com a comida (Eisenberg et al., 2004; Fulkerson et al., 2006), o que se reflete num percentil de peso saudável (Berge et al., 2014). Este dado revela pertinência, uma vez que a literatura afirma que a utilização recorrente de tecnologia durante as refeições familiares altera a percepção de saciedade, o que desencadeia nos adolescentes o consumo de *snacks* (Savigne et al., 2007), assim como uma maior e pior ingestão de comida (Berge et al., 2014; Trofholz et al., 2017). Adicionalmente, é importante ter em atenção que a exposição a tecnologia durante as refeições pode prejudicar as escolhas alimentares (Vik et al., 2013), devido à publicidade sobre alimentos não saudáveis (Patton et al., 2016). Deste modo, é possível compreender como o uso de tecnologia por parte dos adolescentes pode ter consequências negativas no seu quotidiano, principalmente ao nível do rendimento escolar, união familiar, autorregulação (Young & Rogers, 1998), prática de atividade física, qualidade do sono e alimentação (Throuvala et al., 2021; Yen et al., 2010). Assim, o uso problemático da internet tem originado cada vez mais alterações funcionais nos jovens (Patrão et al., 2020a), nomeadamente, alterações no âmbito da alimentação, havendo uma maior ingestão de calorias (Yen et al., 2010) e o predomínio de escolhas menos saudáveis durante a sua utilização (Jordan et al., 2008; Shuvo & Biswas, 2023).

Neste sentido, o funcionamento familiar revela ter impacto no desenvolvimento dos adolescentes, a nível emocional, social e cognitivo (Bronte-Tinkew et al., 2006), promovendo comportamentos alimentares mais adequados (Rhee, 2008), mas, apenas quando percecionado como eficaz (Van Der Horst et al., 2007). Ademais, um funcionamento familiar positivo, onde está presente apoio, comunicação, afeto, controlo, interesse e expectativas pelas atividades dos filhos, estratégias escolares adequadas, sensibilidade e disciplina (Bronte-Tinkew et al., 2006; Rhee, 2008; Wake et al., 2007),

promove mais momentos de refeições familiares que, por sua vez, propiciam um ambiente seguro que promove nos adolescentes uma melhor capacidade de autorregulação, estabelecendo assim uma relação saudável com a comida. Por contraste, um funcionamento familiar de pouca qualidade promove menos refeições em família (Jacobs & Fiese, 2007), sendo estas mais conflituosas e menos coesas (Zeller et al., 2007), o que não capacita os adolescentes para a realização de boas escolhas alimentares. Consequentemente, um funcionamento familiar de pior qualidade, caracteriza-se por maiores níveis de stress, pior comunicação, dificuldade em estabelecer rotinas, controlar o comportamento, demonstrar afeto e em distinguir papéis entre os diferentes elementos da família (Jacobs & Fiese, 2007; Rhee, 2008). Neste sentido, a família é responsável em parte pela relação que os adolescentes estabelecem com a comida, pelo que, famílias que não propiciem espaço aos filhos para que estes tenham autonomia de descobrir os alimentos e se permitam explorar e escolher diferentes paladares, incutem nestes uma ingestão mais calórica. De igual modo, utilizar recompensas como estímulo, propicia efeitos negativos na autorregulação, interferindo na perceção de saciedade (Rhee, 2008).

Como referido, a qualidade do sono é uma área afetada negativamente na vida dos jovens, não só pela internet e tecnologia, mas também pela dependência de comida (Najem et al., 2019). Não obstante, alguns estudos revelam existir igualmente a relação inversa, pelo que, também a insónia interfere com a dependência de comida, sendo mais provável no dia seguinte haver maior desejo por alimentos específicos e comprá-los (Greer et al., 2013). Adicionalmente, adolescentes com dependência de comida e adolescentes com sintomas depressivos, revelam características semelhantes do ciclo circadiano, pelo que, quanto mais tarde os adolescentes se deitam, maior a probabilidade de desenvolverem dependência de comida, assim como sintomas depressivos, facto que se relaciona com a fraca exposição à luz solar. Neste sentido, a dessincronização do ciclo circadiano aumenta a probabilidade de desenvolver dependência de comida e depressão (Borisenkov et al., 2020), assim como possibilita a ingestão de comida num período noturno, o que se relaciona com problemas metabólicos e de aumento de peso (Kandeger et al., 2019), sabendo-se que o excesso de peso e obesidade prejudicam também, por sua vez, a qualidade do sono (Verster et al., 2008). Assim, é importante referir que a ingestão de comida ajuda a regular o ciclo circadiano, pelo que, quando este está desregulado, há uma redução do limiar de sensibilidade, o que torna os jovens mais propensos a desenvolver insónia, impulsividade e comportamentos aditivos, entre os quais, dependência de comida. Adicionalmente, estudos recentes relacionam ainda o stress com

a qualidade do sono e a dependência de comida (Najem et al., 2019), assim como afirmam que a utilização de ecrãs em adolescentes propicia problemas de sono e alimentares, associando-se ao consumo de alimentos com elevado porte calórico. Contudo, o impacto dos ecrãs na saúde mental dos adolescentes varia consoante o tempo de utilização e conteúdo (Moitra & Madan, 2022).

Deste modo, a capacidade de autocontrolo é importante para que o adolescente seja capaz de modificar ou limitar os seus desejos ou impulsos. Assim, um autocontrolo elevado auxilia no combate a possíveis adições, enquanto que um fraco autocontrolo estimula a impulsividade e uma baixa tolerância à frustração, sendo eleitas opções que propiciem gratificações imediatas (Água et al., 2020). Neste sentido, postula-se que a dependência de comida partilha variáveis etiológicas com a dependência de substâncias, como a impulsividade e desregulação emocional. Desta forma, um reduzido autocontrolo associa-se a uma maior dificuldade de mentalização e regulação emocional (Cathelain et al., 2016), assim como a uma maior probabilidade de ceder a impulsos quando uma situação é percebida como ameaçadora, o que se associa à dependência de comida. Desta forma, quando um evento é vivenciado com stress na infância ou adolescência, pode desencadear excessos alimentares na fase adulta (Skinner et al., 2021), aumentando a possibilidade de consumo de alimentos açucarados e/ou gordurosos (Cathelain et al., 2016; Pivarunas & Conner, 2015). De acordo com a literatura, quanto menor a capacidade de autocontrolo, maior a quantidade de sintomas de dependência de comida (maior pontuação na YFAS). Contudo, descobriu-se que quanto menos se antecipa, menos sintomas de dependência de comida há (Pivarunas & Conner, 2015). Adicionalmente, existe uma relação entre a capacidade de autocontrolo e autorregulação, pois jovens que apresentam dificuldade em regular e identificar as suas emoções, recorrem a estratégias de gratificação imediata, não controlando os seus impulsos, o que tem implicações para a dependência de comida (Rose et al., 2018; Sim & Zeman, 2004; Whiteside et al., 2007).

Posto isto, estudar quais variáveis predizem a dependência de comida e o modo como este processo ocorre, numa amostra jovem é necessário, uma vez que esta é uma conceptualização em crescimento, sendo ainda escassa literatura que suporte a mesma. Neste sentido, uma vez que é ainda reduzida evidência empírica sobre o impacto deste novo fenómeno clínico sobre população jovem e portuguesa, assim como a sua prevalência apresenta um intervalo elevado e se associa à obesidade, torna-se pertinente realizar a presente investigação, de modo a possibilitar novos conhecimentos, os quais serão um contributo na investigação e prática clínica. Assim, o presente estudo tem como

objetivo realizar uma investigação que permita compreender se as alterações funcionais pelo uso problemático da internet, a insónia, o autocontrolo, o funcionamento familiar, assim como algumas variáveis com possível impacto (e.g., sexo, idade, ingestão de doces, salgados e bebidas energéticas) predizem a dependência de comida em jovens portugueses entre os 12 e 19 anos.

MÉTODO

Delineamento do estudo

O presente estudo apresenta um desenho de investigação observacional, pois não existe manipulação ou intervenção sobre as variáveis estudadas, sendo apenas observada a correlação natural entre as mesmas (Marôco, 2021b). De igual modo, o estudo é correlacional, uma vez que as variáveis foram correlacionadas com o intuito de perceber se as variáveis independentes implicam a variável dependente. Adicionalmente, o estudo é também transversal, uma vez que é realizado apenas num único momento (Barker et al., 2016; Ribeiro, 2010). A amostragem é não probabilística ou não aleatória, sendo a seleção por conveniência (Marôco, 2021b). O estudo apresenta ainda uma metodologia quantitativa, uma vez que a operacionalização é realizada por meio dos instrumentos respondidos pelos jovens (objeto de estudo), o que proporciona uma intervenção reduzida do investigador (Kazdin, 2021).

Participantes

Inicialmente, a amostra do presente estudo, recolhida em escolas do Ensino Básico – 3º ciclo e Ensino Secundário no Arquipélago da Madeira, era composta por 1672 jovens portugueses. Contudo, foi necessário excluir 108 participantes, devido ao facto de não ser dado consentimento ($n=56$), a idade não corresponder aos critérios de inclusão estabelecidos ($n=20$) e não realizar um preenchimento adequado (e.g., não ser indicado no questionário sociodemográfico o sexo) ($n=32$). Neste sentido, ficaram elegíveis 1564 jovens de um universo total de 12.793 mil estudantes que frequentavam o ensino básico e secundário regular público na Região Autónoma da Madeira, no ano letivo 2019/2020 (i.e., a presente amostra corresponde a 12.23% da população estudante madeirense inscrita no ensino básico e secundário regular público no ano letivo 2019/2020) (OERAM, 2021), estando a caracterização desta amostra exposta abaixo, segundo

variáveis sociodemográficas e de aproveitamento escolar (Tabela 1) e variáveis comportamentais (Tabela 2).

Tabela 1

Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas e de aproveitamento escolar

Características	<i>n</i>	%
Idade <i>M (DP)</i>	14.79 (1.89)	
12 anos	213	13.6
13 anos	279	17.8
14 anos	233	14.9
15 anos	218	13.9
16 anos	287	18.4
17 anos	219	14.0
18 anos	91	5.8
19 anos	24	1.5
Sexo		
Rapariga/Mulher	824	52.7
Rapaz/Homem	740	47.3
Nível de escolaridade		
Ensino Básico – 3º ciclo	858	54.9
Ensino Secundário	706	45.1
Rendimento escolar		
Notas negativas	58	3.7
Notas suficientes	636	40.7
Notas boas	677	43.3
Notas muito boas	193	12.3
Alguma vez reprovaram?		
Sim	413	26.4
Não	1151	73.6

Tabela 2*Caracterização da amostra segundo variáveis comportamentais*

Características	<i>n</i>	%
Percentil de peso <i>M (DP)</i>	61.06(29.40) ^a	
Peso baixo	45	2.9
Peso normal	1064	68.6
Excesso de peso	231	14.9
Obesidade	212	13.7
Costumas fazer refeições à mesa em família?		
Sim	1436	91.8
Não	128	8.2
Se sim, durante as refeições em família ^b		
Ninguém utiliza dispositivos eletrônicos	1173	75.0
Apenas a família utiliza	63	4.0
Apenas eles utilizam	122	7.8
Tanto eles como a família utilizam	129	8.2
Refeições/ <i>snacks</i> com tecnologia		
Sim	1059	67.7
Não	505	32.3
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , comes doces?		
Sim	931	59.5
Não	633	40.5
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , comes salgados?		
Sim	818	52.3
Não	746	47.7
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , comes frutas e/ou vegetais?		
Sim	832	53.2
Não	732	46.8
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , bebes refrigerantes?		
Sim	646	41.3
Não	918	58.7

Tabela 2*Caracterização da amostra segundo variáveis comportamentais (continuação)*

Características	n	%
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , bebes bebidas energéticas?		
Sim	254	16.2
Não	1310	83.8
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , comes/bebes lacticínios?		
Sim	728	46.5
Não	836	53.6
Durante essas refeições/ <i>snacks</i> , costumás fazer refeições completas?		
Sim	475	30.4
Não	1089	69.6
Acesso a ecrãs imediatamente antes de dormir		
Nunca	86	5.5
Raramente	263	16.8
Às vezes	435	27.8
Muitas vezes	250	16.0
Todos os días	530	33.9

^a Os missings para a variável altura rondam os 0.8% (12 omissos)

^b A soma das respostas excede a resposta afirmativa dada à questão anterior (“*Costumas fazer refeições à mesa em família?*”)

No que diz respeito aos critérios de inclusão do presente estudo, estes são ter uma idade compreendida entre 12 e 19 anos e frequentar o ensino público na Região Autónoma da Madeira. Em contrapartida, os critérios de exclusão são a recusa dos responsáveis/pais de menores de 16 anos ou participantes em assinar o consentimento informado, respostas não adequadas (e.g., respostas inválidas), a idade (i.e., jovens que não estejam no intervalo de idades pretendido), o não domínio da língua portuguesa (i.e., jovens que não sejam fluentes em português, uma vez que isso poderá dificultar a compreensão).

Material

Questionário Sociodemográfico

De forma a recolher algumas características específicas dos participantes que caracterizem a amostra (i.e., sexo, idade, nível de escolaridade, rendimento e retenção escolar), foi desenvolvido um Questionário Sociodemográfico de autopreenchimento, o que permitiu recolher dados sobre os jovens (i.e., variáveis sociodemográficas).

Questionário de Saúde

Foi desenvolvido um Questionário de Saúde de autopreenchimento, com o objetivo de caracterizar a amostra ao recolher algumas características específicas dos participantes e das respetivas famílias, relacionadas com a sua saúde (i.e., peso, altura, refeições em família e refeições com tecnologia, e acesso a ecrãs imediatamente antes de dormir), o que permitiu recolher dados tanto sobre os jovens, como sobre as respetivas famílias (i.e., variáveis comportamentais).

Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)

A *Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)*, foi desenvolvida e validada numa amostra jovem portuguesa por Patrão et al. (2020), sendo esta validação efetuada numa amostra jovem. O objetivo da presente escala é avaliar as alterações funcionais decorrentes de um uso problemático da internet, sendo esta uma escala de estrutura unifatorial, constituída por 9 itens numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (1 – “*Discordo totalmente*” a 4 – “*Concordo totalmente*”), sendo exemplos de questões: item 1 “*Estar na internet tira-me tempo para a Escola/Trabalho*” e item 9 “*Considero-me dependente daquilo que faço na internet*”. Neste sentido, o score é realizado através da soma dos itens e quanto mais elevada a pontuação, mais grave é a alteração funcional. Relativamente às propriedades psicométricas, a validação para uma amostra portuguesa de jovens apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha=0.79$).

Athens Insomnia Scale (AIS)

A *Athens Insomnia Scale (AIS)* foi desenvolvida por Soldatos et al. (2000), segundo os critérios de diagnóstico para as perturbações de sono no ICD-10, tendo como objetivo avaliar a gravidade da insónia. Esta escala não se encontra ainda validada numa amostra portuguesa e existem duas versões: 5 itens (AIS-5) e 8 itens (AIS-8). Neste estudo será utilizada a AIS-8, com uma estrutura unifatorial, composta por 8 itens com uma

escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos. A opção de resposta dos itens difere, i.e., o item 2 vai de 0 “*Nenhum Problema*” a 3 “*Problema sério ou não dormi de todo*”, enquanto que o item 6 vai de 0 “*Normal*” a 3 “*Muito diminuída*”. São exemplos de questões: item 2 “*Despertares durante a noite*” e item 6 “*Sensação de bem-estar durante o dia*”. Assim, os primeiros cinco itens avaliam o episódio de insónia em si, enquanto que os três últimos avaliam o dia seguinte ao episódio de insónia. O score é realizado pela soma dos itens e quanto mais elevada a pontuação, mais grave é a insónia. No que diz respeito às propriedades psicométricas, a escala apresenta uma consistência interna boa ($\alpha=0.89$).

Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)

A Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC), foi originalmente desenvolvida por Tangney et al. (2004), tendo como objetivo medir o autocontrolo geral. Esta escala foi validada numa amostra jovem portuguesa, em 2020, por Água e colegas., numa amostra jovem. É composta por 13 itens numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 – “*Nada a ver comigo*” a 5 – “*Tudo a ver comigo*”), sendo exemplos: item 6 “*Recuso coisas que me sejam prejudiciais*” e item 13 “*Muitas vezes comporto-me sem pensar em todas as alternativas*”. A sua estrutura é bifatorial: *Autocontrolo Funcional* (1, 6, 8 e 11) e *Autocontrolo Disfuncional* (2, 3, 4, 5, 9, 10, 12 e 13). Após Análise Fatorial Confirmatória, foi excluído o item 7 da validação portuguesa. O score é realizado através da soma dos itens e quanto mais elevada a pontuação, mais acentuado o autocontrolo (funcional e disfuncional). Nas propriedades psicométricas, a escala original apresenta consistência interna boa no estudo 1 e 2 ($\alpha=0.83$; $\alpha=0.85$). A validação portuguesa apresenta uma consistência interna boa no *Autocontrolo Disfuncional* ($\alpha=0.86$) e fraca no *Autocontrolo Funcional* ($\alpha=0.68$).

Family Assessment Device (FAD): dimensão General Functioning (GF-FAD)

A *Family Assessment Device* (FAD) foi originalmente desenvolvida por Epstein et al. (1983), sendo o seu objetivo avaliar as características da família. Esta escala baseia-se no modelo *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF), que descreve as características referentes à organização e estrutura da família, assim como o padrão de relacionamento familiar que distingue entre o saudável e não saudável. Neste sentido, a escala original é composta por 53 itens que se organizam numa estrutura multifatorial de 7 dimensões. Deste modo, no presente estudo foi utilizada apenas uma das dimensões, o Funcionamento Geral, que foi traduzida e validada numa amostra jovem portuguesa por

Patrão et al. (2020), numa amostra jovem. Esta dimensão tem como objetivo avaliar o funcionamento geral familiar, sendo composta por 12 itens, divididos numa estrutura de dois fatores latentes: *Disfuncionalidade Familiar* (itens negativos) e *Funcionalidade Familiar* (itens positivos). Contudo, no presente estudo, após uma análise mais aprofundada do conteúdo dos itens, optou-se por alterar o nome dos fatores, passando o fator *Disfuncionalidade Familiar* a ser *Dificuldade de negociação e partilha na família*, e o fator *Funcionalidade Familiar* a ser *Apoio e Confiança na família*. Assim, metade dos itens são positivos (2, 4, 6, 8, 10 e 12) e a outra metade são negativos (1, 3, 5, 7, 9 e 11). A escala de resposta é de tipo *Likert* de 4 pontos (1 – “*Discordo Plenamente*” a 4 – “*Concordo Plenamente*”), sendo exemplos de questões: item 4 positivo “*Os indivíduos são aceites pelo que são*” e item 7 negativo “*Existem muitos sentimentos negativos nesta família*”. Neste sentido, o score é realizado através da soma dos itens e quanto mais elevada a pontuação, mais acentuado é o apoio e confiança na família, assim como a dificuldade de negociação e partilha. Nas propriedades psicométricas, a validação portuguesa da dimensão Funcionamento Geral, apresenta uma consistência interna boa em ambos os fatores, i.e., *Disfuncionalidade Familiar* ($\alpha=0.84$) e *Funcionalidade Familiar* ($\alpha=0.86$).

Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)

A *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) foi originalmente desenvolvida por Gearhardt et al. (2009), tendo como objetivo medir a dependência de comida calórica ocorrida nos últimos 12 meses. A versão original foi concebida em torno dos sintomas de dependência de substância como de acordo com o DSM-IV-RV. Na presente investigação, foi utilizada a tradução e validação portuguesa (Torres et al., 2017), realizada numa amostra adulta. Esta versão portuguesa, tem uma estrutura unifatorial, composta por 24 itens, que se organizam em 3 partes: do item 1-16, é apresentada uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 – “*Nunca*” a 4 – “*4 ou mais vezes por semana, ou diariamente*”); do item 17-23, a opção de resposta é dicotómica (1 – “*Sim*” e 0 – “*Não*”); e, por fim, o item 24 é tipo *Likert* de 5 pontos (0 – “*1 ou mais vezes*” e 4 – “*5 ou mais vezes*”). Contudo, no presente estudo, foi realizada uma alteração à escala de resposta dos itens com opção dicotómica, passando estes a ser igualmente de tipo *Likert* de 5 pontos. Relativamente ao item 24, a opção de resposta permaneceu igual à versão portuguesa. São ainda exemplos de questões: item 6 “*Dou por mim a comer constantemente certos alimentos ao longo do dia*” e item 24 “*Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer*”

por completo certos alimentos?”. Neste sentido, o score é realizado através da soma dos itens e quanto mais elevada a pontuação, mais acentuada a dependência de comida. Nas propriedades psicométricas, a escala original, apresenta uma consistência interna satisfatória ($\alpha=0.75$). A validação portuguesa apresenta uma consistência interna boa ($\alpha=0.80$).

Procedimento

A presente investigação, foi direcionada em conformidade com os princípios éticos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021) e os princípios da APA – *American Psychological Association*. Este estudo inclui-se no projeto TIC GeneratiON, que decorreu no ISPA – Instituto Universitário (*William James Center for Research e Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion*), sendo o mesmo aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação do ISPA – Instituto Universitário e autorizado pela Secretaria Regional da Educação, Ciências e Tecnologia do Governo Regional da Madeira.

Neste sentido, no ano letivo 2019/2020, foram contactadas escolas públicas do Ensino Básico – 3º ciclo e Ensino Secundário, do Arquipélago da Madeira, com o intuito de pedir permissão para que o estudo fosse realizado. As escolas ficaram encarregues de distribuir o Consentimento Informado aos pais/responsáveis dos menores de 16 anos, em articulação com a Secretaria Regional da Educação, Ciência e Tecnologia do Governo Regional da Madeira. Deste modo, os jovens com 16 ou mais anos, responderam autonomamente ao Consentimento Informado. Assim, os pais/responsáveis e jovens, foram informados que a participação embora útil, era igualmente voluntária, pelo que, os dados recolhidos permanecerão em anonimato e confidencialidade, podendo os resultados ser expostos a diferentes comunidades quer por meio de comunicações realizadas em congressos, palestras e/ou artigos científicos. Após recolha dos mesmos, os jovens puderam responder ao material em contexto escolar e *online* (Anexo B e C).

Análise estatística

Primeiramente, uma vez que a variável manifesta *Altura* apresentava 12 valores em falta, o que corresponde a uma frequência inferior a 10% da amostra (0.8%), foi realizada a imputação destes valores. Assim, para este efeito, foi realizado o método de interpolação da média realizada através do *software* IBM SPSS Statistics, versão 29.

Foi realizada a Análise Descritiva (Medidas de Tendência Central e Medidas de Dispersão) das variáveis latentes, através do *software* IBM SPSS Statistics, versão 29.

Procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) das escalas AFUPI, AIS, P-YFAS, EBAC e dimensão *General Functioning* da FAD (GF-FAD), com o objetivo de avaliar a Qualidade de Ajustamento dos Modelos de Medida e as Qualidades Psicométricas de cada escala na amostra em estudo, através do *software* IBM SPSS AMOS e Statistics, versão 29. Neste sentido, no que diz respeito à Análise da Qualidade do Ajustamento do Modelo, esta foi realizada através dos três Índices de Qualidade do Ajustamento. Nos Índices Absolutos foi analisado: o X^2/df que não deve ser superior a 5; e o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) que não deve ser superior a 0.08. Nos Índices Relativos, foi analisado: o *Comparative Fit Index* (CFI) que não deve ser inferior a 0.9; e o *Tucker-Lewis Index* (TLI) que não deve ser inferior a 0.9. Nos Índices de Discrepância Populacional, analisou-se o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) que não deve ser superior a 0.10 (Marôco, 2021a).

No que diz respeito à Análise das Qualidades Psicométricas das Escalas, foi avaliada a Sensibilidade dos itens, a Validade Fatorial, Convergente, Discriminante e a Fiabilidade. Relativamente à Sensibilidade dos itens, esta foi analisada através de medidas de forma (i.e., assimetria e curtose), onde para os itens terem boa sensibilidade psicométrica, a assimetria e a curtose não devem apresentar valores superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016; Marôco, 2021b). Na Validade Fatorial foram examinados os pesos fatoriais estandardizados de todos os itens, que são adequados se $\lambda \geq 0.5$. É analisada também a fiabilidade individual dos itens, que é apropriada se $r^2 \geq 0.25$. Na Validade Convergente, é avaliada a Variância Extraída Média (VEM), que é adequada se $VEM \geq 0.5$. Na Validade Discriminante, é analisada a VEM individual de cada fator, tendo esta de ser superior ao quadrado da correlação de Pearson (r^2) entre estes fatores, ou seja, ambos os valores são comparados, tendo o quadrado da correlação de ser menor que a VEM individual de cada fator. Por fim, a Fiabilidade avalia a Consistência Interna através da análise do α de *Cronbach* e Ómega de McDonald (fiabilidade compósita), que são adequados se $\alpha \geq 0.7$ e $\omega \geq 0.7$ (Marôco, 2021a).

Deste modo, após os Modelos de Medida serem verificados e estarem pelo menos aceitáveis ou sofríveis, é realizado o Modelo Estrutural e, posteriormente, o Modelo Estrutural Refinado. Assim sendo, de modo a testar a questão de investigação deste estudo, foi efetuada uma Análise de Equações Estruturais (AEE), sendo construído o Modelo Estrutural do presente estudo, o qual explora que variáveis independentes

predizem significativamente a variável dependente. Posto isto, após a análise da Qualidade do Ajustamento do modelo, através do *software* IBM SPSS AMOS, versão 29, e sendo estas pelo menos aceitáveis ou sofríveis, é analisado quais variáveis independentes predizem significativamente a variável dependente. Neste sentido, foram incluídas todas as variáveis latentes (Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet, Insónia, Autocontrolo, Funcionamento Familiar e Dependência de Comida) e algumas variáveis manifestas (sexo, idade, percentil de peso – calculado com base na idade, sexo, altura e peso –, dispositivos à mesa, ecrãs imediatamente antes de dormir, ingestão de doces, salgados e bebidas energéticas). Por fim, após verificar que variáveis independentes predizem significativamente a variável dependente, é realizado o Modelo Estrutural Refinado, onde constam apenas estas últimas.

RESULTADOS

Análise Descritiva

No sentido de analisar as respostas dos jovens relativamente às questões que possibilitam a caracterização das variáveis latentes, foi realizada a Análise Descritiva das mesmas (Tabela 3). Deste modo, é possível verificar que a variável insónia e a variável apoio e confiança na família ultrapassam o ponto médio da escala, enquanto que nas restantes variáveis (i.e., AFUPI, autocontrolo funcional, autocontrolo disfuncional, dificuldade de negociação e partilha na família, e dependência de comida) o mesmo não se verifica.

Tabela 3

Estatística Descritiva das variáveis latentes

	Média Subtotais (DP)	Min.	Max.
AFUPI	2.11(0.58)	1	4
Insónia	1.56(0.48)	0	3
Autocontrolo funcional	2.90(0.90)	1	5
Autocontrolo disfuncional	2.35(0.82)	1	5
Apoio e Confiança na família	2.94(0.75)	1	4
Dificuldade de negociação e partilha na família	1.88(0.57)	1	4
Dependência de comida	1.39(0.54)	0	4

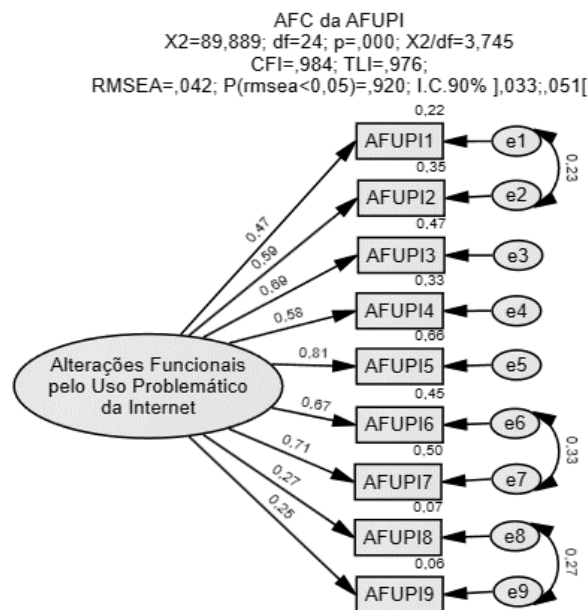
Nota. AFUPI = Alterações funcionais pelo uso problemático da internet

Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)

Na Figura 1, é possível observar-se a Análise Fatorial Confirmatória da AFUPI com uma estrutura unifatorial (conforme a validação numa amostra de jovens portugueses), utilizada para avaliar a variável latente “Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet”, na amostra do presente estudo.

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)



Validade Fatorial

Relativamente à Validade Fatorial da AFUPI, a maioria dos itens apresenta pesos fatoriais estandardizados bons, uma vez que $\lambda \geq 0.5$. Assim, existem exceções, sendo estas, o item 1, 8 e 9, que apresentam um peso fatorial estandardizado abaixo do valor de referência, sendo estes, respetivamente, $\lambda=0.474$, $\lambda=0.273$ e $\lambda=0.248$. No que concerne à fiabilidade individual, todos os itens, à exceção do item 8 ($r^2=0.075$) e 9 ($r^2=0.061$), apresentam fiabilidade individual apropriada (i.e., $r^2 \geq 0.25$).

Na Qualidade do Ajustamento do Modelo, os índices de modificação sugerem a existência de uma correlação entre os itens 1-2, 6-7 e 8-9. Após as respetivas correções, o modelo revelou um ajustamento muito bom ($\chi^2/df=3.745$; CFI=0.984; TLI=0.976; RMSEA=0.042; $p<0.000$; C.I. 90%=]0.033;0.051[; SRMR=0.0257).

Sensibilidade dos itens

Tendo como objetivo avaliar eventuais problemas relativamente à distribuição das respostas dos itens da AFUPI, foi analisado o intervalo de resposta de tipo *Likert* de 4 pontos (entre 1 e 4), onde se constatou que todos os itens obtiveram respostas em todas as opções possíveis, sendo assim atingido o valor mínimo e máximo possível. Neste sentido, todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria ($0.011 < Sk < 1.070$) e a curtose ($-1.057 < Ku < 0.339$), uma vez que não são superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016). Assim, os itens da escala AFUPI revelam boa sensibilidade psicométrica.

Validade Convergente

No que concerne à Validade Convergente da AFUPI, esta apresenta um valor não adequado ($VEM=0.35$) uma vez que $VEM < 0.5$. Assim, não há validade convergente.

Fiabilidade

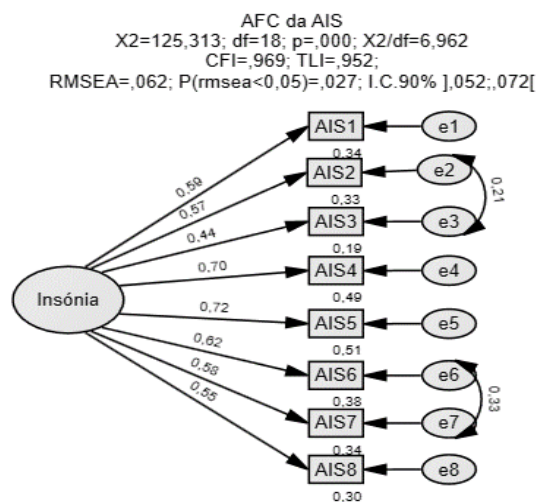
Em relação à consistência interna da AFUPI, esta apresenta-se boa ($\alpha=0.81$; $\omega=0.81$).

Athens Insomnia Scale (AIS)

Na Figura 2, é possível observar-se a Análise Fatorial Confirmatória da AIS, utilizada como meio para avaliar a variável latente “Insónia”, na amostra do presente estudo. Assim, na Figura 2, foi testado o modelo base da AIS no estudo original, com uma estrutura unifatorial.

Figura 2

Análise Fatorial Confirmatória da Athens Insomnia Scale (AIS)



Validade Fatorial

Relativamente à Validade Fatorial da AIS, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados bons, uma vez que $\lambda \geq 0.5$, à exceção do item 3, que apresenta um peso fatorial estandardizado abaixo do valor de referência ($\lambda = 0.436$). No que concerne à fiabilidade individual, todos os itens, à exceção do item 3 ($r^2 = 0.190$), apresentam fiabilidade individual apropriada (i.e., $r^2 \geq 0.25$).

Relativamente à Qualidade do Ajustamento do Modelo, os índices de modificação sugerem a existência de uma correlação entre os itens 2-3 e 6-7. Assim, após se realizarem as respetivas correções, o modelo revelou um bom ajustamento ($\chi^2/df = 6.962$; CFI=0.969; TLI=0.952; RMSEA=0.062; $p < 0.000$; C.I. 90% =]0.052; 0.072[; SRMR=0.0316).

Sensibilidade dos itens

Tendo como objetivo avaliar eventuais problemas relativamente à distribuição das respostas dos itens da AIS, foi analisado o intervalo de resposta de tipo *Likert* de 4 pontos (entre 0 e 3), onde se constatou que todos os itens obtiveram respostas em todas as opções de resposta possíveis, sendo assim atingido o valor mínimo e máximo possível. Neste sentido, todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria ($0.565 < Sk < 2.092$) e a curtose ($-0.052 < Ku < 4.392$), uma vez que não são superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016). Assim, os itens da escala revelam boa sensibilidade psicométrica.

Validade Convergente

No que concerne à Validade Convergente da AIS, esta apresenta um valor não adequado (VEM=0.36) uma vez que $VEM < 0.5$. Assim, não há validade convergente.

Fiabilidade

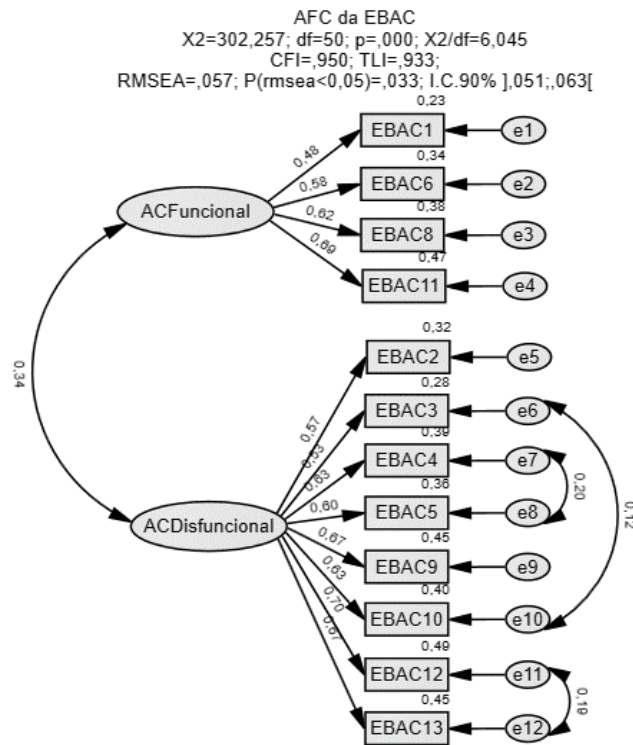
Em relação à consistência interna da AIS, esta apresenta-se boa ($\alpha = 0.82$; $\omega = 0.82$).

Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)

Na Figura 3, é possível observar-se a Análise Fatorial Confirmatória da EBAC, utilizada como meio para avaliar a variável latente “Autocontrolo”, na amostra do presente estudo. Assim, na Figura 3, foi testado o modelo base da EBAC na validação para uma amostra de jovens portugueses, com uma estrutura bifatorial (“*Autocontrolo Funcional*” e “*Autocontrolo Disfuncional*”).

Figura 3

Análise Fatorial Confirmatória da Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)



Validade Fatorial

Relativamente à Validade Fatorial da EBAC, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados bons, uma vez que $\lambda \geq 0,5$, à exceção do item 1, que apresenta um peso fatorial estandardizado abaixo do valor de referência ($\lambda=0,478$). No que concerne à fiabilidade individual, todos os itens, à exceção do item 1 ($r^2=0,228$), apresentam fiabilidade individual apropriada (i.e., $r^2 \geq 0,25$).

Relativamente à Qualidade do Ajustamento do Modelo, os índices de modificação sugerem a existência de uma correlação entre os itens 4-5, 12-13 e 3-10. Assim, após se realizarem as respetivas correções, o modelo revelou um ajustamento aceitável ($\chi^2/df=6,045$; CFI=0,950; TLI=0,933; RMSEA=0,057; $p<0,000$; C.I. 90%=[0,051;0,063]; SRMR=0,0410).

Sensibilidade dos itens

Tendo como objetivo avaliar eventuais problemas relativamente à distribuição das respostas dos itens da EBAC, foi analisado o intervalo de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (entre 1 e 5), onde se constatou que todos os itens obtiveram respostas em todas as opções de resposta possíveis, sendo assim atingido o valor mínimo e máximo possível.

Neste sentido, todos os itens revelam valores adequados de assimetria ($-0.131 < Sk < 0.868$) e a curtose ($-1.376 < Ku < -0.214$), uma vez que não são superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016). Assim, os itens da escala revelam boa sensibilidade.

Validade Convergente

No que concerne à Validade Convergente da EBAC, esta apresenta um valor não adequado em ambas as dimensões – *ACFuncional* (VEM=0.35) e *ACDisfuncional* (VEM=0.39) –, uma vez que $VEM < 0.5$. Assim, não há validade convergente.

Validade Discriminante

Na Validade Discriminante da EBAC, uma vez que o quadrado da correlação entre os fatores ($r^2=0.058$) é menor que a VEM individual de cada fator, existe validade discriminante.

Fiabilidade

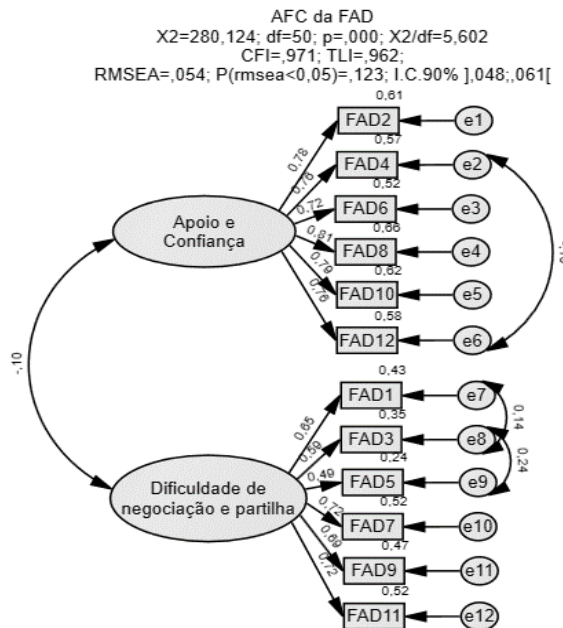
Em relação à consistência interna da AFUPI, esta apresenta-se aceitável na dimensão *ACFuncional* ($\alpha=0.68$; $\omega=0.68$), mas boa na dimensão *ACDisfuncional* ($\alpha=0.84$; $\omega=0.84$), existindo assim fiabilidade em ambas as dimensões.

Dimensão General Functioning da Family Assessment Device (GF-FAD)

Na Figura 4 observa-se a Análise Fatorial Confirmatória da GF-FAD, utilizada para avaliar a variável latente “Funcionamento Familiar”, na amostra do presente estudo. Assim, foi testada a estrutura bifatorial de acordo com a validação numa amostra de jovens portugueses, embora o nome dos fatores tenha sido alterado neste estudo (“*Apoio e Confiança*” e “*Dificuldade de negociação e partilha*”).

Figura 4

Análise Fatorial Confirmatória da Dimensão General Functioning da Family Assessment Device (GF-FAD)



Validade Fatorial

Relativamente à Validade Fatorial da GF-FAD, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados bons, uma vez que $\lambda \geq 0,5$, à exceção do item 5, que apresenta um peso fatorial estandardizado abaixo do valor de referência ($\lambda=0,488$). No que concerne à fiabilidade individual, todos os itens, à exceção do item 5 ($r^2=0,238$), apresentam fiabilidade individual apropriada (i.e., $r^2 \geq 0,25$).

Relativamente à Qualidade do Ajustamento do Modelo, os índices de modificação sugerem a existência de uma correlação entre os itens 4-12, 1-3 e 3-5. Assim, após se realizarem as respetivas correções, o modelo de revelou um ajustamento aceitável ($\chi^2/df=5,602$; CFI=0,971; TLI=0,962; RMSEA=0,054; $p<0,000$; C.I. 90%=]0,048;0,061[; SRMR=0,0525).

Sensibilidade dos itens

De modo a avaliar eventuais problemas de distribuição das respostas dos itens da GF-FAD, foi analisado o intervalo de resposta de tipo *Likert* de 4 pontos (entre 1 e 4), onde todos os itens obtiveram respostas em todas as opções, sendo assim atingido o valor mínimo e máximo possível. Neste sentido, todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria ($-0,776 < Sk < 0,919$) e a curtose ($-0,694 < Ku < 0,206$), uma vez que não são superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016), revelando boa sensibilidade.

Validade Convergente

No que concerne à Validade Convergente da GF-FAD, esta apresenta um valor adequado na dimensão *Apoio e Confiança* (VEM=0.60), uma vez que se encontra acima de 0.5. Por sua vez, a dimensão *Dificuldade de negociação e partilha*, apresenta um valor não adequado (VEM=0.42), uma vez que $VEM < 0.5$. Assim, não há validade convergente apenas na dimensão *Dificuldade de negociação e partilha*.

Validade Discriminante

Existe Validade Discriminante na GF-FAD, uma vez que o quadrado da correlação entre os fatores ($r^2=0.003$) é menor que a VEM individual de cada fator.

Fiabilidade

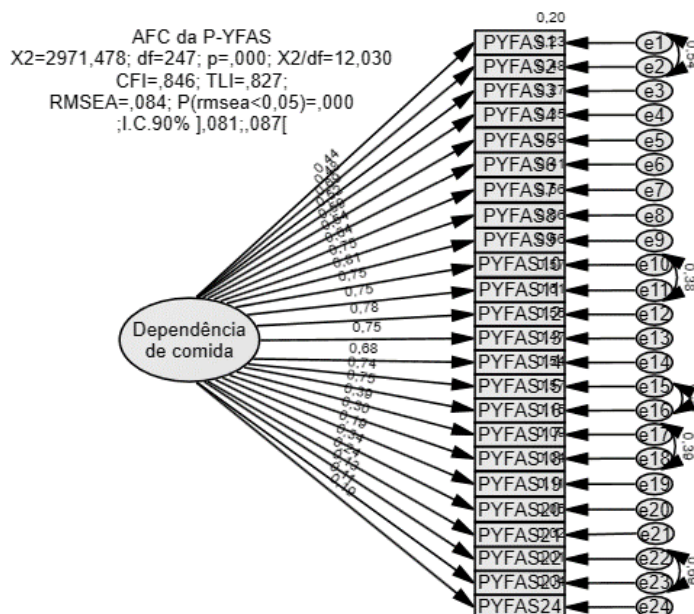
A GF-FAD apresenta uma consistência interna muito boa no fator *Apoio e Confiança* ($\alpha=0.90$; $\omega=0.90$) e boa no fator *Dificuldade de negociação e partilha* ($\alpha=0.82$; $\omega=0.81$).

Yale Food Addiction Scale – Portuguese (P-YFAS)

Na Figura 5, é possível observar-se a Análise Fatorial Confirmatória da P-YFAS, de estrutura unifatorial de acordo com a validação numa amostra portuguesa, utilizada para avaliar a variável latente “Dependência de Comida”, na amostra do presente estudo.

Figura 5

Análise Fatorial Confirmatória da Yale Food Addiction Scale – Portuguese (P-YFAS)



Validade Fatorial

Na Validade Fatorial da P-YFAS, sensivelmente metade dos itens apresenta um peso fatorial estandardizado adequado, uma vez que $\lambda \geq 0.5$. Assim, existem itens que apresentam um peso fatorial estandardizado abaixo do valor de referência, entre 0.113 (item 23) e 0.437 (item 1). No que concerne à fiabilidade individual, sensivelmente metade dos itens apresenta uma fiabilidade individual apropriada, uma vez que $r^2 \geq 0.25$. Assim, existem itens que apresentam fiabilidade individual abaixo do valor de referência, entre 0.013 (item 23) e 0.191 (item 1).

Relativamente à Qualidade do Ajustamento do Modelo, os índices de modificação sugerem a existência de uma correlação entre os itens 1-2, 10-11, 15-16, 17-18 e 22-23. Assim, após as respetivas correções, o modelo revelou um ajustamento sofrível ($\chi^2/df=12.030$; CFI=0.846; TLI=0.827; RMSEA=0.084; $p < 0.000$; C.I. 90% =]0.081; 0.087[; SRMR=0.0762).

Sensibilidade dos itens

Tendo como objetivo avaliar eventuais problemas relativamente à distribuição das respostas dos itens da P-YFAS, foi analisado o intervalo de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (entre 0 e 4), onde todos os itens obtiveram respostas em todas as opções de resposta possíveis, sendo assim atingido o valor mínimo e máximo possível. Neste sentido, todos os itens apresentaram valores adequados de assimetria ($-0.292 < Sk < 2.039$) e a curtose ($-1.955 < Ku < 3.354$), uma vez que não são superiores a 3 e 7, respetivamente (Kline, 2016). Assim, os itens da escala revelam boa sensibilidade.

Validade Convergente

No que concerne à Validade Convergente da P-YFAS, esta apresenta um valor não adequado (VEM=0.33) uma vez que $VEM < 0.5$. Assim, não há validade convergente.

Fiabilidade

Em relação à consistência interna da P-YFAS, esta apresenta-se excelente ($\alpha=0.91$; $\omega=0.91$).

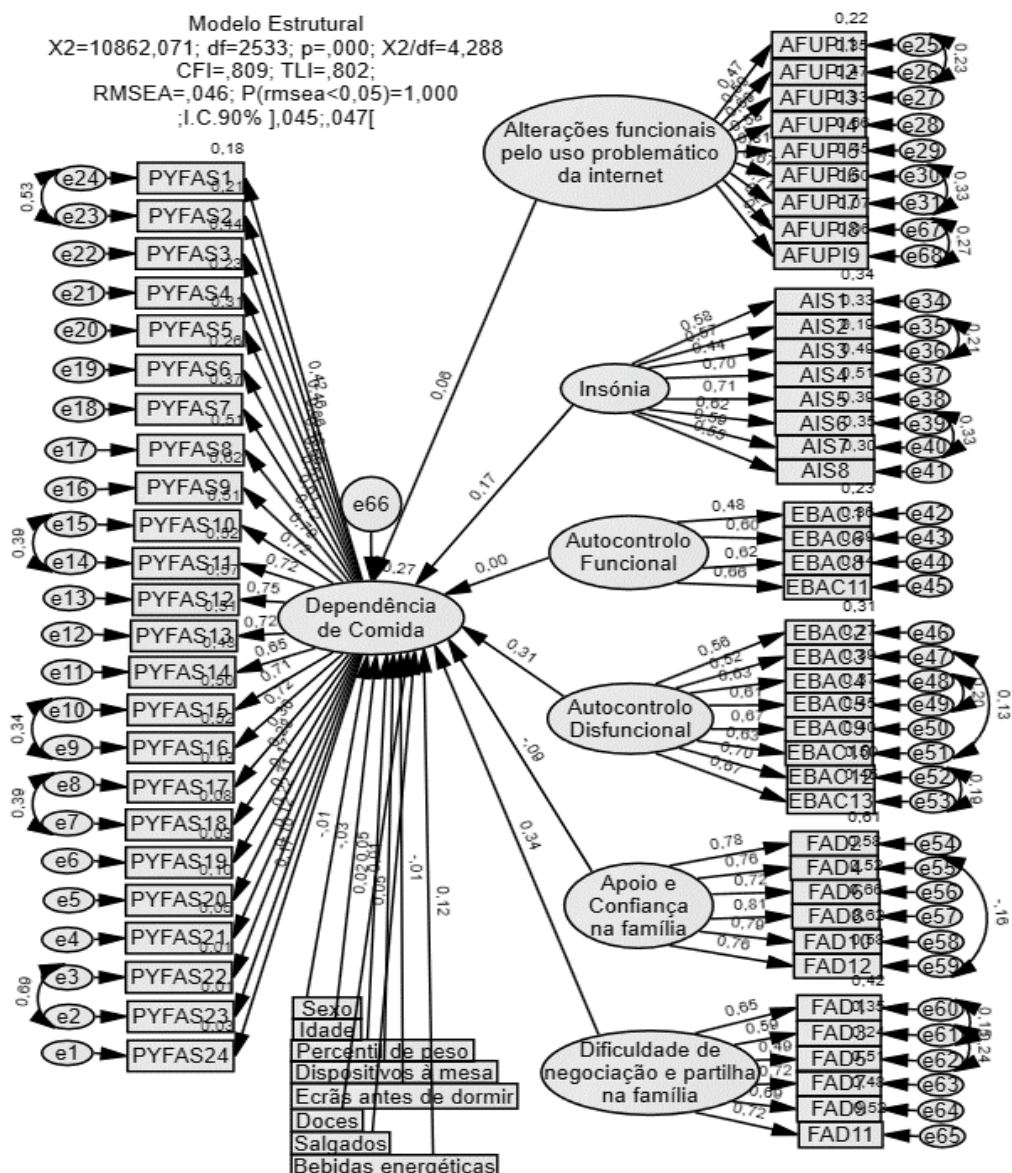
Modelo Estrutural

Posteriormente, foi desenvolvido um modelo estrutural para explorar as associações entre as variáveis independentes (Alterações Funcionais pelo Uso

Problemático da Internet, Insónia, Autocontrolo Funcional, Autocontrolo Disfuncional, Apoio e Confiança na família, Dificuldade de Negociação e Partilha na família, Sexo, Idade, Percentil de Peso, Dispositivos à mesa, Ecrãs imediatamente antes de dormir, Doces, Salgados e Bebidas energéticas) e variável dependente (Dependência de Comida) (Figura 6).

Figura 6

Modelo Estrutural dos fatores preditores da dependência de comida, em jovens portugueses



Assim, no que diz respeito à Qualidade do Ajustamento do modelo, este revelou um ajustamento sofrível ($\chi^2/df=4,288$; $CFI=0,809$; $TLI=0,802$; $RMSEA=0,046$; $p<0,000$; C.I. 90%= $]0,045;0,047[$; $SRMR=0,0949$).

Tabela 4

Trajatórias entre a Idade, Sexo, Percentil de peso, Dispositivos à mesa, Ecrãs antes de dormir, Doces, Salgados, Bebidas energéticas, AFUPI, Insónia, AF, AD, ACF, DNPF, e Dependência de comida.

Trajatórias ←	β	p
Dependência de comida ← Idade	-0.027	0.256
Dependência de comida ← Sexo	-0.014	0.539
Dependência de comida ← Percentil de peso	0.046	0.059
Dependência de comida ← Dispositivos à mesa	0.008	0.720
Dependência de comida ← Ecrãs antes de dormir	-0.007	0.777
Dependência de comida ← Doces	0.023	0.329
Dependência de comida ← Salgados	0.055	0.027
Dependência de comida ← Bebidas energéticas	0.120	***
Dependência de comida ← AFUPI	0.061	0.025
Dependência de comida ← Insónia	0.167	***
Dependência de comida ← AF	-0.001	0.972
Dependência de comida ← AD	0.305	***
Dependência de comida ← ACF	-0.095	***
Dependência de comida ← DNPF	0.343	***

Nota. AFUPI = Alterações funcionais pelo uso problemático da internet; AF = Autocontrolo funcional; AD = Autocontrolo disfuncional; ACF = Apoio e confiança na família; DNPF = Dificuldade de negociação e partilha na família.

******* $p < 0.001$

Na tabela 4, verificam-se as associações entre as variáveis independentes e a variável dependente, presentes no Modelo Estrutural. Assim, na presente amostra, as variáveis independentes que melhor predizem a dependência de comida são: o percentil de peso (marginalmente significativo), os salgados, as bebidas energéticas, as alterações funcionais pelo uso problemático da internet, a insónia, o autocontrolo disfuncional, o apoio e confiança na família, e a dificuldade de negociação e partilha na família. Neste sentido, jovens portugueses que têm um percentil de peso mais elevado, que percebem ter uma maior dificuldade de negociação e partilha na família, um maior autocontrolo disfuncional, insónias mais graves, alterações funcionais pelo uso problemático da internet mais graves, assim como jovens que consomem bebidas energéticas e salgados,

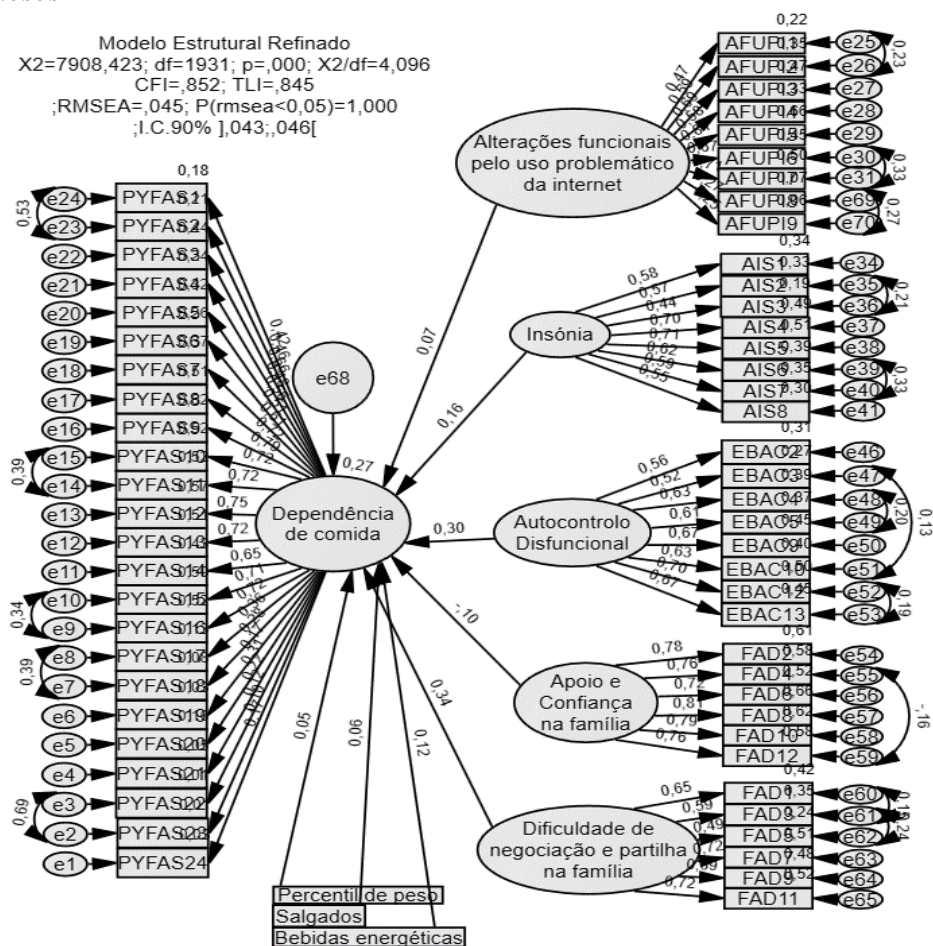
reportam maior dependência de comida. Por outro lado, jovens portugueses que percebem ter maior apoio e confiança na família, reportam menor dependência de comida.

Modelo Estrutural Refinado

Neste seguimento, tendo por base os presentes resultados, ou seja, após serem analisadas as variáveis independentes que melhor predizem a dependência de comida em jovens portugueses, foi desenvolvido um novo Modelo Estrutural, onde constam apenas as variáveis independentes que se revelaram significativamente associadas à variável dependente, sendo este intitulado de Modelo Estrutural Refinado (Figura 7).

Figura 7

Modelo Estrutural refinado dos fatores preditores da dependência de comida, em jovens portugueses



A Qualidade do Ajustamento do modelo revelou um ajustamento sofrível ($\chi^2/df=4.096$; $CFI=0.852$; $TLI=0.845$; $RMSEA=0.045$; $p<.000$; $C.I. 90\% =]0.043; 0.046[$; $SRMR=0.0943$). Este modelo explica 27.3% da variância da dependência de comida.

Tabela 5

Trajatórias entre o Percentil de peso, Salgados, Bebidas energéticas, AFUPI, Insónia, AD, ACF, DNPF, e Dependência de comida.

Trajatórias ←	β	p
Dependência de comida ← Percentil de peso	0.048	0.049
Dependência de comida ← Salgados	0.065	0.011
Dependência de comida ← Bebidas energéticas	0.124	***
Dependência de comida ← AFUPI	0.066	0.016
Dependência de comida ← Insónia	0.164	***
Dependência de comida ← AD	0.305	***
Dependência de comida ← ACF	-0.098	***
Dependência de comida ← DNPF	0.343	***

Nota. AFUPI = Alterações funcionais pelo uso problemático da internet; AD = Autocontrolo disfuncional; ACF = Apoio e confiança na família; DNPF = Dificuldade de negociação e partilha na família.

*** $p < 0.001$

Na tabela 5, é possível constatar as associações entre as variáveis independentes que se revelaram significativamente associadas à variável dependente, presentes no Modelo Estrutural Refinado (Figura 8). Neste modelo, as variáveis independentes que predizem significativamente a dependência de comida nos jovens mantêm-se, sendo possível verificar que a variável percentil de peso, deixou de ser marginalmente significativa, assim como a maioria das variáveis aumentou a sua magnitude, à exceção da variável insónia que diminuiu ligeiramente, enquanto que o autocontrolo disfuncional e a dificuldade de negociação e partilha na família, permaneceram iguais.

DISCUSSÃO

A dependência de comida nos jovens é cada vez mais uma problemática no mundo atual, tendo esta cada vez mais um impacto negativo na saúde mental dos jovens (Skinner et al., 2021). Como tal, o presente estudo teve como objetivo compreender, por meio da elaboração de um Modelo de Equações Estruturais, de que modo as variáveis latentes – Alterações funcionais pelo uso problemático da internet, Insónia, Autocontrolo funcional, Autocontrolo disfuncional, Apoio e confiança na família, Dificuldades de negociação e partilha –, assim como as variáveis manifestas – sexo, idade, dispositivos à mesa, utilização de ecrãs imediatamente antes de dormir, ingestão de doces, salgados e bebidas energéticas –, predizem a dependência de comida, numa amostra de jovens portugueses.

Como referido anteriormente, atualmente discute-se ainda quais alimentos predizem de facto a dependência de comida nos jovens (Borisenkov et al., 2020; Gordon et al., 2018; Schulte et al., 2017), o que torna de extrema pertinência os resultados do presente estudo. Contudo, embora haja incerteza, os estudos afirmam que é o grupo dos alimentos de elevado porte calórico que mais prediz a dependência de comida, uma vez que estes alimentos com elevada palatibilidade apresentam igualmente um grande potencial aditivo, sendo assim estimuladas as vias de recompensa cerebrais, o que promove um consumo alimentar excessivo (Najem et al., 2019).

Neste sentido, foi analisada a ingestão de salgados, a qual revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, indicando este resultado que jovens portugueses que consomem salgados enquanto utilizam tecnologia, reportam maior dependência de comida. Assim, o resultado obtido vai ao encontro do expectável, uma vez que a literatura afirma que o sal tem efeito imediato de prazer no paladar, o que pode ajudar a explicar porque os adolescentes consomem alimentos salgados enquanto utilizam tecnologia. Deste modo, o presente resultado pode dever-se ao facto dos jovens se encontrarem numa fase de procura por maior autonomia e independência, realizando um maior número de refeições fora de casa, as quais possuem um teor de sal mais elevado. Adicionalmente, os estudos afirmam que os adolescentes consomem mais alimentos com um maior teor de sal, em comparação com os adultos (Cocores & Gold, 2009), o que pode ser explicado devido ao facto dos jovens se encontrarem num período de mudança ao nível do desenvolvimento, o qual propicia instabilidade e desregulação, não lhes permitindo controlar de forma eficaz os impulsos (Patton et al., 2016; Skinner et al., 2021), optando assim por alimentos mais aditivos. De igual modo, é ainda pertinente salientar que no presente estudo, 52.3% dos jovens afirma consumir salgados enquanto utiliza tecnologia, dado este preocupante.

De igual modo, também a ingestão de bebidas energéticas, revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, uma vez que os resultados no presente estudo afirmam que jovens portugueses ingerem bebidas energéticas enquanto utilizam tecnologia, reportam maior dependência de comida. Este resultado vai ao encontro do expectável, uma vez que as bebidas energéticas se inserem nos alimentos hiperpalatáveis mencionados pela literatura como potencialmente aditivos (Ayaz et al., 2018; Borisenkov et al., 2020; Meule, 2011; Tserne et al., 2021). Adicionalmente, destaca-se a existência de dificuldade em encontrar estudos específicos que abordassem a relação entre dependência de comida e bebidas energéticas. Assim, este resultado é um contributo para

a investigação e prática clínica, uma vez que no presente estudo, 16.2% dos jovens afirma ingerir bebidas energéticas, o que comprova que embora a grande maioria não consuma este tipo de alimento hiperpalatável, o mesmo demonstrou ser significativo na dependência de comida dos jovens, pelo que, deveria receber maior visibilidade nos estudos que investigam esta problemática clínica.

Por oposição, e contrariamente ao expectável, a ingestão de doces, não revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens. Assim, o resultado obtido é surpreendente, uma vez que, segundo a literatura, pessoas com dependência de comida, apresentam igualmente adição significativa ao açúcar (Ayaz et al., 2018), dado este também verificado em estudos com animais (Avena et al., 2008; Gearhardt et al., 2009a). Deste modo, o resultado deste estudo pode ser explicado pelo facto de que, segundo Gearhardt et al. (2009a), alimentos com elevados níveis de açúcar, são maioritariamente consumidos na infância e não na adolescência. Deste modo, é possível colocar a hipótese de que, uma vez que os doces são consumidos maioritariamente numa fase inicial do desenvolvimento, quando chega a fase da adolescência, já existe uma certa tolerância aos doces, o que pode ajudar a explicar o facto de na presente investigação os doces não predizerem significativamente a dependência de comida nos jovens. Contudo, embora neste estudo os doces não sejam significativos para a dependência de comida em jovens, o consumo de deste tipo de alimentos por parte dos jovens é igualmente preocupante, uma vez que o seu consumo é elevado, como se comprovou na presente amostra com 59.5% dos jovens a confirmar este facto. Assim, uma vez que a maioria dos estudos de dependência de comida incide sobre alimentos com elevados níveis de açúcar e/ou gordura (Gearhardt et al., 2009a), o resultado do presente estudo é um contributo relevante para a prática clínica e científica, pois, embora o açúcar seja um componente hiperpalatável e consumido em grande número pelos jovens, é possível colocar em hipótese de em estudos futuros estudar mais outros componentes alimentares, nomeadamente, os que se verificaram significativos neste estudo (i.e., salgados e bebidas energéticas), alargando assim o foco no campo da investigação a outros componentes. Complementarmente, uma vez que neste estudo apenas se questiona se existe consumo de açúcar enquanto se utiliza tecnologia, seria pertinente em estudos futuros mapear melhor este componente através de questões mais minuciosas (e.g. avaliar os índices glicémicos dos jovens através de análises fisiológicas), de modo a compreender melhor e de uma forma complementar, o fenómeno da ingestão de açúcar nos jovens e o seu impacto na dependência de comida.

Seguindo este contexto da alimentação, o peso corporal tem sido uma variável estudada pela literatura. No presente estudo, o percentil de peso revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, indicando este resultado que jovens portugueses que têm um maior percentil de peso, têm igualmente maior dependência de comida. Neste sentido, o resultado obtido vai ao encontro do expectável, uma vez que a maioria dos estudos defende que a prevalência de dependência de comida é mais elevada quando o peso corporal é igualmente maior (Borisenkov et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Gearhardt et al., 2011; Mies et al., 2017; Penzenstadler et al., 2018; Rodrigue et al., 2019; Schulte et al., 2018; Skinner et al., 2021; Tompkins et al., 2017; Tserne et al., 2021; Yekaninejad et al., 2021; Zhao et al., 2018). Neste sentido, Yekaninejad et al. (2021) afirma que crianças e adolescentes com obesidade ou excesso de peso, apresentam uma prevalência de dependência de comida de 19%, em comparação com uma amostra comunitária (i.e., uma amostra que inclui participantes com diferentes pesos) que apresenta uma percentagem de 12%. Adicionalmente, 30.7% dos adolescentes com obesidade apresenta critérios de dependência de comida (Tompkins et al., 2017).

Contudo, segundo Siah et al. (2018), o peso apresentado em nada prediz a dependência de comida nos jovens, embora seja preciso compreender que a investigação ocorreu com uma amostra culturalmente distinta da do presente estudo. Neste sentido, seria interessante realizar futuros estudos em amostras culturalmente distintas, de modo a compreender a distinção de resultados. Assim, a grande maioria dos estudos é unânime relativamente ao facto de que o peso tem implicações na dependência de comida nos jovens. Este dado revela particular importância uma vez que o excesso de peso e a obesidade são um problema cada vez mais prevalente na sociedade atual, estando a obesidade associada a diversos problemas de saúde (e.g., diabetes, cancro, perturbações músculo-esqueléticas, doença cardiovascular). Assim, na presente amostra, os jovens com um percentil de peso correspondente a excesso de peso e obesidade, perfazem um total de 28.6%, sendo este um valor significativo e preocupante quando associado à dependência de comida. Adicionalmente, embora o percentil de peso seja um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, como compreendido na literatura e nos resultados do presente estudo, é importante referir que as respostas neurais da dependência de comida se assemelham às da adição em substâncias (Cathelain et al., 2016; Kandeger et al., 2019) e não às das Perturbações Alimentares (Hauck et al., 2020), o que pode ser importante na compreensão e estudo da associação entre a dependência de comida e o percentil de peso. Por fim, a associação entre percentil de peso e dependência

de comida deve ser melhor estudada, uma vez que, Gearhardt et al. (2011), alertam para o facto de que, por vezes, a utilização da escala YFAS para a avaliação da dependência de comida, ocorre antes de haver um aumento de peso significativo, não havendo ainda manifestações clínicas relevantes em relação ao peso, o que pode enviesar os resultados.

Relativamente ao sexo, também esta variável, tem sido mencionada pela literatura, a qual neste estudo revelou não ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, resultado este pertinente, uma vez que a relação entre sexo e dependência de comida divide a literatura. Assim, este resultado vai ao encontro de parte dos estudos que defendem que o sexo não prediz a dependência de comida em crianças e adolescentes (Yekaninejad et al., 2021), assim como em adultos (Grammatikopoulou et al., 2018; Najem et al., 2019). Em oposição, existe evidência empírica que afirma que a dependência de comida é maior em raparigas/mulheres (Ayaz et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Pursey et al., 2014; Skinner et al., 2021). Assim, uma vez que a relação entre sexo e dependência de comida não é clara na literatura, e embora a presente amostra seja equilibrada em termos de sexo, o que confere uma representação igualitária de ambos os sexos, é pertinente investigar melhor esta relação em investigações futuras. Contudo, é ainda relevante compreender que o resultado deste estudo pode ser explicado devido ao facto da literatura afirmar que as respostas neurobiológicas e comportamentais da dependência de comida se assemelham às da adição de substâncias (Cathelain et al., 2016; Kandeger et al., 2019), mas diferem das respostas das Perturbações Alimentares (Hauck et al., 2020). Assim, uma vez que as Perturbações Alimentares incidem maioritariamente sobre as raparigas/mulheres (Yekaninejad et al., 2021), é compreensível que na dependência de comida o mesmo não aconteça, uma vez que as respostas neurobiológicas e comportamentais são distintas.

No que diz respeito à idade, na presente investigação, também esta variável não revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, resultado este surpreendente, uma vez que a maioria dos estudos afirma que a idade prediz significativamente a dependência de comida nos adolescentes (Borisenkov et al., 2020; Mies et al., 2017; Skinner et al., 2021; Valtier et al., 2020). Assim, a literatura indica que a prevalência de dependência de comida é mais elevada em adolescentes mais velhos (Mies et al., 2017; Valtier et al., 2020), entre os 17-18 anos, sendo o valor máximo desta prevalência atingido entre os 19-20 anos (Borisenkov et al., 2020; Mies et al., 2017), o que significa que é na transição para a vida adulta que ocorre maior expressão da dependência de comida (Skinner et al., 2021). Neste sentido, o resultado do presente

estudo pode ser explicado, uma vez que nesta amostra a faixa etária entre 18 e 19 anos, é a menos representativa, sendo exatamente esta faixa etária que culmina na transição para a vida adulta e que os estudos indicam haver maior prevalência de comida. De igual modo, é necessário ter em atenção que a presente amostra inclui apenas uma parte da adolescência (i.e., adolescentes entre os 12 e 19 anos), e como referido na literatura, o valor máximo da prevalência de comida nos adolescentes ocorre entre os 19-20 anos (Borisenkov et al., 2020; Mies et al., 2017). Complementarmente, a literatura refere ainda que a dependência de comida pode ser mais elevada no fim da adolescência, uma vez que a entrada no Ensino Superior (adolescentes mais velhos) desencadeia maiores níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos, o que pode implicar maior dependência de comida na tentativa de alívio destes sintomas (Quick & Byrd-Bredbenner, 2013). Assim, uma vez que no presente estudo, a amostra frequenta ainda o Ensino Básico e Secundário, este facto pode explicar o resultado obtido nesta investigação. De igual modo, uma vez que esta amostra é maioritariamente menor de idade, é expectável que viva ainda em casa dos pais, facto que não concede tanta autonomia aos adolescentes mais novos, tanto pessoal como monetária, realizando assim um maior número refeições em casa, o que reduz a probabilidade de desenvolver dependência de comida (Skinner et al., 2021). Adicionalmente, é ainda pertinente salientar que, embora os estudos afirmem que é na transição para a vida adulta que se verifica um aumento da dependência de comida, em parte devido ao aumento das responsabilidades (Borisenkov et al., 2020; Valtier et al., 2020), este facto pode ajudar a explicar o porquê de neste estudo a idade não ser significativa para a dependência de comida, uma vez que esta amostra é maioritariamente menor de idade, e por isso, tem menos responsabilidades a seu cargo, comparativamente com adolescentes mais velhos.

De igual modo, também as refeições em família e a utilização de tecnologia durante as mesmas tem sido associado à dependência de comida. Assim, relativamente à utilização de dispositivos à mesa, esta variável não prediz significativamente a dependência de comida nos jovens, neste estudo. Este resultado é surpreendente, uma vez que estudos em adolescentes afirmam que a utilização de tecnologia durante as refeições familiares, tem impacto negativo sobre a alimentação, pois a perceção de saciedade é alterada (Savigne et al., 2007), sendo assim ingeridos alimentos com maior porte calórico (Patton et al., 2016). De igual modo, estudos em crianças revelam que a utilização de tecnologia durante as refeições familiares, propiciam a ingestão de uma maior quantidade de comida e com pior qualidade nutricional (Berge et al., 2014; Trofholz et al., 2017).

Assim, o resultado do presente estudo pode justificar-se devido ao facto de que, embora os estudos afirmem que a utilização de tecnologia durante as refeições familiares tem um efeito prejudicial na alimentação, estes não mencionam a sua dimensão, nem referem que existe dependência de comida. Adicionalmente, é ainda pertinente referir que, segundo a literatura, realizar refeições em família pode ajudar a reduzir a utilização de tecnologia à mesa (Vik et al., 2013), facto este que se comprova no presente estudo, assim como pode ajudar a explicar os resultados, uma vez que, se 75% dos jovens e respetivos familiares desta amostra, afirma não utilizar tecnologia durante as refeições familiares, e simultaneamente a tecnologia não prediz significativamente a dependência de comida, este resultado pode dever-se ao facto das refeições em famílias serem um fator protetor da dependência de comida, contributo este relevante para a prática e intervenção clínica.

Seguindo esta linha de pensamento, analisando as alterações funcionais pelo uso problemático da internet, esta variável revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, indicando este resultado que jovens portugueses que percebem ter alterações funcionais pelo uso problemático da internet mais graves, reportam maior dependência de comida. Assim, o resultado obtido vai ao encontro do que estudos anteriores referem, estando ambas as variáveis associadas (Jordan et al., 2008; Shuvo & Biswas, 2023; Throuvala et al., 2021; Vik et al., 2013; Yen et al., 2010). Deste modo, como elucidado por Patrão et al., (2020a), a utilização problemática da internet tem cada vez mais desencadeado alterações funcionais nos jovens, tendo estas um impacto negativo no seu dia-a-dia, entre as quais ao nível da alimentação (Throuvala et al., 2021; Yen et al., 2010). Assim, durante o uso de internet, são consumidos alimentos de pior qualidade e com um maior número de calorias (Jordan et al., 2008; Shuvo & Biswas, 2023; Yen et al., 2010), características estas que se associam aos critérios de dependência de comida e sintomas avaliados pela YFAS, o que torna perceptível compreender a associação entre ambas as variáveis.

Como compreendido, os momentos familiares revelam ter extrema importância no desenvolvimentos dos adolecentes (Bronte-Tinkew et al., 2006). Assim, relativamente ao apoio e confiança na família, esta variável revelou ser um preditor significativo da dependência de comida em jovens, uma vez que os resultados neste estudo afirmam que jovens portugueses que percebem ter maior apoio e confiança na família, reportam menor dependência de comida. Esta afirmação vai em conformidade com o esperado, uma vez que a literatura afirma que não basta existir um funcionamento familiar eficaz, este tem que ser percebido como tal, para que possa assim promover bons

resultados no desenvolvimentos dos jovens (Van Der Horst et al., 2007). Assim, um funcionamento familiar positivo, onde está presente apoio, comunicação, afeto, controlo, interesse e expectativas pelas atividades dos filhos, estratégias escolares adequadas, sensibilidade e disciplina, promove um desenvolvimento mais saudável dos jovens, o que se reflete numa relação igualmente mais saudável com a comida e, por consequente, providencia menor dependência de comida (Bronte-Tinkew et al., 2006; Rhee, 2008; Wake et al., 2007). Deste modo, um funcionamento familiar onde existe comunicação e abertura, transmite apoio, o que tem implicações nas escolhas alimentares, sendo estas mais saudáveis (Chao, 2001; Rhee, 2008). Adicionalmente, segundo Valtotina e Marta (1998), a existência de apoio e confiança no seio familiar, são cruciais para a redução da probabilidade de se desenvolverem problemas psicológicos nos filhos.

Seguindo esta linha de pensamento, haver dificuldade de negociação e partilha na família, revela igualmente ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, indicando os resultados do presente estudo que jovens portugueses que percebem ter maior dificuldade de negociação e partilha na família, reportam igualmente maior dependência de comida. Assim, o resultado obtido vai ao encontro do expectável, uma vez que um funcionamento familiar com menor qualidade, revela maior dificuldade em gerir rotinas, comunicar, distinguir papéis entre os diferentes elementos da família, controlar o comportamento, demonstrar afeto e realizar refeições em família (Jacobs & Fiese, 2007; Rhee, 2008). Estas dificuldades no seio familiar, geram escolhas alimentares menos saudáveis, o que se reflete numa maior probabilidade de apresentar sintomas de dependência de comida (Rhee, 2008). Assim, um meio familiar que se revele menos coeso e mais conflituoso, principalmente durante as refeições, propicia problemas de peso na família (Zeller et al., 2007). Deste modo, um ambiente familiar que dê menos autonomia aos filhos relativamente à alimentação (obrigar ou proibir de comer, pouco espaço para recusa e oferta de recompensas), gera dificuldade de perceção de saciedade, assim como promove igualmente maiores níveis de stress, o que se reflete em escolhas alimentares menos desadequadas, havendo ingestão de um maior porte calórico como estratégia de autorregulação, característica que se associa à dependência de comida (Rhee, 2008). Assim, com base na literatura e nos resultados do presente estudo, é possível compreender como o funcionamento familiar tem uma grande importância no desenvolvimento dos jovens, principalmente na sua relação com a comida, podendo esta determinar uma possível dependência de comida. Neste sentido, é possível relacionar este dado com o facto de que por vezes, os pais experienciam momentos de stress relativamente ao maior

número de responsabilidades a seu cargo (Borisenkov et al., 2020; Valtier et al., 2020), o que pode desencadear falta de tempo e conflitos que se transferem para o ambiente domiciliário, incluindo no momento das refeições familiares, o que pode incutir padrões familiares desequilibrados, que têm impacto na alimentação, e que se perpetuam no tempo, de geração em geração. Assim, estes resultados revelam particular importância, na medida em que é possível e necessário apostar na prevenção familiar, para ajudar, em parte, numa possível redução da prevalência de dependência de comida.

De igual modo, também a insónia revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, uma vez que nesta amostra, jovens portugueses que percecionam ter insónias mais graves, reportam maior dependência de comida. Este resultado vai ao encontro do que é reportado pela literatura já existente, uma vez que segundo a mesma, a insónia promove a dependência de comida, pois quem sofre de insónia apresenta no dia seguinte maior desejo por comida específica, assim como vontade de comprá-la (Greer et al., 2013), sintoma este avaliado pela YFAS, o que permite ajudar na compreensão do resultado obtido, assim como na compreensão do modo como a insónia tem impacto na dependência de comida. Adicionalmente, os estudos revelam que adolescentes que se deitam mais tarde e estão menos expostos à luz solar, têm maior probabilidade de desenvolver dependência de comida e depressão (Borisenkov et al., 2020), promovendo assim a dessincronização do ciclo circadiano, o que aumenta a probabilidade de desenvolver comportamentos aditivos, nomeadamente a adição à comida em adolescentes (Najem et al., 2019). No mesmo sentido, a alimentação ajuda a regular o ciclo circadiano, pelo que, jovens mais ativos à noite apresentam uma probabilidade aumentada de desenvolver dependência de comida (Kandeger et al., 2019). Complementarmente, uma vez que nesta amostra a insónia é significativa e o ponto médio da escala AIS foi ultrapassado, em estudos futuros seria pertinente compreender se o consumo de bebidas energéticas por parte dos jovens é realizado ao final do dia, e se este consumo pode ajudar a explicar padrões de sono pautados por insónia.

Contudo, embora o presente estudo apenas analise se a insónia prediz a dependência de comida em adolescentes, o que se verificou, é relevante também reforçar que os estudos revelam existir a relação inversa, indicando que a dependência de comida prediz igualmente a qualidade do sono de forma prejudicial (Li et al., 2018; Najem et al., 2019), promovendo insónias e impulsividade (Kandeger et al., 2019). Posto isto, é possível compreender que a dependência de comida e a insónia se influenciam

mutuamente, o que pode espelhar uma relação mais complexa entre ambas as variáveis, podendo esta ser particularmente relevante para a prática e investigação clínica.

Adicionalmente, é igualmente pertinente compreender que a variável depressão/humor deprimido se associa significativamente à problemática da insónia e dependência de comida em jovens, uma vez que adolescentes com dependência de comida e adolescentes com sintomas depressivos, apresentam ciclos circadianos semelhantes (Borisenkov et al., 2020), pelo que, deve também esta ser incluída e estudada em estudos futuros, de modo a ser possível compreender a sua pertinência clínica.

Relativamente à utilização de ecrãs imediatamente antes de dormir, esta variável não revelou ser um preditor significativo da dependência de comida nos jovens, resultado este que surpreende, uma vez que, a literatura confirma que a utilização de ecrãs se associa a problemas de sono, assim como a problemas alimentares, desencadeando um maior consumo de alimentos com elevado nível calórico (Moitra & Madan, 2022), sintoma que se associa à dependência de comida. Adicionalmente, a utilização de ecrãs tem impacto na saúde mental dos adolescentes, embora este impacto seja mediado pelo tempo de utilização e conteúdo (Moitra & Madan, 2022). Assim, este facto pode ajudar a explicar o resultado obtido na presente investigação, uma vez que a amostra não reporta nem o tempo de utilização, nem o conteúdo. Adicionalmente, é importante verificar que Moitra e Madan (2022) abordam a utilização de ecrãs, sem especificar se esta ocorre imediatamente antes de dormir, o que pode também ajudar a explicar o presente resultado. Assim, é pertinente destacar a existência de dificuldades em encontrar estudos que relacionassem a utilização de ecrãs imediatamente antes de dormir e a dependência de comida, não só nos jovens, como em qualquer fase do ciclo de vida, o que pode ser um contributo para a prática e investigação clínica, realizando-se estudos neste âmbito.

Neste sentido, a capacidade de autocontrolo revela nos jovens uma enorme importância, permitindo-lhes controlar os seus impulsos (Água et al., 2020). Assim, no presente estudo, o autocontrolo disfuncional demonstrou ser uma variável que prediz significativamente a dependência de comida em jovens, uma vez que, segundo os resultados obtidos, jovens portugueses que percebem ter um maior autocontrolo disfuncional, reportam igualmente maior dependência de comida. Este resultado, vai ao encontro do esperado, uma vez que de acordo com a literatura, indivíduos com menor capacidade de autocontrolo sobre os impulsos, quando percecionam uma situação como ameaçadora, pontuam mais na escala YFAS, apresentando assim mais sintomas de dependência de comida. De igual modo, quando a capacidade de autocontrolo sobre os

impulsos é disfuncional, ocorre uma maior probabilidade de consumo de substâncias e compulsão alimentar (Pivarunas & Conner, 2015). Assim, segundo Cathelain et al. (2016), existe uma associação entre dependência de comida e autocontrolo disfuncional na capacidade de controlar impulsos, regular emoções e dificuldade de mentalização.

Adicionalmente, pessoas que não anteveem as consequências do seus atos, apresentam menos sintomas de dependência de comida (Pivarunas & Conner, 2015), dado este que pode ser explicado pelo stress vivenciado pelos adolescentes, uma vez que se encontram numa fase de mudança e, como referido anteriormente, momentos vivenciados como stressantes propiciam a dependência de comida como estratégia de alívio. Assim, ambas as perspetivas se associam, uma vez que, um adolescente mais descontraído que não pense recorrentemente nas consequências (prováveis e improváveis), não vivencia níveis tão elevados de stress e ansiedade, tendo assim menos probabilidade de usar a comida como estratégia de alívio, o que reduz a probabilidade de desenvolver dependência de comida. Posto isto, é ainda possível relacionar esta ideia com o facto de que, segundo os estudos, a ingestão de alimentos hiperpalatáveis ocorre mesmo quando conhecidas as consequências negativas físicas e mentais (Najem et al., 2019; Tserne et al., 2021), o que pode indicar um pensamento reduzido sobre as consequências futuras. Deste modo, esta característica é um critério de diagnóstico da dependência de comida, o que pode ser explicado pelo facto dos adolescentes se encontrarem num processo de mudança, não tendo ainda uma estrutura bem definida (Patton et al., 2016), o que não lhes permite adiar a gratificação imediata, havendo assim um autocontrolo disfuncional (Rose et al., 2018; Sim & Zeman, 2004; Whiteside et al., 2007), tendo isto implicação nas escolhas alimentares de prazer imediato (Cocores & Gold, 2009). Neste sentido, é possível compreender como um autocontrolo disfuncional tem impacto na dependência de comida, assim como é possível relacionar isso com a fase de mudança da adolescência e o processo aditivo dos alimentos hiperpalatáveis.

Adicionalmente, embora a variável autorregulação não esteja presente nesta investigação, é importante destacar que a mesma, segundo a literatura, está intimamente relacionada com a dependência de comida e um autocontrolo disfuncional nos jovens, uma vez que, uma fraca capacidade de regular as emoções, principalmente as negativas, associa-se a um autocontrolo disfuncional, promovendo nos jovens dependência de comida (Rose et al., 2018). Adicionalmente, jovens com dependência de comida, apresentam emoções mais fortes e duradoras (Whiteside et al., 2007), o que dificulta a adoção de estratégias eficazes e por sua vez dificulta uma boa autorregulação e

providencia um autocontrolo disfuncional, uma vez que são adotadas estratégias a curto e imediato prazo, promovendo nos jovens uma maior probabilidade de ter dependência de comida (Sim & Zeman, 2004). De igual modo, a variável autorregulação, associa-se ao funcionamento familiar, uma vez que, um funcionamento familiar eficaz promove igualmente nos jovens uma capacidade de autorregulação eficaz, o que por sua vez se traduz em melhores escolhas e hábitos alimentares, reduzindo a probabilidade de desenvolver dependência de comida (Rhee, 2008). Assim, a variável autorregulação deve ser considerada em estudos futuros que explorem a dependência de comida em jovens.

Segundo esta linha de pensamento, também a variável insónia se associa a um autocontrolo disfuncional uma vez que, ser mais ativo à noite e ter insónia, prediz a impulsividade (Kandeger et al., 2019), o que promove nos jovens um autocontrolo disfuncional e, por sua vez, dependência de comida, como se verifica na presente investigação. Assim, em estudos futuros, a insónia deveria ser considerada quando estudada a relação entre dependência de comida e um autocontrolo disfuncional.

Em contrapartida, na presente amostra foi ainda possível verificar que, ao contrário do expectável, o autocontrolo funcional não prediz de forma significativa a dependência de comida, pelo que, é possível verificar que um autocontrolo disfuncional é mais significativo sobre a dependência de comida em jovens, do que um autocontrolo funcional. Este dado é particularmente relevante, uma vez que fornece orientações para futuras investigações e prática clínica, devendo assim tanto o autocontrolo disfuncional como funcional serem estudados, de modo a compreender como ocorre o seu processo sobre a dependência de comida em jovens, de modo a que seja possível prevenir eventuais complicações futuras. No entanto, como possível explicação para o resultado obtido neste estudo, pode ser colocada em hipótese que o facto da amostra ser jovem e, por isso, apresentar uma necessidade de autonomia em prol do desejo de estabelecimento de relações sociais com os pares, o que influencia as suas escolhas alimentares fora de casa (Patton et al., 2016). Deste modo, o autocontrolo disfuncional pode representar um papel importante, pois para além do desejo de pertença que leva os adolescentes a copiarem o comportamento dos pares, existe também o autocontrolo disfuncional que pode num contexto social potenciar a ingestão daquilo que os pares estão a ingerir. Assim, embora o adolescente tenha um autocontrolo funcional, o mesmo pode ser influenciado pelos pares a adotar escolhas menos saudáveis, característica do período da adolescência. Neste sentido, mesmo que esteja presente um autocontrolo funcional no jovem, o mesmo pode não ser significativo na hora da escolha alimentar, principalmente em contexto social.

Posto isto, neste estudo, as variáveis independentes presentes no Modelo Estrutural Refinado, explicam 27.3% da dependência de comida nesta amostra, pelo que, o restante valor pode ser explicado por outras variáveis, como por exemplo, a depressão/humor deprimido, ansiedade, suporte social e capacidade de autorregulação. Assim, em estudos futuros, é relevante considerar estas variáveis que podem fornecer novos dados e descobertas sobre o fenómeno da dependência de comida em jovens.

O presente estudo, revela ainda alguns pontos fortes, sendo estes o facto de a amostra ter uma dimensão grande e estar equilibrada em termos da representatividade de cada sexo e cada idade, exceto os 18 e 19 anos. De igual modo, ao contrário da maioria dos estudos que utiliza o IMC como medida, este estudo utiliza o percentil de peso que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é o mais correto, uma vez que considera não só o peso e a altura, mas também a idade e o sexo, respeitando assim a fase de desenvolvimento de cada participante, o que se traduz em resultados mais fidedignos. Adicionalmente, é pertinente salientar que este estudo se foca numa amostra parcamente estudada, sendo recolhida fora de Portugal Continental, onde normalmente incidem os estudos. De igual modo, a questão de investigação é pertinente, uma vez que, como explicado anteriormente, o termo “Dependência de Comida”, é relativamente recente, havendo ainda pouca investigação sobre o mesmo, principalmente em amostras jovens e portuguesas, o que torna este estudo relevante no âmbito da prática clínica.

Por fim, é ainda possível referir que o presente estudo apresenta algumas limitações, sendo estas, o facto de a amostragem ser não probabilística, com uma seleção por conveniência, o que pode não representar todos os jovens portugueses. Adicionalmente, tendo em conta o referido na nota específica ^(b) da Tabela 2, pode ter havido uma reavaliação por parte dos jovens que responderam não à premeia questão.

Concluindo, na presente amostra, o percentil de peso, salgados, bebidas energéticas, insónia, autocontrolo disfuncional, apoio e confiança na família, dificuldades de negociação e partilha na família, e alterações funcionais pelo uso problemático da internet, são as variáveis que predizem significativamente a dependência de comida em jovens portugueses. Neste sentido, as variáveis sexo, idade, autocontrolo funcional, ecrãs imediatamente antes de dormir, dispositivos à mesa e doces, não se revelaram preditores significativos para a dependência de comida nos jovens. Deste modo, este estudo é um contributo relevante para a prática clínica, assim como para a reflexão de atuais e futuras intervenções realizadas em amostras com características similares. Complementarmente, para uma revisão mais aprofundada desta temática, é possível consultar o anexo A.

REFERÊNCIAS

- Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (2020). Escala Breve de Autocontrolo (EBAC): Validação numa Amostra de Jovens Portugueses. *Actas Do 13º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 409–417. <https://doi.org/10.21865/ridep54.1.01>
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>
- Ayaz, A., Nergiz-Unal, R., Dedebayraktar, D., Akyol, A., Pekcan, A. G., Besler, H. T., & Buyuktuncer, Z. (2018). How does food addiction influence dietary intake profile? *PLOS ONE*, 13(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195541>
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners* (3^a ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Berge, J. M., Rowley, S., Trofholz, A., Hanson, C., Rueter, M., MacLehose, R. F., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Childhood obesity and interpersonal dynamics during family meals. *Pediatrics*, 134(5), 923–932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1936>
- Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Tserne, T. A., Bakutova, L. A., Pecherkina, A. A., Dorogina, O. I., Martinson, E. A., Vetosheva, V. I., Gubin, D. G., Solovieva, S. V., Turovinina, E. F., & Symanyuk, E. E. (2020). Food addiction and symptoms of depression among inhabitants of the European North of Russia: Associations with sleep characteristics and photoperiod. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 332–342. <https://doi.org/10.1002/erv.2728>
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., & Bakutova, L. A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 671–676. <https://doi.org/10.1002/erv.2644>
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues*, 27(6), 850–881. <https://doi.org/10.1177/0192513X05285296>
- Cathelain, S., Brunault, P., Ballon, N., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). Food addiction: Definition, measurement and limits of the concept, associated factors, therapeutic and clinical implications. *Presse Medicale*, 45(12), 1154–1163. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.014>
- Chao, R. K. (2001). Extending Research on the Consequences of Parenting Style for

- Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72(6), 1832–1843. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00381>
- Cocores, J. A., & Gold, M. S. (2009). The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Medical Hypotheses*, 73(6), 892–899. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.06.049>
- Eisenberg, M. E., Olson, R. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Bearinger, L. H. (2004). Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(8), 792–796. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.792>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180.
- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., & French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009a). Food Addiction: An Examination of the Diagnostic Criteria for Dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 3(1), 60–61. <https://doi.org/10.1080/09595238280000151>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009b). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2), 430–436. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>
- Gearhardt, A. N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 808–816. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.32>
- Gordon, E. L., Ariel-Donges, A. H., Bauman, V., & Merlo, L. J. (2018). What is the evidence for “food addiction?” A systematic review. *Nutrients*, 10(4), 1–30. <https://doi.org/10.3390/nu10040477>
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T., & Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders*, 23(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
- Greer, S. M., Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2013). The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature Communications*, 4, 1–7.

<https://doi.org/10.1038/ncomms3259>

- Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 103–112. <https://doi.org/10.1017/S0029665119001162>
- Hone-Blanchet, A., & Fecteau, S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: Analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*, 85, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2014.05.019>
- Imperatori, C., Fabbriatore, M., Vumbaca, V., Innamorati, M., Contardi, A., & Farina, B. (2016). Food Addiction: Definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista Di Psichiatria*, 51(2), 60–65. <https://doi.org/10.1708/2246.24196>
- Jacobs, M. P., & Fiese, B. H. (2007). Family mealtime interactions and overweight children with asthma: Potential for compounded risks? *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 64–68. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl026>
- Jordan, A. B., Kramer-Golinkoff, E. K., & Strasburger, V. C. (2008). Does Adolescent Media Use Cause Obesity and Eating Disorders? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 19(3), 431–449. https://doi.org/10.1542/9781581104103-does_adolescent
- Kandeger, A., Selvi, Y., & Tanyer, D. K. (2019). The effects of individual circadian rhythm differences on insomnia, impulsivity, and food addiction. *Eating and Weight Disorders*, 24, 47–55. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0518-x>
- Kazdin, A. (2021). *Research Design in Clinical Psychology* (5^a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4^a ed.). Guilford Press.
- Li, J. T. E., Pursey, K. M., Duncan, M. J., & Burrows, T. (2018). Addictive eating and its relation to physical activity and sleep behavior. *Nutrients*, 10(10), 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu10101428>
- Marôco, J. (2021a). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos , software & aplicações* (3^a ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2021b). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Meule, A. (2011). How prevalent is “food addiction”? *Frontiers in Psychiatry*, 2, 2009–2012. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00061>

- Meule, A., & Kübler, A. (2012). Food cravings in food addiction: The distinct role of positive reinforcement. *Eating Behaviors*, *13*(3), 252–255. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.001>
- Mies, G. W., Treur, J. L., Larsen, J. K., Halberstadt, J., Pasma, J. A., & Vink, J. M. (2017). The prevalence of food addiction in a large sample of adolescents and its association with addictive substances. *Appetite*, *118*, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.002>
- Moitra, P., & Madan, J. (2022). Impact of screen time during COVID-19 on eating habits, physical activity, sleep, and depression symptoms: A cross-sectional study in Indian adolescents. *PLoS ONE*, *17*(3 March 2022), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264951>
- Najem, J., Saber, M., Aoun, C., El Osta, N., Papazian, T., & Rabbaa Khabbaz, L. (2019). Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and chronotype: A cross-sectional survey among university students. *Clinical Nutrition*, *39*(2), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.038>
- OERAM. (2021). Estatísticas Gerais da Educação 2019/2020. *Observatório Da Educação Da Região Autónoma Da Madeira*, 1–25. https://www.madeira.gov.pt/Portals/16/Documentos/OERAM/Estatisticas/ESTATÍSTICASGERAISDAEDUCAÇÃO2019_2020.pdf
- OPP. (2021). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário Da República*, *2ª Série*, *134*, 105–116. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/637-2021-167127886>
- Patrão, I., Pimenta, F., Águas, J., & Leal, I. (2020a). Validação: escala de alterações funcionais pelo uso problemático da internet (afupi) para jovens portugueses. *Actas Do 13º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 783–792. <http://hdl.handle.net/10400.12/7614>
- Patrão, I., Pimenta, F., Águas, J., & Leal, I. (2020b). Validação do family assesment device (FAD) numa amostra de jovens portugueses. *Actas Do 13º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 773–781.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, *387*(10036), 2423–2478. <https://doi.org/10.1016/S0140->

- Penzenstadler, L., Soares, C., Karila, L., & Khazaal, Y. (2018). Systematic Review of Food Addiction as Measured with the Yale Food Addiction Scale: Implications for the Food Addiction Construct. *Current Neuropharmacology*, *17*(6), 526–538. <https://doi.org/10.2174/1570159x16666181108093520>
- Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating Behaviors*, *19*, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the yale food addiction scale: A systematic review. *Nutrients*, *6*(10), 4552–4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *26*(1), 53–63. <https://doi.org/10.1111/jhn.12060>
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction. *Food Addiction and Alcoholism*, *17*(July), 198–224. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1956.17.198>
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *615*(1), 12–37. <https://doi.org/10.1177/0002716207308400>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3^a ed.). Porto: Legis Editora.
- Rodrigue, C., Gearhardt, A. N., & Bégin, C. (2019). Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite*, *141*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.034>
- Rose, M. H., Nadler, E. P., & Mackey, E. R. (2018). Impulse Control in Negative Mood States, Emotional Eating, and Food Addiction are Associated with Lower Quality of Life in Adolescents with Severe Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, *43*(4), 443–451. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx127>
- Savage, G., MacFarlane, A., Ball, K., Worsley, A., & Crawford, D. (2007). Snacking behaviours of adolescents and their association with skipping meals. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *4*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-36>
- Schulte, E. M., Jacques-Tiura, A. J., Gearhardt, A. N., & Naar, S. (2018). Food Addiction

- Prevalence and Concurrent Validity in African American Adolescents with Obesity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(2), 187–196. <https://doi.org/10.1037/adb0000325>. Food
- Schulte, E. M., Potenza, M. N., & Gearhardt, A. N. (2017). A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*, 115, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.033>
- Shuvo, S. Das, & Biswas, B. K. (2023). The degree of association between overweight and obesity with the use of electronic media among Bangladeshi adolescents. *PLOS ONE*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280544>
- Siah, P. C., Beng, A., Koe, K., Pang, M. W., Shi, M., Ng, J., Tjin, A., Tan, U., Tunku, A., & Rahman, M. (2018). Parenting styles, food addiction and obesity: A case study of Malaysian Chinese adolescents. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, 6(4), 9–14. www.apjmr.com
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 760–771. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304>
- Skinner, J., Jebeile, H., & Burrows, T. (2021). Food addiction and mental health in adolescents: a systematic review. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 5(10), 751–766. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00126-7)
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 793–801. <https://doi.org/10.1002/eat.22329>
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555–560. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00095-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00095-7)
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.4324/9781315175775>
- Throuvala, M. A., Griffiths, M. D., Rennoldson, M., & Kuss, D. J. (2021). The-Role-of-Recreational-Online-Activities-in-SchoolBased-Screen-Time-Sedentary-Behaviour-Interventions-for-Adolescents-A-Systematic-and-Critical-Literature-

- Review2020International-Journal-of-Mental-Health-and-Ad.pdf. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 1065–1115.
- Tompkins, C. L., Laurent, J., & Brock, D. W. (2017). Food Addiction: A Barrier for Effective Weight Management for Obese Adolescents. *Childhood Obesity*, 13(6), 462–469. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0003>
- Torres, S., Camacho, M., Costa, P., Ribeiro, G., Santos, O., Vieira, F. M., Brandão, I., Sampaio, D., & Oliveira-Maia, A. J. (2017). Psychometric properties of the Portuguese version of the Yale Food Addiction Scale. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 259–267. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0349-6>
- Trofholz, A. C., Tate, A. D., Miner, M. H., & Berge, J. M. (2017). Associations between TV viewing at family meals and the emotional atmosphere of the meal, meal healthfulness, child dietary intake, and child weight status. *Appetite*, 108, 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.018>
- Tserne, T. A., Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Bakutova, L. A., Jongte, L., Trivedi, A. K., Pecherkina, A. A., Dorogina, O. I., Martinson, E. A., Vetosheva, V. I., Gubin, D. G., Solovieva, S. V., Danilova, L. A., Turovinina, E. F., & Symaniuk, E. E. (2021). Food addiction and weight in students with high academic performance. *Public Health Nutrition*, 24(18), 6027–6033. <https://doi.org/10.1017/S1368980021002160>
- Valtier, M. C. G., Ruíz-González, K. J., Pacheco-Pérez, L. A., Santos Flores, J. M., González de la Cruz, P., & Sánchez García, A. B. (2020). Adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes de una preparatoria pública en México. *Enfermería Global*, 19(2), 1–20. <https://doi.org/10.6018/eglobal.370021>
- Valtolina, G. G., & Marta, E. (1998). FAMILY RELATIONS AND PSYCHOSOCIAL RISK IN FAMILIES WITH AN OBESE ADOLESCENT. *Psychological Reports*, 83, 251–260.
- Van Der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., Van Lenthe, F., & Brug, J. (2007). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, 22(2), 203–226. <https://doi.org/10.1093/her/cyl069>
- Verster, J. C., Pandi-Perumal, S. R., & Streiner, D. L. (2008). *Sleep and Quality of Life in Medical Illness*.
- Vik, F. N., Bjørnarå, H. B., Øverby, N. C., Lien, N., Androustos, O., Maes, L., Jan, N., Kovacs, E., Moreno, L. A., Dössegger, A., Manios, Y., Brug, J., & Bere, E. (2013).

- Associations between eating meals, watching tv while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight european countries: The energy cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(58), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-58>
- Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population study. *Pediatrics*, *120*(6), e1520–e1627. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3707>
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, *8*(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Yekaninejad, M. S., Badrooj, N., Vosoughi, F., Lin, C. Y., Potenza, M. N., & Pakpour, A. H. (2021). Prevalence of food addiction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *22*(6), 1–12. <https://doi.org/10.1111/obr.13183>
- Yen, C. F., Hsiao, R. C., Ko, C. H., Yen, J. Y., Huang, C. F., Liu, S. C., & Wang, S. Y. (2010). The relationships between body mass index and television viewing, internet use and cellular phone use: The moderating effects of socio-demographic characteristics and exercise. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(6), 565–571. <https://doi.org/10.1002/eat.20683>
- Young, K. S., & Rogers, R. C. (1998). The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(1), 25–28. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.25>
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, *15*(1), 126–136. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.517>
- Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S., & Wen, D. (2018). Psychosocial correlates of food addiction and its association with quality of life in a non-clinical adolescent sample. *Nutrients*, *10*(7). <https://doi.org/10.3390/nu10070837>
- Ziauddeen, H., & Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? *Obesity Reviews*, *14*(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x>

ANEXOS

Anexo A: Revisão alargada de literatura

Adolescência: uma fase de mudança e o seu impacto no comportamento alimentar

A relação entre a saúde mental na adolescência e o comportamento alimentar nesta fase do ciclo de vida, tem sido cada vez mais estudada. A adolescência caracteriza-se por ser um período de transição entre a vida infantil e adulta, envolvendo assim alterações a nível psicodesenvolvimental e comportamental, o que se traduz num período de instabilidade e desregulação (Skinner et al., 2021). Neste sentido, os jovens apresentam impulsos e movimentos em busca de independência e relações sociais, principalmente com os pares, o que pode influenciar a adoção de um comportamento alimentar menos saudável (Patton et al., 2016), uma vez que as refeições fora de casa apresentam maiores níveis de gordura, como é o caso do consumo de *fast-food* (French et al., 2001). Assim, nesta procura e ganho de maior autonomia, ocorre também um maior número de refeições fora de casa e uma maior autonomia nas escolhas alimentares, as quais os adolescentes nem sempre têm estrutura para realizar, originando em certos casos, dependência de comida, más escolhas alimentares e problemas ao nível do comportamento alimentar (Patton et al., 2016; Skinner et al., 2021). Deste modo, a adolescência relaciona-se com o aparecimento de comportamentos alimentares desregulados, havendo nesta fase um maior risco de desenvolvimento de patologia alimentar, como é o caso das Perturbações Alimentares (Anorexia e Bulimia Nervosa). Assim, os sintomas (cognitivos e comportamentais) associados a comportamentos alimentares desadequados, iniciam-se maioritariamente na adolescência, prolongando-se para a vida adulta (Slane et al., 2014).

Posto isto, a fase da adolescência associa-se a diversas complicações, como é o caso de problemas ao nível da saúde mental, comportamentos alimentares desregulados e pouco saudáveis, assim como o consumo de substâncias. Deste modo, os adolescentes são um grupo que apresenta maior vulnerabilidade e probabilidade de desenvolver dependência de comida, pelo que é importante estudar estas questões nesta fase do ciclo de vida (Skinner et al., 2021).

Dependência de comida: origem de um fenómeno clínico sem critérios de diagnóstico

O termo “vício” é vulgarmente utilizado, embora atualmente ainda não haja consenso sobre a sua definição (Gordon et al., 2018). Assim, surgiram duas linhas de

investigação, que visam compreender o quão viciante os alimentos podem ser. Neste sentido, primeiramente, a investigação focou-se na composição química dos alimentos, surgindo assim o termo “dependência de comida” (“*food addiction*”), que indica que o vício é em alimentos específicos e não no comportamento. Por outro lado, uma segunda corrente de investigação, contrária à anterior, postula que o vício se centra no comportamento alimentar e não nos alimentos, sendo este termo intitulado de “dependência alimentar” (“*eating addiction*”), ou seja, esta concetualização defende que o vício incide no ato de comer e não nos alimentos em si. Contudo, este último termo tem recebido críticas, uma vez que não consegue distinguir de forma clara tais comportamentos alimentares viciantes, de outras Perturbações Alimentares, como é o caso da Bulimia Nervosa e da Perturbação de Ingestão Compulsiva. Deste modo, tem sido questionada a pertinência clínica do termo “dependência alimentar”, pelo que, o termo “dependência de comida” tem recebido maior ênfase clínico e científico (Hauck et al., 2020; Schulte et al., 2017).

O termo “dependência de comida” é utilizado com o intuito de caracterizar um comportamento alimentar específico, sendo este um padrão de consumo alimentar excessivo e desregulado (Gearhardt et al., 2009; Hauck et al., 2020; Hone-Blanchet & Fecteau, 2014), podendo este ser definido como uma vontade incontrolável de ingerir alimentos específicos com elevados níveis de açúcar e/ou gordura, o que se traduz num elevado porte calórico quando comparado com as necessidades energéticas precisas para a homeostase (Najem et al., 2019). Adicionalmente, a dependência de comida, caracteriza-se também por ter presente uma vontade intensa de ingerir um alimento específico que assim que ingerido apenas aliviará esse desejo, o que se distingue da fome, uma vez que esta se alivia pela ingestão de diversos alimentos não específicos (Hone-Blanchet & Fecteau, 2014). Assim, o termo dependência de comida, surgiu devido ao comportamento aditivo que se começou a verificar (Najem et al., 2019), sendo este semelhante ao abuso de substâncias, no que concerne ao nível fisiológico, comportamental e cognitivos (Borisenkov et al., 2018). Neste sentido, as publicações e pesquisas sobre este conceito têm aumentado nos últimos anos (Kandeger et al., 2019; Pursey et al., 2014), contribuindo assim para novos métodos e conhecimento, os quais indicam existir evidência biológica e comportamental, tanto em humanos como em animais (Gearhardt et al., 2009; Hauck et al., 2020).

Posto isto, o conceito de dependência de comida, teve origem a partir dos critérios de diagnóstico de Perturbação por Uso de Substâncias, presentes na 4ª edição do

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, texto revisto (DSM-IV-TR), sendo esta perturbação descrita como uma manifestação de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, que ocorrem devido ao consumo persistente de determinada substância, independentemente das consequências associadas a este consumo (American Psychiatric Association, 2000). Neste sentido, embora a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), ainda não reconheça a dependência de comida como uma perturbação (Hone-Blanchet & Fecteau, 2014; Najem et al., 2019), continua a usar-se os critérios de diagnóstico para a Perturbação por Uso de Substâncias. Assim, estes 11 critérios, organizam-se em 4 grupos: grupo A que se caracteriza pelo reduzido controlo do uso da substância (consumo frequente da substância em quantidades elevadas ou por um longo período (perda de controlo), tentativas ou desejos ineficazes de reduzir o consumo da substância, muito tempo despendido no consumo, aquisição ou recuperação da substância, e quase todas as atividades quotidianas são geridas de acordo com a substância); grupo B que se caracteriza pelo prejuízo social (uso prolongado de uma substância pode gerar insucesso no cumprimento de obrigações, uso contínuo da substância mesmo existindo frequentemente problemas sociais ou interpessoais, e abandono ou redução de atividades quotidianas de âmbito pessoal e social); grupo C que se caracteriza pelo risco do uso da substância (uso frequente da substância num contexto de risco à integridade física e uso frequente da substância mesmo havendo problemas físicos e psicológicos); grupo D que se caracteriza pelos critérios farmacológicos (tolerância e abstinência). Posto isto, relativamente à gravidade, esta classifica-se em 3 níveis: leve onde estão presentes dois ou três sintomas; moderada onde estão presentes quatro ou cinco sintomas; e grave onde estão presentes seis ou mais sintomas (APA, 2014). Assim sendo, a avaliação de dependência de comida passou a ser realizadas através de critérios estabelecidos, de modo a garantir que esta avaliação fosse mais uniforme e apresentasse resultados possíveis de comparar entre estudos (Hauck et al., 2020).

Seguindo esta linha de pensamento, é possível explorar alguns destes critérios, relativamente à dependência de comida. Assim, no que concerne à tolerância, os estudos indicam que quando um alimento é consumido, são desencadeadas respostas biológicas que preparam o corpo para a sua digestão. Deste modo, o corpo recebe estímulos que originam uma resposta compensatória parecida ao que acontece quando consumida uma substância de abuso, sendo que neste caso os níveis de glicose diminuem, podendo assim ser necessário um consumo mais elevado de açúcar para que os efeitos desejados sejam

alcançados. Neste sentido, estudos realizados com pacientes diagnosticados com Bulimia Nervosa, indicam que quanto mais prolongada é a doença, maior a frequência dos episódios de compulsão alimentar, assim como maior a quantidade de comida ingerida durante estes episódios. Contudo, é ainda necessária mais evidência científica para compreender se a tolerância se associa a alimentos específicos com potencial aditivo, como é o caso do açúcar, ou se o mesmo processo ocorre com outro tipo de alimentos considerados saudáveis, como por exemplo, frutas e vegetais (Gearhardt et al., 2009).

Relativamente à abstinência, a literatura afirma que quando a ingestão alimentar é restringida, os níveis de açúcar baixam (hipoglicemia), podendo ocorrer episódios de mal-estar ou desmaio. Neste sentido, semelhante ao que ocorre no consumo de substâncias, no caso da dependência de comida, os níveis de açúcar baixam, o que desencadeia desejos intensos por comida, o que vulgarmente conotamos como recaídas, ocorrendo assim alterações fisiológicas (Gearhardt et al., 2009).

Na perda de controlo, estes episódios são caracterizados por uma ingestão rápida, comer desmedidamente até sentir desconforto, comer sem sentir fome, comer isolado, e após estes episódios de exagero sentir culpa e repulsa. Assim, estes episódios ocorrem muitas vezes devido à ingestão de alimentos percebidos pelos indivíduos como proibidos devido ao seu elevado porte calórico. Embora os episódios de compulsão alimentar ocorram maioritariamente em indivíduos com bulimia nervosa, os mesmos também se verificam em indivíduos não clínicos, tanto com um peso normativo, como com excesso de peso (Gearhardt et al., 2009).

Em relação às tentativas ou desejos ineficazes de reduzir o consumo, no caso da dependência de comida, relaciona-se sobretudo com as dietas. Os estudos indicam que a vontade de reduzir a ingestão de certo de tipo de alimentos ou a quantidade de comida, começa cedo, uma vez que 37% das crianças que se encontram no ensino básico indica realizar dieta com a intenção de perder peso. De igual modo, cerca de 83% dos indivíduos que já realizaram um tratamento de perda de peso, acabaram por recuperar o peso perdido num período de cinco anos, pelo que este critério de diagnóstico é facilmente atendido (Gearhardt et al., 2009). Deste modo, uma revisão de literatura realizada em 2021, indica que este foi o critério mais relatado pelos adolescentes. Adicionalmente, sabe-se que uma dieta realizada durante a adolescência que não é acompanhada profissionalmente, associa-se à compulsão alimentar. Assim, compreende-se que aproximadamente metade dos adolescentes com comportamento alimentar desadequado, preenchem os critérios de diagnóstico referidos e estejam em programas de obesidade (Skinner et al., 2021).

No que diz respeito ao excessivo tempo despendido no consumo, aquisição ou recuperação, por norma alimentos com elevado porte calórico são de fácil acesso, discutindo-se por isso atualmente, se este critério se aplica à dependência de comida. Contudo, independentemente da facilidade de acesso, um indivíduo pode percorrer um longo percurso e por isso despende muito tempo na aquisição de um certo alimento. De igual modo, a recuperação também implica tempo, principalmente na questão das dietas e restrições alimentares que se realizam após episódios repetidos de dependência de comida que resultaram em alterações corporais. Mas, as consequências das quais as pessoas tentam recuperar não são apenas físicas, existem também consequências emocionais provocadas pela dependência de comida, que muitas vezes resultam em problemas psicológicos e causam sofrimento (Gearhardt et al., 2009).

No que confere ao desinteresse por atividades quotidianas, este critério relaciona-se sobretudo com o excesso de peso e obesidade, uma vez que se associam a baixos níveis de atividade física, assim como atividades sociais e relacionais. Assim, quando comparados indivíduos com um peso saudável e indivíduos com excesso de peso ou obesidade, se para obter um alimento menos saudável é necessário elevado trabalho, os indivíduos com um peso saudável optam por outros alimentos mais acessíveis, enquanto que os indivíduos com um excesso de peso ou obesidade, acabam por fazer maior esforço para alcançar os alimentos menos saudáveis. Assim, embora indivíduos com excesso de peso ou obesidade, se envolvam menos em atividades que exigem esforço físico, quando a questão é alcançar um alimento menos saudável, isto não se verifica de forma tão linear. Deste modo, o desejo de consumir alimentos menos saudáveis é tão motivador, que se torna uma periodicidade em comparação com outras atividades relevantes. No entanto, é ainda necessária mais evidência científica para compreender de que modo a dependência de comida começa a substituir tarefas quotidianas relevantes (Gearhardt et al., 2009).

Em relação à perseverança do consumo, apesar de haver conhecimento dos sintomas físicos e psicológicos negativos, as pessoas continuam a ingerir alimentos de elevado porte calórico, como é o caso da obesidade que se associa a problemas graves prejudiciais para a saúde, como por exemplo, diabetes e doenças cardíacas. Mas, a obesidade não se associa apenas a problemas de saúde, associa-se também a estigmas sociais. Assim, embora sejam explícitas as consequências negativas do consumo de certos alimentos, a sua ingestão persiste, o que se verifica num estudo em que parte dos participantes tiveram de ser retirados do mesmo, uma vez que não conseguiram abster-se do consumo temporário de chocolate (Gearhardt et al., 2009).

Não obstante, embora a dependência de comida ainda não seja reconhecida pela 5ª versão do DSM como uma perturbação do tipo aditivo (Najem et al., 2019; Skinner et al., 2021), principalmente devido ao facto das escassas evidências empíricas e à dificuldade de definição, esta discussão mantém-se (Cathelain et al., 2016; Gordon et al., 2018). Deste modo, o construto de dependência de comida gera controvérsia na comunidade científica, uma vez que esta se divide em classificar esta problemática como sendo uma doença do foro neuropsiquiátrico, como sendo simplesmente a manifestação de comportamentos e escolhas, ou como sendo a junção de ambas (Gordon et al., 2018; Najem et al., 2019; Skinner et al., 2021). Além disto, diversas questões têm sido colocadas acerca deste conceito, como o caso da tolerância e abstinência serem difíceis de despistar no caso da dependência de comida, uma vez que estas são similares à fome e à saciedade, aspetos fisiológicos típicos do normal processo alimentar (Borisenkov et al., 2020).

Seguindo esta linha de pensamento, o termo dependência de comida tem adquirido pertinência clínica, tendo sido assim sentida a necessidade de criar um instrumento que fosse capaz de avaliar este conceito, de modo a evitar a utilização de instrumentos sem evidência científica (Pursey et al., 2014). Assim, estudos iniciais utilizavam a autoidentificação e autorrelato como meio de estudo da dependência de comida (Gordon et al., 2018), o que podia enviesar os resultados dos mesmos, uma vez que alguém viciado em comida pode não ter essa perceção, assim como ser viciado em comida é uma expressão utilizada recorrentemente culturalmente (Gearhardt et al., 2009). Por conseguinte, foi assim desenvolvida a *Yale Food Addiction Scale* (YFAS), que se rege de acordo com os critérios de diagnóstico de Perturbação por Uso de Substâncias, presentes no DSM-IV-TR. Estes critérios perfazem assim um diagnóstico provisório, do conceito de dependência de comida (Najem et al., 2019; Yekaninejad et al., 2021). Neste sentido, a YFAS surge igualmente pelo facto do diagnóstico de dependência de comida ser realizado com base nos critérios de Perturbação por Uso de Substâncias, sendo assim necessário ter especial cuidado quando estes são aplicados à componente alimentar, o que faz com que o desenvolvimento desta escala tenha encarado diversas limitações. Não obstante, discute-se se a YFAS cumpre o seu propósito relativamente à dependência de comida, uma vez que o seu enfoque incide no fenótipo (Ziauddeen & Fletcher, 2013).

Um padrão alimentar aditivo: alimentos com elevada palatabilidade

Nos últimos anos, tem havido um crescimento e interesse científico sobre a adição alimentar em alimentos com elevado porte calórico e altamente palatáveis (Skinner et al.,

2021). Adicionalmente, é igualmente importante referir que ao longo dos anos os padrões de alimentação têm sofrido alterações um pouco por todo o mundo, havendo assim um aumento no consumo de alimentos menos saudáveis e pobres em nutrientes, como é o caso de alimentos com elevados níveis de açúcar, gordura e sal (Patton et al., 2016). De igual modo, é ainda importante mencionar que uma adição em comida, desencadeia um conjunto de comportamentos e cognições, que espelham modelos alimentares desadaptativos similares a um vício (Hauck et al., 2020).

Em 1956, Randolph afirmou que consumir certo tipo de alimentos com regularidade, desencadeia um padrão de sintomas similar aos processos aditivos. Assim, teorizou-se que alimentos com elevado porte calórico, principalmente com elevados níveis de açúcar, apresentam uma maior probabilidade de serem potencialmente aditivos, aumentando os níveis de dopamina extracelular (Najem et al., 2019). Posto isto, existe assim uma componente biológica presente na dependência de comida, havendo a ativação dos circuitos de dopamina e opiáceos, através de certos alimentos e drogas (Gearhardt et al., 2009), pelo que, há uma maior ativação dos circuitos de recompensa e uma menor das regiões inibitórias (Cathelain et al., 2016). Neste sentido, este tipo de alimentos estimula as vias de recompensa cerebrais, promovendo assim um consumo alimentar excessivo, assim como sintomatologia referente à abstinência (Najem et al., 2019). Assim sendo, a literatura revela existir cada vez mais uma associação entre indivíduos com perturbações alimentares e que apresentam igualmente alterações comportamentais e neuroquímicas, sendo estas comparáveis a outros processos aditivos (Meule, 2011; Najem et al., 2019). Deste modo, indivíduos com dependência de comida, não conseguem parar de ingerir alimentos hiperpalatáveis, apesar das advertências e consequências negativas, tanto a nível emocional como físico (Najem et al., 2019; Tserne et al., 2021), o que pode explicar a ineficácia e fracasso de alguns programas de perda de peso (Pursey et al., 2014).

Posto isto, o açúcar é o componente mais estudado na problemática da dependência de comida (Gearhardt et al., 2009), havendo estudos que demonstram que indivíduos com dependência de comida, apresentam uma adição significativa a alimentos com açúcar e gordura (Ayaz et al., 2018). Adicionalmente, estudos com animais, demonstram que ratos com acesso intervalado a açúcar e ração, revelam tanto alterações comportamentais como neuroquímicas, as quais são semelhantes à dependência de drogas (Avena et al., 2008). De igual modo, percebeu-se que ratos que consumiam sacarose de forma intermitente, aumentaram em três vezes o consumo regular de açúcar, o que pode ser provocado pela tolerância desenvolvida ao açúcar. Adicionalmente, descobriu-se que

quando os animais consumiam regularmente açúcar e posteriormente os mesmos eram impedidos de o fazer, a sua temperatura corporal reduzia e geravam-se alterações a nível comportamental, característico da abstinência. Ainda, descobriu-se que ratos viciados em açúcar, apresentam maior predisposição para consumir outras substâncias aditivas. Em oposição, os estudos indicam que alimentos com elevada gordura e/ou açúcar, são maioritariamente consumidos na infância, ao contrário de outras substâncias aditivas, como é o caso do álcool e nicotina, que por norma é iniciado na adolescência. Assim, postula-se que uma vez que o açúcar e/ou gordura começam a ser consumidos desde cedo, quando chegada a adolescência, a tolerância é elevada (Gearhardt et al., 2009).

De igual modo, o sal tem também impacto na vida dos jovens, uma vez que estes tendem a consumi-lo de forma mais elevada, em comparação com adultos, o que vai ao encontro de outras substâncias também experimentadas nesta fase do ciclo de vida, como é o caso da nicotina e do álcool. Adicionalmente, o facto dos jovens terem nesta fase do ciclo de vida mais autonomia e independência, faz com que progressivamente consumam mais refeições fora de casa e com maiores níveis de sal. Neste sentido, a literatura afirma que quanto maior a exposição sensorial, maior o apetite, o que se verifica nos jovens e adultos, em detrimento das crianças. Em adição, as opções alimentares na infância têm impacto nas opções alimentares nas fases futuras, pelo que quanto mais uma criança é exposta a alimentos salgados, maior a probabilidade desta consumir alimentos salgados na fase da adolescência e adulta, sendo que os estudos afirmam que esta preocupação deve começar nas gestantes, uma vez que o consumo de sal por parte da progenitora tem impacto no feto ainda em ambiente intra-uterino. Posto isto, a comida salgada pode criar dependência devido ao seu efeito aditivo, uma vez que estimula os recetores de dopamina e opiáceos, o que desencadeia uma sensação de recompensa e não de apreciação do alimento. Assim, a comida salgada tem um efeito imediato no paladar, transmitindo uma sensação rápida de prazer em vez de degustação, o que faz com que este tipo de alimentos estimule o apetite e contribua para o excesso de peso e obesidade (Cocores & Gold, 2009).

Deste modo, existem diversos ingredientes considerados “hiperpalatáveis”, e por isso com elevado potencial viciante que podem gerar alterações no comportamento alimentar, contribuindo assim para a obesidade (Meule, 2011; Skinner et al., 2021). Assim, estes ingredientes são o açúcar (e.g., chocolate), o sal (e.g., batatas fritas), aditivos (e.g., molhos), energéticos (e.g., bebidas), com elevada gordura (e.g., bolachas), e muito processados (e.g., *fast-food*) (Ayaz et al., 2018; Borisenkov et al., 2020; Meule, 2011; Tserne et al., 2021). Posto isto, indivíduos que apresentam dependência de comida,

consomem mais alimentos processados, assim como com elevados níveis de açúcar, gordura e sal (Cathelain et al., 2016). Adicionalmente, a literatura afirma que adolescentes mesmo sabendo dos prejuízos a longo prazo para a saúde, continuam a consumir alimentos menos saudáveis (Najem et al., 2019).

Não obstante, atualmente discute-se sobre quais alimentos originam de facto dependência de comida (Borisenkov et al., 2020; Gordon et al., 2018; Schulte et al., 2017), uma vez que muitos deles são manipulados de forma intencional, desencadeando assim alterações neurais que originam sintomas como tolerância e abstinência (Gearhardt et al., 2009). De igual modo, são ainda escassas as evidências de que os alimentos possam de facto conter uma substância viciante (Hauck et al., 2020).

O fenótipo da Dependência de Comida: a semelhança com a dependência de substâncias e a distinção de Perturbações Alimentares

Evidência científica atual revela a ideia da possível existência de um fenótipo específico da dependência de comida, sendo ainda necessária mais investigação neste campo (Najem et al., 2019; Ziauddeen & Fletcher, 2013). Assim, estudos recentes baseados na neuroimagem, indicam haver aspetos idênticos neurobiológicos e comportamentais, entre a adição em substâncias e alimentos hiperpalatáveis (Cathelain et al., 2016; Kandeger et al., 2019), existindo assim semelhanças neurais entre ambas (Gearhardt et al., 2011). Por oposição, a literatura revela ainda que através da neuroimagem, é possível verificar aspetos distintos nas respostas neurais entre a dependência de comida e os Perturbações Alimentares, indicando assim que o fenótipo da dependência de comida se associa mais a uma dependência, do que a uma Perturbação Alimentar (Hauck et al., 2020). Deste modo, é importante referir que o fenótipo da dependência de comida apresenta características diferentes da Perturbação de Ingestão Compulsiva (Hauck et al., 2020), assim como da Obesidade (Hone-Blanchet & Fecteau, 2014; Pursey et al., 2014; Ziauddeen & Fletcher, 2013).

Seguindo esta linha de pensamento, é pertinente destacar que os conceitos de dependência de comida e de Perturbação de Ingestão Compulsiva são distintos, embora apresentem alguns sintomas semelhantes, como a falta de controlo (Gordon et al., 2018). Deste modo, ao contrário da dependência de comida, a Perturbação de Ingestão Compulsiva está presente no DSM-5, caracterizando-se assim pela ingestão de uma quantidade elevada de alimento, num determinado período, havendo assim uma sensação de falta de controlo, o que faz com que a pessoa coma até se sentir desconfortavelmente

cheia. Estes episódios caracterizam-se ainda por haver uma ingestão mais rápida do que o normal, muitas vezes, na ausência de fome. Neste sentido, após um episódio de compulsão alimentar, as pessoas tendem a sentir sofrimento psicológico (APA, 2014). Posto isto, é possível compreender que ambos os conceitos se distinguem, principalmente, pela questão da tolerância que ocorre na dependência de comida, mas não está presente na Perturbação de Ingestão Compulsiva (APA, 2014). Assim sendo, atualmente, devido às diferenças neurais, postula-se que a Perturbação de Ingestão Compulsiva é uma perturbação psicocomportamental, enquanto que a dependência de comida revela uma base biológica (Hauck et al., 2020). De igual modo, uma vez que os estudos de dependência de comida ainda são escassos, surgem diversas hipóteses, entre elas, a possibilidade da dependência de comida ser uma expressão extrema de compulsão alimentar periódica (Najem et al., 2019). Adicionalmente, postula-se ainda a possibilidade de existir uma problemática de abuso alimentar, tanto como um período transitório para a dependência de comida, como um padrão de menor gravidade de perturbação alimentar (Ziauddeen & Fletcher, 2013).

Deste modo, são essenciais novos estudos para que haja uma melhor compreensão da relação entre dependência de comida e Perturbação de Ingestão Compulsiva (Hauck et al., 2020), uma vez que a Obesidade é a Perturbação Alimentar que atualmente apresenta mais estudos de neuroimagem na tentativa de se comparar as suas respostas neurais com as da dependência de comida (Pursey et al., 2014).

Prevalência da dependência de comida: percentil de peso, sexo e idade

Em 2011, a prevalência de dependência de comida a nível mundial, era de aproximadamente 10%, independentemente do peso apresentado (Meule, 2011). Contudo, em 2014, a prevalência aumentou consideravelmente para 19,9%, sendo maior em amostras adultas, com obesidade e em raparigas/mulheres (Pursey et al., 2014). Neste sentido, em 2016, foi possível constatar que a dependência de comida apresentava valores mais elevados em indivíduos com outros Perturbações Alimentares e não apenas na obesidade. Assim, embora os valores mencionados anteriormente sejam alarmantes, os estudos em adolescentes são ainda escassos, pelo que a prevalência obtida apresenta um intervalo muito grande (i.e., 7,2%-29%), não sendo possível afirmar com confiança a prevalência da dependência de comida sobre esta fase do ciclo de vida (Imperatori et al., 2016). Em adição, segundo Borisenkov et al. (2018), na Europa e nos EUA, a prevalência de dependência de comida em crianças e em adolescentes não é tão elevada, encontrando-

se entre 3%-9%. Posto isto, estudos recentes, confirmam que atualmente a prevalência de dependência de comida se mantém elevada e associada a indivíduos com maior IMC e Perturbações Alimentares (Penzenstadler et al., 2018).

Neste seguimento, em 2021, através de uma revisão sistemática, foi possível constatar que a prevalência de dependência de comida em adolescentes apresenta um intervalo muito grande entre 2.6% e 49.9% (Skinner et al., 2021). Contudo, também em 2021, outra revisão sistémica e meta-análise, constatou que a prevalência de dependência de comida em crianças e adolescentes, se encontrava em 15%. Adicionalmente, compreendeu-se que esta prevalência é mais elevada em crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade, sendo a mesma de 19%, em comparação com uma amostra comunitária (i.e., uma amostra que inclui participantes com diferentes pesos) de crianças e adolescentes que apresenta valores de 12% (Yekaninejad et al., 2021). Assim sendo, é possível afirmar que adolescentes com dependência de comida apresentam um IMC mais elevado, em comparação com adolescentes sem dependência de comida (Rodrigue et al., 2019; Skinner et al., 2021; Zhao et al., 2018). Segundo Tompkins et al. (2017), 30.7% dos adolescentes que têm obesidade apresentam critérios de dependência de comida, o que torna a relação entre dependência de comida e excesso de peso unânime na maioria dos estudos (Borisenkov et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Gearhardt et al., 2011; Mies et al., 2017; Schulte et al., 2018; Tserne et al., 2021). Não obstante, apenas Siah et al. (2018), não encontraram relação entre dependência de comida e o IMC, em adolescentes.

Contudo, embora alguns estudos afirmem existir uma relação positiva entre o IMC e dependência de comida em adolescentes, a mesma precisa de ser mais estudada (Gearhardt et al., 2011; Meule & Kübler, 2012), uma vez que, segundo Gearhardt et al. (2011), por vezes a avaliação da dependência de comida através da YFAS, ocorre antes de se manifestar o aumento de peso, o que pode enviesar os resultados dos estudos (Gearhardt et al., 2011). Assim, a YFAS por vezes é utilizada antes de haverem manifestações clínicas (Borisenkov et al., 2018).

De acordo com literatura recente, não foram encontrados resultados significativos entre dependência de comida e sexo, em adultos (Grammatikopoulou et al., 2018; Najem et al., 2019), assim como em crianças e adolescentes (Yekaninejad et al., 2021). Assim, embora as Perturbações Alimentares apresentem maior prevalência nas raparigas/mulheres, o mesmo parece não acontecer na dependência de comida (Yekaninejad et al., 2021). Contudo, a literatura não é consistente na ideia de que o sexo prediz de forma significativa a dependência de comida, uma vez que existem estudos que

afirmam que são as raparigas/mulheres que apresentam maiores níveis de dependência de comida (Ayaz et al., 2018; Borisenkov et al., 2018; Cathelain et al., 2016; Pursey et al., 2014; Skinner et al., 2021). Assim, segundo Skinner et al., (2021), para além da dependência de comida ser mais elevada em raparigas/mulheres, também são estas que são mais propensas a realizar dieta e a restringir o consumo doces e/ou alimentos com gordura, em comparação com os homens.

A relação entre dependência de comida e excesso de peso pode ainda diferenciar-se consoante a idade. Adolescentes entre os 17-18 anos, apresentam um aumento significativo na prevalência de dependência de comida, sendo o valor máximo desta prevalência atingido por volta dos 19-20 anos (Borisenkov et al., 2020; Mies et al., 2017). De igual modo, a literatura afirma que quanto maior a idade, maior a dependência de comida, uma vez que os adolescentes apresentam uma gravidade de diagnóstico leve ou moderada, enquanto que os adultos são mais comumente classificados como grave. Adicionalmente, os estudos indicam que o mesmo se verifica dentro da adolescência, uma vez que a dependência de comida é mais elevada em adolescentes mais velhos, em comparação com adolescentes mais novos (Mies et al., 2017; Valtier et al., 2020). Este fenómeno pode relacionar-se com a entrada no ensino superior que implica maior carga horária e, por vezes, mudanças do estilo de vida (e.g., estudo para exames e deslocamento para outra cidade longe da família). Todos estes fatores geram maiores níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos, o que resulta por vezes em dependência de comida, como forma de tentar atenuar estes sintomas (Quick & Byrd-Bredbenner, 2013).

Assim, a relação entre dependência de comida e idade, não é clara. Neste sentido, há literatura que indica que a idade prediz a dependência de comida (Skinner et al., 2021), tanto em adolescentes previamente diagnosticados com perturbação alimentar (Cinelli et al., 2020), como sem qualquer diagnóstico clínico (Borisenkov et al., 2018). Assim, os comportamentos alimentares aditivos revelam maior expressão no fim da adolescência, o que corresponde ao período de transição para a fase adulta. Deste modo, quanto mais cedo se identificam sintomas de dependência de comida, maior a sua importância para a intervenção, uma vez que os hábitos alimentares são incutidos desde a infância (Skinner et al., 2021). Mas, em oposição, existem estudos que indicam que não foram encontrados resultados significativos entre a dependência de comida em crianças e adolescentes e a idade (Yekaninejad et al., 2021).

Por fim, é relevante referir que devido ao facto da prevalência de comida ser considerável na fase da adolescência, isto pode sustentar que os adolescentes não têm

ainda estrutura e ferramentas para conseguirem de forma eficaz lidar com esta problemática e saberem fazer boas escolhas alimentares (Skinner et al., 2021).

O impacto das refeições em família e com tecnologia, na dependência de comida

As refeições em família, refletem muitas vezes o funcionamento familiar, pois muitas características da rotina familiar são espelhadas no planeamento e na realização das refeições familiares (Rhee, 2008). Deste modo, os estudos indicam que realizar refeições em família beneficia os adolescentes, proporcionando-lhes rotina e consistência, melhores hábitos alimentares, união familiar (Eisenberg et al., 2004), assim como redução dos níveis de stress (Fulkerson et al., 2006). Assim, realizar refeições familiares é uma ação relevante para a saúde e bem-estar dos adolescentes (Eisenberg et al., 2004; Fulkerson et al., 2006), tendo um impacto positivo no seu peso. Neste sentido, as refeições familiares associam-se a uma reduzida prevalência de excesso de peso (Sen, 2006), assim como a um consumo alimentar mais saudável. Adicionalmente, o exemplo dos pais durante a refeição influencia os hábitos alimentares dos filhos (Rhee, 2008). Contudo, apenas aproximadamente 30% dos adolescentes realiza 7 ou mais refeições semanais familiares (Eisenberg et al., 2004).

Num estudo de Wattick e Olfert (2022), onde 70,7% dos participantes apresenta dependência de comida acentuada, 14,6% moderada e 14,6% leve, os participantes afirmam que tanto as práticas das refeições familiares, como as restrições alimentares impostas pelos pais, têm impacto na sua dependência de comida.

Posto isto, as refeições familiares podem ser uma boa solução para a redução de utilização de tecnologia durante as refeições (Vik et al., 2013), uma vez que as mesmas proporcionam uma melhor comunicação e união familiar, o que por sua vez gera nos adolescentes uma melhor relação com a comida (Eisenberg et al., 2004; Fulkerson et al., 2006), assim como um percentil de peso mais baixo (Berge et al., 2014). Neste sentido, a literatura afirma que utilizar recorrentemente tecnologia no decorrer das refeições em família, tem impacto na alimentação, gerando uma maior e pior ingestão alimentar, mesmo que não se esteja a tomar atenção ao conteúdo fornecido pelos dispositivos tecnológicos (Berge et al., 2014; Trofholz et al., 2017).

Adicionalmente, a utilização de tecnologia durante as refeições, desencadeia emoções referentes ao conteúdo exibido, o que gera desatenção à comida e, por sua vez, leva à ingestão de uma maior quantidade de comida, sendo a perceção de saciedade alterada. Neste sentido, adolescentes que assistem a televisão enquanto comem, acabam

por comer mais, o que era espectável uma vez que visualizar televisão se associa ao consumo de *snacks* (Savidge et al., 2007). Para além disto, utilizar tecnologia às refeições pode fazer com que a publicidade à alimentação menos saudável, seja prejudicial às escolhas alimentares (Vik et al., 2013), uma vez que cada vez mais o marketing incide sobre alimentos processados e com elevado porte calórico (Patton et al., 2016).

Alterações funcionais pelo uso problemático da internet e dependência de comida

As alterações funcionais pelo uso problemático da internet são uma realidade que está a aumentar na sociedade contemporânea (Patrão et al., 2020). A utilização de internet por parte de adolescentes, provoca alterações funcionais no seu quotidiano, retirando-lhes tempo para diversas tarefas diárias. Assim, a utilização de tecnologia pelos adolescentes tem um impacto negativo no seu rendimento escolar, nos seus laços familiares, na sua autorregulação (Young & Rogers, 1998), assim como diminui o tempo para a prática de atividade física, aumenta a privação de sono, e provoca alterações ao nível da alimentação, como por exemplo, maior ingestão de calorias e maior exposição à publicidade que pode conter anúncios de alimentação menos saudável (Yen et al., 2010). Neste sentido, o sedentarismo é, por vezes, o resultado do uso excessivo de internet, o que condiciona o tempo dos jovens, impedindo-os de realizar simples tarefas e gerando problemas de peso, o que pode progredir para a vida adulta (Throuvala et al., 2021).

Segundo, Shuvo e Biswas (2023), em adolescentes do Bangladesh, o uso de internet relaciona-se com maus hábitos alimentares, o que pode estar relacionado com o aumento do sedentarismo. De igual modo, a utilização de internet pode levar a piores escolhas alimentares, assim como ao consumo de comida menos saudável durante a sua utilização, como por exemplo, *fast food* e refrigerantes (Jordan et al., 2008; Shuvo & Biswas, 2023). Adicionalmente, a privação de sono está também associada ao uso de internet e problemas alimentares, na medida em que dormir pouco modifica os padrões de consumo alimentar, o que pode estar associado aos níveis de cortisol. Além disso, a privação de sono pode gerar maiores níveis de stress, os quais os adolescentes tentam colmatar através da ingestão de comida pouco saudável (Jordan et al., 2008).

A qualidade do sono e dependência de comida

A dependência de comida tem impacto na qualidade do sono, sendo o seu efeito prejudicial (Najem et al., 2019). Neste sentido, a alimentação noturna relaciona-se tanto

com a dependência de comida, como com a pior qualidade do sono (Li et al., 2018; Najem et al., 2019; Nolan & Geliebter, 2016). Não obstante, é possível verificar que existe uma relação mútua entre dependência de comida e insônia, uma vez que alguns estudos alertam para o facto de que também a insônia afeta a dependência de comida, pois indivíduos com insônia apresentam um maior desejo de comer, sendo que no dia seguinte existe uma maior probabilidade de comprarem alimentos (Greer et al., 2013).

Estudos atuais revelam que adolescentes com dependência de comida e adolescentes com sintomas depressivos, apresentam algumas características do ciclo circadiano semelhantes. Assim sendo, quanto mais tarde os adolescentes se deitam e quanto mais tarde amanhece, é mais provável que os adolescentes apresentem sintomas depressivos e dependência de comida. Por outras palavras, uma maior dependência de comida está associada a uma amanhecer mais tardio, ou seja, quanto mais tarde os adolescentes se deitam após o pôr-do-sol, maior a prevalência de dependência de comida. Neste sentido, quanto menos o adolescente se expõe à luz solar, maiores serão os problemas relativamente à dependência de comida, pelo que a hora a que se deita está diretamente relacionada. Assim, adolescentes que acordam tarde, não tomam o pequeno-almoço e ingerem muito alimento à noite, aumentam o risco de desenvolverem obesidade ou excesso de peso. Em suma, a dessincronização do ciclo circadiano aumenta o risco de desenvolvimento de depressão e dependência de comida (Borisenkov et al., 2020).

Seguindo esta linha de pensamento, jovens que são mais ativos à noite e tendem a deitar-se mais tarde, tendem igualmente a acordar mais tarde, o que prediz insónias. Posto isto, a ingestão de comida ajuda a regular o ciclo circadiano, pelo que, quando se come “fora de horas”, principalmente à noite, existe um risco mais elevado de se desenvolverem problemas metabólicos. Assim sendo, jovens mais ativos à noite, apresentam maiores risco de desenvolver dependência de comida, o que por sua vez prediz insónias e impulsividade (Kandeger et al., 2019). Além disso, a desregulação do ciclo circadiano diminui o limiar de sensibilidade à recompensa e impulsividade, sendo assim mais provável desenvolver comportamentos de dependência. Assim sendo, embora o cronótipo noturno esteja associado à alimentação noturna, a uma pior qualidade de sono e a maiores níveis de stress, estudos recentes afirmam que não é o tipo de cronótipo que está diretamente relacionado com a dependência de comida, mas sim o sono e o stress (Najem et al., 2019). Adicionalmente, o peso e o sono influenciam-se mutuamente, uma vez que o excesso de peso e a obesidade prejudicam a qualidade do sono, aumentando a

probabilidade de insônia, enquanto que por cada hora adicional de sono, a probabilidade de se desenvolver obesidade diminui em 24% (Verster et al., 2008).

De igual modo, também a utilização de ecrãs por parte dos adolescentes tem demonstrado um impacto negativo na sua saúde mental. Contudo, este impacto varia consoante o tempo de utilização, assim como o conteúdo a que se assiste. Assim, a utilização de ecrãs tem demonstrado promover mais problemas de sono, assim como maus hábitos alimentares, pelo que, a utilização de ecrãs por parte dos adolescentes associa-se a um maior consumo de comida calórica (Moitra & Madan, 2022).

O funcionamento familiar e a dependência de comida

O funcionamento familiar diz respeito à forma como a família gere as rotinas, cumpre papéis, comunica e se relaciona emocionalmente entre os diversos membros (Rhee, 2008). Assim, o funcionamento familiar tem impacto no desenvolvimento dos adolescentes, tanto a nível emocional, social como cognitivo (Bronte-Tinkew et al., 2006), o que promove nos mesmos normas, crenças, expetativas e comportamentos alimentares (Rhee, 2008). Neste sentido, um funcionamento familiar positivo que implique, por exemplo, comunicação, apoio, afeto, controlo e interesse pelas atividades e estratégias escolares adequadas, irá ser um bom preditor no desenvolvimento do adolescente (Bronte-Tinkew et al., 2006).

Deste modo, famílias com um funcionamento familiar adequado, são mais coesas e realizam mais refeições em família, o que proporciona hábitos alimentares mais saudáveis nos filhos. Assim, famílias com um funcionamento eficaz, proporcionam aos filhos um contexto seguro onde estes conseguem interpretar os seus comportamentos alimentares e do meio envolvente, desenvolvendo assim uma capacidade de autorregulação mais eficaz (Rhee, 2008).

Em oposição, famílias que apresentam um funcionamento familiar fraco, revelam maior dificuldade em gerir as suas rotinas, em comunicar, em distinguir papéis entre os diferentes elementos e em controlar os comportamentos dos filhos. Assim, famílias com um funcionamento ineficaz, resulta muitas vezes em problemas no peso dos filhos, pois geram-se maiores níveis de stress e um ambiente familiar menos eficaz para adotar estilos alimentares saudáveis, afetando negativamente as preferências alimentares dos filhos, o que pode resultar em dependência de comida (Rhee, 2008). Neste sentido, famílias com problemas de peso, têm um menor sentido de coesão e são mais conflituosas, principalmente à hora das refeições (Zeller et al., 2007). De igual modo, famílias com

filhos com excesso de peso, apresentam maior dificuldade em realizar refeições em família, demonstrar afeto, distinguir papéis entre os diferentes elementos da família (Jacobs & Fiese, 2007), e exercem um maior controle ou adotam estratégias desadequadas, relativamente à alimentação dos filhos. Neste sentido, um ambiente familiar com elevados níveis de stress, relaciona-se com práticas alimentares desadequadas, uma vez que são ingeridos alimentos com mais porte calórico com o intuito de haver reconforto (estratégia de autorregulação), desencadeando por vezes excesso de peso ou obesidade (Rhee, 2008).

Adicionalmente, famílias que dão menos autonomia aos filhos, encorajando ou obrigando os mesmos a comer, não possibilitam espaço para recusa, o que se associa a uma ingestão mais calórica e a um menor tempo de duração da refeição. Neste sentido, famílias que prometem ou oferecem recompensas aos filhos, caso estes comam tudo o que tem no prato, tem um efeito negativo na sua capacidade de autorregulação no que respeita à sua saciedade, o que irá resultar num consumo excessivo de calorias. Esta prática, quando recorrente, pode incutir nos filhos desvalorização por certos alimentos, principalmente os mais saudáveis. Em oposição, restringir ou proibir os filhos de comer determinados alimentos, também não é uma boa solução, pois quando os mesmos deixam de ser restringidos são ingeridos em maior quantidade, o que gera maior dependência de comida, uma vez que a capacidade de autorregulação está comprometida. Posto isto, um funcionamento familiar onde há uma comunicação mais eficaz, permite os filhos obtenham uma relação com a comida mais saudável, tendo uma capacidade de autorregulação mais eficiente (Rhee, 2008).

Segundo esta linha de pensamento, o comportamento dos pais tem influência direta sobre o comportamento dos filhos (Baumrind, 1991). Assim, a literatura indica que pais que demonstram maiores níveis de sensibilidade, afetividade emocional, interesse, expectativas altas na maturidade dos filhos, controlo e disciplina (estilo parental democrático), têm filhos que apresentam menor dependência de comida, uma vez que estes pais incutem nos filhos uma relação mais saudável com a comida (Rhee, 2008; Wake et al., 2007). Neste sentido, estes pais revelam maior capacidade de racionalizar as suas escolhas e são mais bem-sucedidos quando as explicam aos filhos, o que faz com que estes se sintam apoiados, conseguindo assim alcançar com maior sucesso as expectativas e apresentando maior capacidade de autorregulação (Chao, 2001; Rhee, 2008).

Por sua vez, pais que demonstram menores níveis de sensibilidade, afetividade emocional e interesse, mas ao mesmo tempo revelam expectativas altas na maturidade dos

filhos, controlo e disciplina (estilo parental autoritário), apresentam filhos com pior relação com a dependência de comida (Rhee, 2008; Wake et al., 2007). Pais com estas características podem gerar nos filhos maiores níveis de stress, o que faz com que a dependência de comida seja uma estratégia para reduzir os mesmos (Sinha & Jastreboff, 2013). Por sua vez, pais autoritários adotam uma postura rígida com os filhos, não respondendo de forma adequada aos mesmos, o que faz com que estes não estabeleçam uma relação saudável com a comida (Gregory et al., 2010), aumentando a probabilidade de desenvolverem excesso de peso (Rhee, 2008). Num estudo realizado com adolescentes com excesso de peso, demonstrou-se que o apoio e o afeto são fundamentais na redução da probabilidade de se desenvolverem problemas psicológicos (Valtolina & Marta, 1998).

Por contraste, pais mais permissivos também não revelam filhos com uma boa relação com a dependência de comida, uma vez que estes filhos podem apresentar falta de controlo sobre a comida, não havendo restrições sobre os seus desejos alimentares, pois estes pais evitam o conflito (Golan, 2006; Talib et al., 2011). Neste sentido, estes adolescentes correm o risco de desenvolverem obesidade e/ou excesso de peso (Gregory et al., 2010). Nesta linha de pensamento, tanto adolescentes com reduzida autonomia, como com elevada, são propensos a desenvolver excesso de peso e/ou obesidade (Wen & Hui, 2012), uma vez que a relação com a comida não foi bem estabelecida, conduzindo a uma maior dependência de comida (Siah et al., 2018; Talib et al., 2011).

Em suma, um funcionamento familiar eficaz que tenha níveis elevados de sensibilidade e afeto, assim como uma exigência moderada, resulta em adolescentes com padrões alimentares mais saudáveis. Contudo, não basta existir um funcionamento familiar eficaz, o adolescente tem de o perceber como tal (Van Der Horst et al., 2007). Assim, a estabilidade e o impacto sócio-emocional que o funcionamento familiar eficaz proporciona, pode ter um impacto positivo na aquisição de comportamentos alimentares mais saudáveis (Rhee, 2008).

Impacto do autocontrolo na dependência de comida

O autocontrolo caracteriza-se por ser a capacidade que permite modificar ou limitar certos desejos ou impulsos que possamos sentir, associando-se à felicidade e a uma vida saudável. Neste sentido, um autocontrolo elevado, pode promover uma melhor autoestima e competências interpessoais, o que pode combater possíveis adições. Por oposição, um autocontrolo reduzido, associa-se a pessoas mais impulsivas, aut centradas, com menor tolerância à frustração, e com preferência por gratificação imediata (Água et

al., 2020). Assim, como compreendido anteriormente, a dependência de comida apresenta semelhanças com a dependência de substâncias, pelo que, teoriza-se que ambas possam partilhar variáveis etiológicas, como por exemplo, a impulsividade e a desregulação emocional. Segundo a literatura, a reduzida capacidade de autocontrolo, tem impacto na dependência de comida, uma vez que indivíduos com maior dificuldade em controlar os seus impulsos apresentam mais critérios de dependência de comida, principalmente quando percebem uma situação como ameaçadora (urgência negativa). Neste sentido, a falta de controlo sobre a comida, mascara muitas vezes uma tentativa de regular as emoções e diminuir a sua intensidade, o que quando não é feito de forma adaptativa gera dependência de comida (Pivarunas & Conner, 2015). Assim, evidência científica afirma existir uma associação entre dependência de comida e uma capacidade disfuncional de controlar a impulsividade, regular as emoções, e dificuldade de mentalização (Cathelain et al., 2016).

Segundo a literatura, é a urgência negativa que mais se associa com quem pontua na YFAS, ou seja, quanto menor a capacidade de controlo sobre os impulsos em situações percebidas como ameaçadoras, mais sintomas de dependência de comida existem (Pivarunas & Conner, 2015). Neste sentido, segundo Rose et al. (2018), um elevado número de sintomas de dependência de comida e comer de forma emocional, relacionam-se a uma maior dificuldade em controlar impulsos decorrentes de estados de humor negativos. Adicionalmente, os estudos indicam que esta reduzida capacidade de autocontrolo se relaciona com uma predisposição para o consumo de substâncias e compulsão alimentar. Não obstante, segundo Pivarunas e Conner (2015), quanto menor a capacidade de perspetivar eventuais consequências antes de realizar uma ação, menos sintomas de dependências de comida são apresentados, dado este que pode ter implicações na capacidade de autocontrolo dos jovens.

Posto isto, estudos realizados em adultos indicam que, por vezes, são cometidos excessos alimentares como forma de lidar com eventos stressantes da vida adulta, o que se relaciona com a forma como estes eventos foram vivenciados na infância e adolescência (Skinner et al., 2021). Assim, um autocontrolo disfuncional aumenta a probabilidade de consumo de alimentos gordurosos e/ou açucarados, quando vivenciadas situações e contextos que anteriormente foram conotadas como ameaçadoras, predizendo assim a dependência de comida (Cathelain et al., 2016; Pivarunas & Conner, 2015).

Seguindo esta linha de pensamento, é possível compreender como conceito de autorregulação está intimamente relacionado com o autocontrolo. Assim, segundo Whiteside et al. (2007), é colocada a hipótese de que jovens que têm dependência de

comida, têm igualmente emoções mais fortes e duradoras, o que os torna mais vulneráveis a adotar estratégias de regulação emocional desadaptativas. De igual modo, Sim e Zeman (2004) colocam também em hipótese que jovens que têm dependência de comida, apresentam maior dificuldade em identificar e dar sentido às suas emoções, dificultando uma estratégia eficaz de autorregulação, o que desencadeia estratégias com efeitos aleatórios, a curto prazo ou imediatos. Não obstante, esta reduzida capacidade de autorregulação, relaciona-se com a obesidade, uma vez que adolescentes com obesidade, podem comer devido ao estado emocional, principalmente aquando emoções negativas, o que desencadeia uma menor qualidade de vida (Rose et al., 2018). Adicionalmente, ser mais ativo à noite e ter insónia, é um fator de risco para a impulsividade. Contudo, dentro da impulsividade, tanto a motora como a atencional, predizem a dependência de comida, em comparação com a impulsividade não planeada (Kandeger et al., 2019).

REFERÊNCIAS

- Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (2020). Escala Breve de Autocontrolo (EBAC): Validação numa Amostra de Jovens Portugueses. *Actas Do 13º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 409–417. <https://doi.org/10.21865/ridep54.1.01>
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. tex). Climepsi Editores, Lisboa.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores, Lisboa.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>
- Ayaz, A., Nergiz-Unal, R., Dedebayraktar, D., Akyol, A., Pekcan, A. G., Besler, H. T., & Buyuktuncer, Z. (2018). How does food addiction influence dietary intake profile? *PLOS ONE*, 13(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195541>
- Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Berge, J. M., Rowley, S., Trofholz, A., Hanson, C., Rueter, M., MacLehose, R. F., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Childhood obesity and interpersonal dynamics during

- family meals. *Pediatrics*, 134(5), 923–932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1936>
- Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Tserne, T. A., Bakutova, L. A., Pecherkina, A. A., Dorogina, O. I., Martinson, E. A., Vetosheva, V. I., Gubin, D. G., Solovieva, S. V., Turovinina, E. F., & Symanyuk, E. E. (2020). Food addiction and symptoms of depression among inhabitants of the European North of Russia: Associations with sleep characteristics and photoperiod. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 332–342. <https://doi.org/10.1002/erv.2728>
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., & Bakutova, L. A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 671–676. <https://doi.org/10.1002/erv.2644>
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues*, 27(6), 850–881. <https://doi.org/10.1177/0192513X05285296>
- Cathelain, S., Brunault, P., Ballon, N., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). Food addiction: Definition, measurement and limits of the concept, associated factors, therapeutic and clinical implications. *Presse Medicale*, 45(12), 1154–1163. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.014>
- Chao, R. K. (2001). Extending Research on the Consequences of Parenting Style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72(6), 1832–1843. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00381>
- Cinelli, G., Criscuolo, M., Bifone, C., Chianello, I., Castiglioni, M. C., De Lorenzo, A., Di Renzo, L., Tozzi, A. E., Vicari, S., & Zanna, V. (2020). Food addiction in a group of Italian adolescents diagnosed for eating disorder. *Nutrients*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/nu12051524>
- Cocores, J. A., & Gold, M. S. (2009). The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Medical Hypotheses*, 73(6), 892–899. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.06.049>
- Eisenberg, M. E., Olson, R. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Bearinger, L. H. (2004). Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(8), 792–796. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.792>
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., & Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents: Associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*,

25(12), 1823–1833. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801820>

- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., & French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health, 39*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Food Addiction: An Examination of the Diagnostic Criteria for Dependence. *Journal of Addiction Medicine, 3*(1), 60–61. <https://doi.org/10.1080/09595238280000151>
- Gearhardt, A. N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 808–816. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.32>
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity - From research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*(2), 66–76. <https://doi.org/10.1080/17477160600644272>
- Gordon, E. L., Ariel-Donges, A. H., Bauman, V., & Merlo, L. J. (2018). What is the evidence for “food addiction?” A systematic review. *Nutrients, 10*(4), 1–30. <https://doi.org/10.3390/nu10040477>
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T., & Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders, 23*(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
- Greer, S. M., Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2013). The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature Communications, 4*, 1–7. <https://doi.org/10.1038/ncomms3259>
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2- to 4-year-old children. *Appetite, 54*(3), 550–556. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.02.013>
- Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society, 79*(1), 103–112. <https://doi.org/10.1017/S0029665119001162>
- Hone-Blanchet, A., & Fecteau, S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: Analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology,*

- 85, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2014.05.019>
- Imperatori, C., Fabbicatore, M., Vumbaca, V., Innamorati, M., Contardi, A., & Farina, B. (2016). Food Addiction: Definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista Di Psichiatria*, *51*(2), 60–65. <https://doi.org/10.1708/2246.24196>
- Jacobs, M. P., & Fiese, B. H. (2007). Family mealtime interactions and overweight children with asthma: Potential for compounded risks? *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(1), 64–68. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl026>
- Jordan, A. B., Kramer-Golinkoff, E. K., & Strasburger, V. C. (2008). Does Adolescent Media Use Cause Obesity and Eating Disorders? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, *19*(3), 431–449. https://doi.org/10.1542/9781581104103-does_adolescent
- Kandeger, A., Selvi, Y., & Tanyer, D. K. (2019). The effects of individual circadian rhythm differences on insomnia, impulsivity, and food addiction. *Eating and Weight Disorders*, *24*, 47–55. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0518-x>
- Li, J. T. E., Pursey, K. M., Duncan, M. J., & Burrows, T. (2018). Addictive eating and its relation to physical activity and sleep behavior. *Nutrients*, *10*(10), 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu10101428>
- Meule, A. (2011). How prevalent is “food addiction”? *Frontiers in Psychiatry*, *2*, 2009–2012. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00061>
- Meule, A., & Kübler, A. (2012). Food cravings in food addiction: The distinct role of positive reinforcement. *Eating Behaviors*, *13*(3), 252–255. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.001>
- Mies, G. W., Treur, J. L., Larsen, J. K., Halberstadt, J., Pasma, J. A., & Vink, J. M. (2017). The prevalence of food addiction in a large sample of adolescents and its association with addictive substances. *Appetite*, *118*, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.002>
- Moitra, P., & Madan, J. (2022). Impact of screen time during COVID-19 on eating habits, physical activity, sleep, and depression symptoms: A cross-sectional study in Indian adolescents. *PLoS ONE*, *17*(3 March 2022), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264951>
- Najem, J., Saber, M., Aoun, C., El Osta, N., Papazian, T., & Rabbaa Khabbaz, L. (2019). Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and chronotype: A cross-sectional survey among university students. *Clinical Nutrition*,

- 39(2), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.038>
- Nolan, L. J., & Geliebter, A. (2016). “Food addiction” is associated with night eating severity. *Appetite*, 98, 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.025>
- Patrão, I., Pimenta, F., Água, J., & Leal, I. (2020). Validação: escala de alterações funcionais pelo uso problemático da internet (afupi) para jovens portugueses. *Actas Do 13º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 783–792. <http://hdl.handle.net/10400.12/7614>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Penzenstadler, L., Soares, C., Karila, L., & Khazaal, Y. (2018). Systematic Review of Food Addiction as Measured with the Yale Food Addiction Scale: Implications for the Food Addiction Construct. *Current Neuropharmacology*, 17(6), 526–538. <https://doi.org/10.2174/1570159x16666181108093520>
- Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating Behaviors*, 19, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the yale food addiction scale: A systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552–4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 53–63. <https://doi.org/10.1111/jhn.12060>
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction. *Food Addiction and Alcoholism*, 17(July), 198–224. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1956.17.198>
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 615(1), 12–37. <https://doi.org/10.1177/0002716207308400>
- Rodrigue, C., Gearhardt, A. N., & Bégin, C. (2019). Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a

- non-clinical sample. *Appetite*, *141*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.034>
- Rose, M. H., Nadler, E. P., & Mackey, E. R. (2018). Impulse Control in Negative Mood States, Emotional Eating, and Food Addiction are Associated with Lower Quality of Life in Adolescents with Severe Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, *43*(4), 443–451. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx127>
- Savage, G., MacFarlane, A., Ball, K., Worsley, A., & Crawford, D. (2007). Snacking behaviours of adolescents and their association with skipping meals. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *4*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-36>
- Schulte, E. M., Jacques-Tiura, A. J., Gearhardt, A. N., & Naar, S. (2018). Food Addiction Prevalence and Concurrent Validity in African American Adolescents with Obesity. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(2), 187–196. <https://doi.org/10.1037/adb0000325>
- Schulte, E. M., Potenza, M. N., & Gearhardt, A. N. (2017). A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*, *115*, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.033>
- Sen, B. (2006). Frequency of family dinner and adolescent body weight status: Evidence from the national longitudinal survey of youth, 1997. *Obesity*, *14*(12), 2266–2276. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.266>
- Shuvo, S. Das, & Biswas, B. K. (2023). The degree of association between overweight and obesity with the use of electronic media among Bangladeshi adolescents. *PLOS ONE*, *18*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280544>
- Siah, P. C., Beng, A., Koe, K., Pang, M. W., Shi, M., Ng, J., Tjin, A., Tan, U., Tunku, A., & Rahman, M. (2018). Parenting styles, food addiction and obesity: A case study of Malaysian Chinese adolescents. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, *6*(4), 9–14. www.apjmr.com
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(4), 760–771. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304>
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, *73*(9), 827–835. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.01.032>

- Skinner, J., Jebeile, H., & Burrows, T. (2021). Food addiction and mental health in adolescents: a systematic review. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 5(10), 751–766. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00126-7)
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 793–801. <https://doi.org/10.1002/eat.22329>
- Talib, J., Mohamad, Z., & Mamat, M. (2011). Effects of Parenting Style on Children Development. *World Journal of Social Sciences*, 1(2), 14–35.
- Throuvala, M. A., Griffiths, M. D., Rennoldson, M., & Kuss, D. J. (2021). The-Role-of-Recreational-Online-Activities-in-SchoolBased-Screen-Time-Sedentary-Behaviour-Interventions-for-Adolescents-A-Systematic-and-Critical-Literature-Review2020International-Journal-of-Mental-Health-and-Ad.pdf. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 1065–1115.
- Tompkins, C. L., Laurent, J., & Brock, D. W. (2017). Food Addiction: A Barrier for Effective Weight Management for Obese Adolescents. *Childhood Obesity*, 13(6), 462–469. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0003>
- Trofholz, A. C., Tate, A. D., Miner, M. H., & Berge, J. M. (2017). Associations between TV viewing at family meals and the emotional atmosphere of the meal, meal healthfulness, child dietary intake, and child weight status. *Appetite*, 108, 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.018>
- Tserne, T. A., Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Bakutova, L. A., Jongte, L., Trivedi, A. K., Pecherkina, A. A., Dorogina, O. I., Martinson, E. A., Vetosheva, V. I., Gubin, D. G., Solovieva, S. V., Danilova, L. A., Turovinina, E. F., & Symaniuk, E. E. (2021). Food addiction and weight in students with high academic performance. *Public Health Nutrition*, 24(18), 6027–6033. <https://doi.org/10.1017/S1368980021002160>
- Valtier, M. C. G., Ruíz-González, K. J., Pacheco-Pérez, L. A., Santos Flores, J. M., González de la Cruz, P., & Sánchez García, A. B. (2020). Adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes de una preparatoria pública en México. *Enfermería Global*, 19(2), 1–20. <https://doi.org/10.6018/eglobal.370021>
- Valtolina, G. G., & Marta, E. (1998). FAMILY RELATIONS AND PSYCHOSOCIAL RISK IN FAMILIES WITH AN OBESE ADOLESCENT. *Psychological Reports*, 83, 251–260.

- Van Der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., Van Lenthe, F., & Brug, J. (2007). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, *22*(2), 203–226. <https://doi.org/10.1093/her/cyl069>
- Verster, J. C., Pandi-Perumal, S. R., & Streiner, D. L. (2008). *Sleep and Quality of Life in Medical Illness*.
- Vik, F. N., Bjørnara, H. B., Øverby, N. C., Lien, N., Androustos, O., Maes, L., Jan, N., Kovacs, E., Moreno, L. A., Dössegger, A., Manios, Y., Brug, J., & Bere, E. (2013). Associations between eating meals, watching tv while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight european countries: The energy cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(58), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-58>
- Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population study. *Pediatrics*, *120*(6), e1520–e1627. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3707>
- Wattick, R. A., & Olfert, M. D. (2022). P028 Qualitative Analysis on the Experiences of Young Adults with Food Addiction. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *54*(7), S30–S31. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.04.068>
- Wen, X., & Hui, S. S. C. (2012). Parenting Style as a Moderator of the Association Between Parenting Behaviors and the Weight Status of Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, *32*(2), 252–268. <https://doi.org/10.1177/0272431610393249>
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, *8*(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Yekaninejad, M. S., Badrooj, N., Vosoughi, F., Lin, C. Y., Potenza, M. N., & Pakpour, A. H. (2021). Prevalence of food addiction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *22*(6), 1–12. <https://doi.org/10.1111/obr.13183>
- Yen, C. F., Hsiao, R. C., Ko, C. H., Yen, J. Y., Huang, C. F., Liu, S. C., & Wang, S. Y. (2010). The relationships between body mass index and television viewing, internet use and cellular phone use: The moderating effects of socio-demographic characteristics and exercise. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(6), 565–571. <https://doi.org/10.1002/eat.20683>

- Young, K. S., & Rogers, R. C. (1998). The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(1), 25–28. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.25>
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, *15*(1), 126–136. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.517>
- Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S., & Wen, D. (2018). Psychosocial correlates of food addiction and its association with quality of life in a non-clinical adolescent sample. *Nutrients*, *10*(7). <https://doi.org/10.3390/nu10070837>
- Ziauddeen, H., & Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? *Obesity Reviews*, *14*(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x>

Anexo B: Termo de Consentimento Informado *online* para os participantes

O objetivo deste estudo é compreender o uso da Internet em jovens portugueses. A tua participação é voluntária e muito útil. Os dados são anónimos e confidenciais, podendo os resultados deste estudo ser divulgados à comunidade (escolar, científica, etc.), através de comunicações em congressos, palestras e/ou artigos científicos.

Caso concordes participar voluntariamente neste estudo anónimo e confidencial quanto à divulgação de dados, por favor seleciona a opção abaixo:

Li a informação acima e aceito participar no estudo.

Muito obrigado pela tua disponibilidade e interesse.

É muito importante que preenchas todas as questões do questionário.

Anexo C: Exemplos do material

Questionário sociodemográfico

Idade: ___ anos

Sexo: Rapaz/Homem___ Rapariga/mulher _____

Nível de escolaridade:

___Ensino Básico/3º Ciclo

___Ensino Secundário

Qual o teu rendimento escolar?

___Aluno com notas negativas (a maioria das notas no nível insatisfaz)

___Aluno com notas suficientes (a maioria das notas no nível satisfaz)

___Aluno com notas boas (a maioria das notas no nível bom)

___Aluno com notas elevadas (a maioria das notas no nível muito bom/excelente)

Já ficaste algum ano retido?

___ Sim

___ Não

Questionário de saúde

Qual o teu peso? _____ kg

Qual a tua altura? _____ m

Costumas fazer as refeições à mesa em família?

Sim

Não

Se sim, costumavas utilizar os aparelhos móveis durante as refeições com a família?

Não, nem eu, nem a minha família utilizamos

Sim, eu utilizo, mas a minha família não utiliza

Sim, eu e a minha família utilizamos

Eu não utilizo, mas outros membros da minha família utilizam

Costumas fazer as refeições ou snacks enquanto estás no computador ou telemóvel?

Sim

Não

Se sim, o que costumavas comer/beber enquanto estás no computador ou telemóvel?

Doces (chocolates, bolachas, gomas, cereais de pequeno-almoço doces, etc.)

Salgados (batatas fritas, nachos, etc.)

Fruta ou Vegetais

Refrigerantes (ex., Coca-cola, Sumol)

Bebidas energéticas (ex., Redbull, Monster Energy, café)

__ Laticínios (leite, queijo, iogurte)

__ Refeições completas

Outros_____

Com que frequência costumava usar ecrã(s) (computador portátil, smartphone/telemóvel, tablet, consola portátil, televisão.) imediatamente antes de dormir ou até adormeceres?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias

Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI)

Assinala a opção que mais se aplica a ti, nas seguintes frases.

“Estar na internet tira-me tempo para a Escola/Trabalho”

“Estar na internet tira-me tempo para dormir”

“Estar na internet tira-me tempo para socializar com meus amigos/colegas”

“Estar na internet tira-me tempo para namorar”

“Estar na internet tira-me tempo para estar com minha família”

“Estar na internet tira-me tempo para fazer exercício físico”

“Estar na internet tira-me tempo para outras actividades lúdicas”

“Tenho tendência para estar na internet quando tenho problemas emocionais (exemplo: discussões, problemas com os amigos, na escola/trabalho, familiares, saúde)”

“Considero-me dependente daquilo que faço na internet”

1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente.

Athens Insomnia Scale (AIS)

Assinala os itens abaixo que melhor reflitam a tua avaliação quanto à presença de qualquer dificuldade ao nível do sono, pelo menos três vezes por semana durante o último mês.

Indução do sono (tempo que demoras a adormecer depois de apagar as luzes)

- 0: Nenhum Problema
- 1: Ligeiramente demorado
- 2: Marcadamente demorado
- 3: Muito demorado ou não dormi de todo

Despertares durante à noite

- 0: Nenhum Problema
- 1: Problema Menor
- 2: Problema Considerável
- 3: Problema sério ou não dormi de todo

Despertar final antes do desejado

- 0: Não foi cedo
- 1: Um pouco cedo
- 2: Marcadamente cedo
- 3: Muito cedo ou não dormi de todo

Duração total do sono

- 0: Suficiente
- 1: Ligeiramente insuficiente
- 2: Marcadamente insuficiente
- 3: Muito insuficiente ou não dormi de todo

Qualidade geral do sono (sem ter em conta quanto tempo dormiu)

- 0: Satisfatória
- 1: Ligeiramente insatisfatória
- 2: Notavelmente insatisfatória
- 3: Muito insatisfatória ou não dormi de todo

Sensação de bem-estar durante o dia

0: Normal

1: Ligeiramente diminuída

2: Marcadamente diminuída

3: Muito diminuída

Funcionamento (físico e mental) durante o dia

0: Normal

1: Ligeiramente diminuído

2: Marcadamente diminuído

3: Muito diminuído

Sonolência durante o dia

0: Nenhuma

1: Pouca

2: Considerável

3: Intensa

Escala Breve de Auto-Controlo (EBAC)

- 1.Sou bom a resistir à tentação.
- 2.Tenho dificuldades em acabar com maus hábitos.
- 3.Sou preguiçoso.
- 4.Digo coisas inapropriadas.
- 5.Faço coisas que me são prejudiciais, se forem divertidas.
- 6.Recuso coisas que me sejam prejudiciais.
- 7.Gostava de ter mais auto- disciplina.
- 8.As pessoas diriam que tenho uma auto- disciplina de ferro.
- 9.Por vezes, o prazer e o divertimento impossibilitam-me de acabar/fazer o meu trabalho escolar.
- 10.Tenho dificuldades em concentrar-me.
- 11.Sou capaz de trabalhar eficazmente em direção a objetivos de longo prazo.
- 12.Às vezes não consigo parar de fazer determinada coisa, mesmo que saiba que está errada.
- 13.Muitas vezes comporto-me sem pensar em todas as alternativas.

1: Nada a ver comigo; 2: Um pouco a ver comigo; 3: Nem muito, nem pouco a ver comigo; 4: Muito a ver comigo; 5: Tudo a ver comigo

Dimensão General Functioning da escala Family Assessment Device (GF-FAD)

Escolhe a opção que melhor traduz a tua opinião em relação às seguintes afirmações, tendo em mente o funcionamento da tua família.

1: Discordo Plenamente; 2: Discordo; 3: Concordo; 4: Concordo Plenamente

1. Planear atividades em família é difícil porque não nos compreendemos uns aos outros.
2. Em tempos de crise podemos contar uns com os outros para ter apoio.
3. Nós não podemos falar uns com os outros sobre a tristeza que sentimos.
4. Os indivíduos são aceites pelo que são.
5. Nós evitamos discutir acerca dos nossos medos e preocupações.
6. Nós podemos expressar sentimentos uns aos outros.
7. Existem muitos sentimentos negativos nesta família,
8. Nós sentimo-nos aceites pelo que somos.
9. Tomar decisões é um problema para a nossa família.
10. Nós somos capazes de tomar decisões sobre como resolver problemas.
11. Nós não nos damos bem
12. Nós confidenciamos (confiamos segredos) uns com os outros.

Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)

Neste questionário vai encontrar perguntas sobre os seus hábitos alimentares nos últimos 12 meses. Por vezes, as pessoas têm dificuldade em controlar o

consumo de certos alimentos, como por exemplo:

- Doces, tais como gelados, chocolates, croissants, biscoitos, bolachas, bolos e guloseimas.
- Farináceos, tais como pão, massas e arroz.
- Salgados, tais como batatas fritas de pacote, salgadinhos, e bolachas de água e sal.
- Alimentos gordos, tais como bifes, enchidos, queijos, hambúrgueres, pizzas, e batatas fritas.
- Bebidas açucaradas, tais como refrigerantes.

Quando neste questionário te forem feitas perguntas sobre "CERTOS ALIMENTOS", por favor considera:

QUALQUER alimento semelhante aos indicados anteriormente, OU

QUALQUER OUTRO alimento com o qual tenhas tido problemas nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses	Nunca	1 vez por mês	por mês	2-4 vezes por semana	2-3 vezes por semana	diariamente	4 ou mais vezes por semana, ou diariamente
1. Noto que quando começo a comer certos alimentos, acabo por comer muito mais do que tinha planeado.							
2. Dou por mim a continuar a comer certos alimentos, mesmo quando já não tenho fome.							
3. Como até ao ponto de me sentir mal-disposto(a).							
4. Não comer certo tipo de alimentos, ou reduzir certo tipo de alimentos, é algo que me preocupa.							
5. Senti-me mole ou cansado(a) por ter comido demais.							
6. Dou por mim a comer constantemente certos alimentos ao longo do dia.							
7. Noto que quando certos alimentos não estão disponíveis, arranjo maneira de os obter. Por							

exemplo, posso sair de casa para ir comprar certos alimentos, mesmo que tenha outras opções disponíveis em casa.					
8. Houve alturas em que comi certos alimentos tantas vezes (ou em quantidades tão grandes) que acabei por comer em vez de estudar, estar com a minha família ou amigos, ou envolver-me noutras atividades importantes, ou em atividades de diversão de que gosto.					
9. Houve alturas em que comi certos alimentos tantas vezes (ou em quantidades tão grandes) que acabei por passar o tempo a lidar com sentimentos negativos por comer demais, em vez de estudar, estar com a minha família ou amigos, ou envolver-me noutras atividades importantes, ou em atividades de diversão de que gosto.					
10. Houve alturas em que evitei situações escolares ou sociais onde havia certos alimentos, porque tinha medo de comer demais.					
11. Houve alturas em que evitei situações escolares ou sociais, por não poder consumir certos alimentos nessas situações.					
12. Tenho sentido agitação, ansiedade, ou mal-estar físico quando reduzo ou paro de comer certos alimentos. (Por favor, NÃO inclua mal-estar causado pela redução do consumo de bebidas com cafeína, tais como refrigerantes, café, chá, bebidas energéticas, etc.)					
13. Tenho consumido certos alimentos para impedir sentimentos de ansiedade, agitação, ou mal-estar físico, que se estavam a desenvolver (Por favor, NÃO inclua o consumo de bebidas com cafeína, tais como refrigerantes, café, chá, bebidas energéticas, etc.)					
14. Percebi que tenho um forte desejo ou ânsia de consumir certos alimentos quando os reduzo ou paro de os comer.					
15. O meu comportamento em relação à comida e à alimentação causa-me bastante sofrimento.					

16. Sinto muita dificuldade em funcionar de forma eficaz (rotinas diárias, escola, atividades sociais, atividades familiares, problemas de saúde) por causa dos meus problemas com a comida e a alimentação.					
17. O meu consumo alimentar tem-me causado sérios problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade, repulsa em relação a mim próprio(a), ou culpa.					
18. O meu consumo alimentar tem-me causado sérios problemas físicos ou agravado um problema físico que já tinha.					
19. Continuei a consumir o mesmo tipo de alimentos (ou a mesma quantidade de comida), mesmo quando estava a ter problemas emocionais e/ou físicos.					
20. Com o tempo, percebi que preciso de comer cada vez mais para obter a sensação que quero, como diminuir emoções negativas ou aumentar o prazer.					
21. Percebi que comer a mesma quantidade de comida já não diminui as minhas emoções negativas, nem aumenta os sentimentos de prazer, tal como acontecia antes.					
22. Quero reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos.					
23. Tenho tentado reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos.					

Nos últimos 12 meses	vezes menos 1 ou	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
24. Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer por completo certos alimentos?					