



**Relação entre Autocontrolo, Suporte Social e Consumo de Substâncias com a
Dependência Alimentar**

Ana Martinho

Orientadora da Dissertação:

Professora Doutora Filipa Pimenta

Coorientação:

Professora Doutora Mafalda Leitão

Professora do Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Filipa Pimenta

Dissertação Submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

2024/2025

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

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma etapa, foram anos de muito esforço e dedicação, dúvidas e incertezas, e este último desafio, apesar de duro, é o ponto final de uma fase muito bonita da minha vida. Este pequeno espaço não chega para descrever a intensidade que foi realizar este projeto, sem dúvida um grande desafio, não só a nível académico mas também a nível pessoal, contudo não podia deixar de agradecer às pessoas que fizeram com que estes últimos anos fossem não só mais fáceis como também mais bonitos.

Inicialmente gostaria de agradecer à Professora Doutora Filipa Pimenta e à Professora Doutora Mafalda Leitão por aceitarem fazer parte deste projeto. Um obrigada também a todos os professores que tive o prazer de me cruzar, que me mostraram a beleza desta área e alimentaram ainda mais uma certeza já tão presente.

Um enorme obrigada à minha psicóloga que me ajudou a perceber que por muito bom que seja ter ajuda, sou completamente capaz de atingir os meus objetivos sozinha, mesmo que para isso seja preciso parar um pouco e voltar a encontrar-me.

Agradecer aos meus amigos que acho que não têm noção da importância que tiveram neste meu percurso, sempre dispostos a ajudar, sempre prontos para me reconfortar nas piores fases mas também para festejar as minhas conquistas. O amor e orgulho que têm por mim independentemente do que eu decida fazer vai ser para sempre uma das coisas pelas quais sou mais grata.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer a mim. Ao meu eu de 18 anos que estava cheia de nervos quando recebeu o email a dizer que tinha entrado no seu curso de sonho, aquela menina que tinha tantas dúvidas se ia conseguir acabar uma licenciatura, um mestrado, uma dissertação e um estágio curricular. Quero agradecer a mim por não ter deixado o meu medo e ansiedade vencer, foi duro e uma autêntica montanha-russa de emoções mas ao escrever isto não podia estar mais orgulhosa pelo caminho que fiz.

Resumo

Introdução: O consumo de alimentos processados e ricos em gordura e açúcar fazem parte, cada vez mais, da rotina do indivíduo. Este estudo tinha como principal objetivo perceber se o autocontrolo do indivíduo, a sua perceção de suporte social e o seu consumo ou não de substâncias seriam um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas associados a dependência alimentar (DA). **Método:** Esta investigação obteve uma amostra de 479 participantes, 377 mulheres e 102 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Recorri ao uso do instrumento YFAS 2.0 para medir dependência alimentar, a ESSS para a variável de suporte social, o ASSIST para avaliar os consumos de substâncias e a BSCS para medir o autocontrolo. **Resultados:** Verificou-se uma relação significativa entre dependência alimentar e autocontrolo ($\beta=-0.434$; $p= 0.000$) bem como com a variável de suporte social ($\beta=0.203$; $p= 0.000$). **Discussão:** Os resultados deste estudo sugerem que indivíduos com um menor autocontrolo e uma maior perceção de suporte social, apresentavam maior risco de desenvolver sintomas associados a dependência alimentar. A literatura mostra-se congruente com esta relação entre autocontrolo e dependência alimentar mas o mesmo não se observou com o suporte social. Futuramente seria interessante e pertinente aprofundar os estudos entre dependência alimentar e suporte social como possível variável com impacto negativo. A dimensão do questionário, dispersão de idades e o tamanho da amostra foram algumas das limitações do presente trabalho.

Palavras-chave: Dependência alimentar; Suporte Social, Autocontrolo, Consumo de Substâncias, Amostra Portuguesa

Abstract

Introduction: The consumption of processed foods high in fat and sugar has increasingly become part of individuals' daily routines. The main objective of this study was to determine whether self-control, perceived social support, and substance use or non-use would represent risk factors for the development of symptoms associated with food addiction (FA).

Method: This investigation comprised a sample of 479 participants, 377 women and 102 men, aged between 18 and 65 years old. The Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) was employed to assess food addiction, the Social Support Satisfaction Scale (ESSS) to evaluate social support, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to measure substance use, and the Brief Self-Control Scale (BSCS) to assess self-control.

Results: A significant relationship was identified between food addiction and self-control ($\beta = -0.434$; $p = 0.000$), as well as with the social support variable ($\beta = 0.203$; $p = 0.000$).

Discussion: The findings of this study suggest that individuals with lower levels of self-control and higher perceived social support were at increased risk of developing symptoms associated with food addiction. The literature corroborates the relationship between self-control and food addiction; however, the same was not observed in relation to social support. Future research would benefit from further examining the association between food addiction and social support as a potential variable exerting a negative impact. The questionnaire length, the dispersion of ages, and the sample size were among the limitations of the present study.

Keywords: Food Addiction; Social Support; Self-Control; Substance Use; Portuguese Sample.

Índice

Enquadramento Teórico	1
Método	7
Procedimento	7
Participantes	7
Material	9
Questionário Sociodemográfico	9
Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS)	9
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	10
The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	10
Brief Self-Control Scale (BSCS)	11
Análise de Dados	11
Resultados	13
Análise Fatorial Confirmatória (AFC) YFAS 2.0	13
Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ESSS	14
Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ASSIST	15
Análise Fatorial Confirmatória (AFC) BSCS	16
Modelo De Equações Estruturais	17
Discussão	19
Referências	24
Revisão de Literatura	34
Anexo I: Consentimento Informado	46
Anexo II: Questionário Sociodemográfico	47
Anexo III: Questionário BSCS	52
Anexo IV: Questionário ASSIST	56
Anexo V: Questionário YFAS 2	60
Anexo VI: Questionário ESSS	62

Enquadramento Teórico

O número de pessoas acima do peso e com obesidade continua a aumentar com o passar dos anos, sendo por isso fundamental perceber as diversas fontes que podem estar a influenciar este crescimento, uma vez que a obesidade aparece associada ao desenvolvimento de inúmeras doenças, quer do foro físico como mental. A investigação tem mostrado que a ingestão de alimentos altamente processados, ricos em açúcar, gordura e carboidratos surgem como um principal fator de risco, uma vez que não só são bastante apelativos a nível do paladar como são vendidos em grandes porções e a preços bastante reduzidos, o que acaba por se enquadrar perfeitamente na rotina acelerada da sociedade de hoje (Maxwell et al., 2020).

A definição de dependência alimentar (DA) trata-se ainda de um conceito complexo, não sendo ainda reconhecida como uma perturbação. O diagnóstico é assim feito com base nos critérios da perturbação por consumo de substâncias (CS) derivado das semelhanças de sintomas que partilham (de Melo Barros et al., 2023). Estas partilham inúmeros fatores de risco, nomeadamente a nível sociocultural, psicopatológico mais associado à sintomatologia, neurobiológico tendo como foco as bases mais biológicas e clínico referente ao diagnóstico e plano de intervenção (DSM-5, 2013). A ingestão de alimentos altamente palatáveis despertam as áreas do cérebro responsáveis pela obtenção de recompensa/prazer, áreas estas que se mostram bastante sensíveis quanto há esta ingestão (Volkow et al., 2013). Observamos semelhante sensibilidade quando há um consumo de uma substância, havendo assim uma libertação de dopamina tanto quando há a ingestão de uma substância bem como quando se dá a de um alimento altamente palatável, sendo um dos pontos que sustenta a proximidade de critérios de diagnóstico (de Melo Barros et al., 2023).

Tendo por base o DSM-5 (2013), este engloba as seguintes substâncias como problemáticas para o desenvolvimento de uma perturbação por consumo: álcool, cafeína, tabaco, cocaína, cannabis, entre outros. Apesar das suas diferenças têm alguns pontos importantes em comum, nomeadamente o processo pela qual, quando se dá a sua ingestão, provoca uma ativação direta nas vias de recompensa das áreas do cérebro, estas quando consumidas em demasia, reforçam o desenvolvimento de um padrão de comportamentos desadaptativo. Destaca ainda que pessoas com um baixo nível de autocontrolo (AC) podem estar mais expostas ao risco de sucumbirem a uma perturbação deste tipo, o que pode mesmo

ser observado nos próprios comportamentos da pessoa, em outras áreas da sua vida, antes sequer de recorrerem ao uso de substâncias (DSM-5, 2013).

A nível global a prevalência de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas concentra-se essencialmente na população adulta. Drogas ilícitas podem ser descritas pelo consumo de drogas que são consideradas ilegais, exceto para uso médico e devidamente autorizado (Peacock et al., 2018).

O consumo de álcool normativo nos últimos anos tem vindo a aumentar significativamente em Portugal, segundo o inquérito nacional de saúde o sexo masculino apresenta 81.8% de consumo de álcool seguido pelo sexo feminino que apresenta um valor de 58.5%. A faixa etária dos 25 aos 34 anos apresenta maior frequência de consumo com 74%, enquanto a faixa entre os 15 e os 24 anos apresenta um consumo equivalente a 62.2% (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Tendo em conta o Inquérito nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (INPG) este relata as mesmas prevalências mas com valores mais reduzidos e aproximados, os homens apresentando 68.4% e as mulheres 48.8%, em relação às faixas etárias dos 25-34 anos 53.6% e dos 15 aos 24 49.2%. O vinho e a cerveja destacam-se como as bebidas alcoólicas mais consumidas (Balsa et al., 2018).

No que diz respeito ao consumo de substâncias também este tem crescido em Portugal. O consumo de canábis destaca-se como a principal substância consumida seguida da cocaína. Referente aos consumos dos últimos 12 meses, o sexo masculino apresenta uma prevalência de 6.9% valor superior ao apresentado pelo sexo feminino de 2.8%. A faixa etária dos 25-34 anos é a que apresenta maior prevalência com 9.2% e a dos 15 aos 24 anos com 7.5%, contudo esta prevalência da faixa etária dos 25 aos 34 anos é uma novidade, uma vez que nos dados de 2012 a faixa dos 15 aos 24 anos apresenta uma maior prevalência de consumos de substâncias (Balsa et al., 2018).

Quando nos debruçamos sobre os modelos de adição são várias as teorias que tentam justificar esta problemática tão presente na nossa sociedade. A emoção surge também aqui, defendida por muitas teorias e autores como fundamental para a construção, manutenção e muitas vezes recaídas referentes a estes consumos de substâncias (Hayes & Mayer, 1978). Um estado emocional negativo pode ser descrito como a tendência para a predominância de emoções mais negativas, ou a facilidade em sucumbir a maiores níveis de stress, estados altamente relacionados com dimensões da personalidade do indivíduo mais instáveis emocionalmente e do tipo neuroticismo. Indivíduos que recorrem ao uso de substâncias parecem destacar-se como um grupo mais propenso a apresentar instabilidade emocional,

sendo ainda uma das principais causas para recaídas. (Tarter et al., 1984; Annis & Davis, 1988; McCormick et al., 1998; Stellern et al., 2023)

O estudo de Cooney et al. (1997), demonstrou que os sujeitos apresentam maiores desejos de consumir quando induzidos a um estado emocionalmente negativo e quando expostos ao estímulo de desejo, no caso do álcool. Observaram ainda que indivíduos com ansiedade e depressão eram os mais reativos, referindo que tinham mais tendência a recaídas quando se encontravam num estado emocionalmente negativo. Nesta linha estes resultados sustentam a existência de uma ligação entre estado emocional e uma possível recaída/reação sobre a substância.

De uma forma direta ou não as drogas e o álcool afetam o nosso cérebro, nomeadamente o nosso sistema límbico e o córtex orbito frontal, a ativação destes sistemas tem se mostrado um ponto comum do consumo da maioria das drogas, sendo assim afetados por este consumo recorrente. Não só afeta agressivamente o cérebro como deixa mudanças significativas neste, mesmo quando há uma cessação do consumo. Esta dependência altera assim as funções e estrutura do cérebro (Leshner, 1997). Apesar de não responder a algumas questões pertinentes, nomeadamente ao impacto que o ambiente onde estamos inseridos contribui para o desenvolvimento e manutenção deste consumo, a importância da genética no consumo de substâncias tem sido fundamental. Estudos têm demonstrado que 54% do consumo de álcool é atribuído a questões genéticas (Kendler et al., 1992). Outro estudo mostrou que a genética surge como um fator de risco para um consumo mais consistente em homens do que em mulheres (McGue, 1999).

Posto isto observamos a complexidade de fatores e áreas de vida do indivíduo que podem desempenhar um papel fulcral no desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias. Desde o papel do cérebro, a genética, o contexto social/ambiente, bem como a emoção e os seus processos, são vários os pontos de onde podem surgir gatilhos e desafios para um consumo por parte do indivíduo (Leshner, 1997; Quirk, 2001). Começa assim a haver um consenso de que são vários os fatores que influenciam um possível problema de dependência.

Autocontrolo tem sido descrito, essencialmente, pela capacidade do indivíduo de combater a tendência de realizar certos comportamentos, de forma a sustentar os seus objetivos a longo prazo. Desta forma, o indivíduo adiará o prazer ou recompensa que determinado comportamento lhe proporciona a curto prazo, de modo a trabalhar nos seus objetivos de longo prazo, segundo a literatura isto quer dizer que o indivíduo tem um bom nível de autocontrolo. Uma pessoa com um baixo AC nas suas ações vai ser mais impulsiva ponderando menos sobre

as possíveis consequências, posto isto estes comportamentos impulsivos podem assim levar a comportamentos com consequências negativas (Tangney et al., 2004).

São já vários os estudos que têm demonstrado o impacto e benefícios que o autocontrole tem na vida do indivíduo. Pessoas com um maior nível de AC apresentam uma maior capacidade para regular as suas emoções, e mesmo a controlar os seus pensamentos e ações mais impulsivas, em comparação com pessoas com um baixo nível de autocontrole. Uma rotina com base em comportamentos adaptáveis bem como estratégias bem definidas, surge como uma medida eficaz contra as tentações do dia-a-dia que podem levar o indivíduo a desviar-se do seu principal objetivo (De Ridder & Gillebaart, 2017).

O consumo de snacks pouco saudáveis tem aumentado com o passar dos anos, sendo um fator fulcral para o aumento da taxa de obesidade no mundo. Um estudo na área tinha como objetivo perceber a relação que a comida desempenha no papel de autocontrole quando referentes a alimentos pouco saudáveis/processados. Observaram que havia uma fraca relação entre pessoas com um bom AC em relação à alimentação e à compra e consumo de snacks pouco saudáveis. Quando o AC do indivíduo em relação à comida é fraco, a hipótese de consumo destes snacks parece assim aumentar, enquanto que se o autocontrole for forte há uma menor ingestão deste tipo de alimentos (Honkanen et al., 2012).

Um baixo nível de autocontrole numa determinada situação, é muitas vezes descrito como um desejo incontrolável que parece assumir o “comando” levando a pessoa a sucumbir ao desejo por aquele alimento pouco saudável, falhando assim com os seus objetivos. Contudo esta falha pode dever-se a falta de motivação em escolher a opção mais saudável, derivado de já ter sido confrontado recentemente com situações que testaram essa mesma motivação, não tendo já a energia mental necessária para optar pela opção mais saudável (Cheung et al., 2016).

Cada vez mais nos dias de hoje, tem-se prestado mais atenção e reconhecido o impacto que o nosso suporte social (SS) tem na nossa saúde. Mais propriamente o apoio que recebemos dos que nos rodeiam, o número e qualidade de interações sociais bem como sentimentos de solidão e isolamento. Todos estes pontos parecem impactar a nossa saúde, seja a um nível mais benéfico ou por outro lado prejudicial (Cohen, 2004).

O suporte social pode ser descrito como uma rede que está disponível ao indivíduo, fruto das suas interações, que surgem como mecanismos a nível psicológico para este lidar com situações de stress. Este tipo de apoio pode ser dividido em três, suporte instrumental que atua, por exemplo, no apoio a tarefas diárias. Suporte informativo, que tem como principal ferramenta manter o indivíduo informado sobre determinado assunto e conseqüentemente um aconselhamento para lidar com as consequências do mesmo. Por último o suporte emocional,

surge aqui como um “espaço” que permite a expressão de empatia, um ambiente de calma e confiança promovendo assim a expressão de emoções (Cohen, 2004).

A integração social pode ainda ser descrita como a participação do indivíduo em inúmeros momentos de promoção de relações sociais. Este tipo de convívios vai não só promover um sentimento de pertença e conseqüentemente identificação com a comunidade/grupo, bem como a promoção de comportamentos ativos nas diversas atividades sociais (Cohen, 2004; Rodrigues & Madeira, 2009).

Indivíduos com um maior nível de suporte social parecem estar menos suscetíveis a adoecer, bem como, de certa forma, mais protegidos perante um evento negativo, como a perda de emprego, por exemplo, uma vez que têm uma boa rede de suporte que os ampara, e demonstram melhores níveis de ajuste perante situações adversas. Enquanto que, indivíduos com um baixo nível de suporte social, um isolamento social significativo e uma presente sensação de perda de controlo sobre a própria vida, mostra-se diretamente relacionado com a saúde/desenvolvimento de doenças do indivíduo (Rodrigues & Madeira, 2009).

O isolamento social aparece assim como um fator de risco para um aumento da mortalidade do indivíduo ao mesmo nível que doenças como obesidade, problemas de colesterol e do foro cardíaco (Cohen, 2004; Rodrigues & Madeira, 2009). Este está ainda negativamente correlacionado com ansiedade, perturbações alimentares e problemas de consumos de substâncias (Murley et al., 2024).

Suporte social surge assim como um facilitador e promotor de comportamentos benéficos para a saúde, como uma boa alimentação, prática de exercício físico e uma boa rotina de sono. Indivíduos que estão integrados numa rede de apoio partilham e estão sujeitos à mesma pressão e influência de grupo, o que origina sentimentos de responsabilidade e um maior nível de motivação para não desagradar o mesmo. Contudo isto tanto pode ser benéfico como prejudicial, dependendo do grupo em que estamos inseridos/rodeados (Cohen, 2004; Murley et al., 2024).

A literatura tem demonstrado uma relação entre suporte social e perturbações alimentares. Tendo em conta as pontes de ligação entre dependência alimentar e as perturbações alimentares faz sentido presumir que esta variável poderá também ter um impacto significativo na DA. Num estudo sobre a temática observaram uma DA de 6.18% na sua amostra, bem como uma relação significativa entre suporte social, resiliência e DA, no caso que um baixo nível de suporte social e um baixo nível de resiliência no indivíduo surgem como fatores de risco, e estão negativamente correlacionado com a presença de sintomas referentes a dependência alimentar (Li et al., 2021).

Tendo em conta o aumento crescente da ingestão de alimentos altamente palatáveis e pouco saudáveis apontados pela literatura, bem como o impacto entre as variáveis mencionadas acima com DA parece ser relevante perceber como é que um frequente consumo de substâncias por parte do indivíduo, um baixo nível de autocontrolo e a sua perceção de satisfação com o suporte social se associam com um padrão congruente com a sintomatologia associada a dependência alimentar, numa amostra portuguesa.

Método

Procedimento

A recolha da dados foi feita através de um questionário online via Google Forms, este foi partilhado através de diversas redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram) através da criação de posts e mensagens privadas enviadas aos sujeitos. Recorremos ainda à criação de um Qr Code de modo a facilitar o acesso ao questionário quando a promoção do estudo decorria pessoalmente. Os critérios de inclusão consistiam em ter uma idade compreendida entre 18 e 65 anos, ter acesso à internet e ser fluente na língua portuguesa, sendo os de exclusão não ter uma idade compreendida à mencionada em cima e não dominar a língua portuguesa.

Participantes

A amostra inicial obteve um total de 496 respostas. Contudo foi necessário eliminar as respostas de 17 participantes, uma vez que 15 destes tinham idade inferior a 18 anos e 2 tinham idade superior a 65 anos, não cumprindo assim os critérios de idade estabelecidos no questionário. Posto isto, a amostra final é composta por 479 participantes, 377 mulheres e 102 homens. A idade dos participantes está compreendida entre os 18 e os 65 anos, com um média de idade de 28,32 e um desvio padrão de 10,61 (**Tabela 1**).

Tabela 1

Dados Sociodemográficos

Caraterísticas	n	%	Média (Desvio-Padrão)
Mulher	377	78,5%	
Homem	102	21,3%	
Outro			
Idade			28,32 (10,61)
Nacionalidade			
Portuguesa	454	94,6%	
Brasileira	13	2,7%	
Outra	12	2,5%	

Habilitações Literárias		
Ensino Básico (4ºano)	1	0,2%
Ensino Básico (6ºano)	1	0,2%
Ensino Básico (9ºano)	22	4,6%
Ensino Secundário (12ºano)	201	41,9%
Licenciatura	204	42,5%
Mestrado ou Pós-Graduação	49	10,2%
Doutoramento	1	0,2%
Situação Profissional		
Sou profissionalmente ativo	271	56,5%
Não tenho um trabalho	29	6,0%
Sou estudante	179	37,3%
Estado Relacional		
Tenho uma relação, e vivo com o(a) meu/minha parceiro(a)/cônjuge	143	29,8%
Tenho uma relação, mas não vivo com o(a) meu/minha parceiro(a)/cônjuge	173	36%
Não tenho uma relação	163	34%
Rendimento Anual		
Até 10.000€	126	26,3%
De 10.001€ a 20.000€	152	31,7%
De 20.001 a 37.500€	105	21,9%
De 37.501€ a 70.000€	57	11,9%
Superior a 70.000€	16	3,3%

Desenho da Investigação

Trata-se de um estudo transversal que tem como objetivo observar a população presente na amostra durante um momento, sendo ainda um estudo descritivo, correlacional e quantitativo, sendo a amostragem do tipo não probabilístico.: por conveniência (Marôco, 2014).

Material

Questionário Sociodemográfico

Para averiguar as questões sociodemográficas abordamos a idade dos participantes, sexo biológico, nacionalidade, nível de escolaridade, estado relacional, situação profissional e rendimento anual.

Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS)

Para avaliar a presença de padrões comportamentais congruentes com a dependência alimentar, utilizou-se no presente estudo a Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS), tendo sido necessário proceder à tradução do mesmo para ser usado numa amostra portuguesa. YFAS 2.0 trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 35 itens divididos em 11 dimensões com base nos critérios de diagnóstico do DSM-V para consumo de substâncias. Estas 11 dimensões estão divididas em: Excesso (EX) (Ex: “Comi até ao ponto de me sentir indisposto fisicamente.”), Desejo Persistente (DP) (Ex: “Tentei reduzir ou não comer certos tipos de alimentos, mas não fui bem-sucedido.”), Tempo na Procura (TP) (Ex: “Passei muito tempo a comer certos alimentos ao longo do dia.”), Tempo de Atividades Reduzido (AR) (Ex: “Evitei o trabalho, a escola ou atividades sociais porque tinha medo de comer em demasia.”), Uso Contínuo (C) (Ex: “Continuei a comer da mesma forma, apesar de a minha alimentação causar problemas físicos.”), Tolerância (T) (Ex: “Comer a mesma quantidade de comida já não me dava tanto prazer como antes.”), Abstinência (A) (Ex: “Quando reduzi ou deixei de comer alimentos, senti-me enervado, nervoso ou triste.”), Problemas Sociais (PS) (Ex: “Tive problemas com a minha família ou amigos por ter comido demasiado.”), Falha no Cumprimento das Obrigações (FC) (Ex: “Não me sentia bem no trabalho ou na escola porque comia demasiado.”), Uso em Situações Fisicamente perigosas (SFP) (Ex: “Distraí-me tanto a comer que poderia ter-me magoado (por exemplo, ao conduzir um carro, ao atravessar a rua, ao utilizar máquinas.)” e Forte Desejo de consumo (D) (Ex: “Tinha desejos tão intensos por certos alimentos que sentia que tinha de os comer imediatamente.”). A escala de resposta é de tipo Likert de 8 pontos em que 1 corresponde a nunca e 8 a todos os dias. Os itens abordam os

hábitos alimentares do indivíduo relativamente ao último ano. Este instrumento apresenta ainda uma consistência interna de 0.95 (Gonçalves et al., 2021).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Para medir o Suporte Social dos participantes recorri ao uso da escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999). Este instrumento é composto por 15 frases de auto preenchimento onde cada participante seleciona o grau que corresponde mais à sua percepção de suporte social. Estas 15 frases encontram-se divididas em 4 dimensões: Satisfação com as amizades (Ex: “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.”) (itens 1,2,3,4,5), Intimidade (Ex: “Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”) (itens 6,7,8,9), Satisfação com a família (Ex: “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.”) (itens 10,11,12), Atividades Sociais (Ex: “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.”) (itens 13,14,15), os itens 1,6,9,13,14 e 15 tratam-se de itens invertidos. Encontra-se ainda organizado numa escala de Likert de 5 pontos sendo 1-concordo totalmente a 5-discordo totalmente. Este instrumento apresenta ainda um alfa de Cronbach total de 0.85 (Ribeiro, 1999).

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Para perceber o consumo de substâncias da minha amostra recorreu-se ao uso do instrumento The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) este é composto por 10 subescalas, contudo no presente estudo utilizei apenas 5 (Álcool, Tabaco, Cannabis, Cocaína e Bebidas Energéticas) (Group, 2002). Este instrumento encontra-se traduzido e validado para uma amostra da população portuguesa sendo composto por 8 questões sendo a primeira de triagem, da 2 a 7 perceber o envolvimento do participante com a substância (Ex: “Nos últimos três meses com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?” Ou “Nos últimos três meses com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir?”) e a última questiona se já consumiu por via injetável. As respostas às questões 2 a 5 estão organizadas segundo uma escala de Likert de 5 pontos: nunca, 1 ou 2 vezes, mensalmente, semanalmente, diariamente ou quase diariamente. E numa escala de 3 pontos para as questões 6 e 7: não, nunca; sim, nos

últimos 3 meses; sim, mas não nos últimos 3 meses. Apresenta uma consistência interna entre 0.70 e 0.90 (Mostardinha et al., 2019).

Brief Self-Control Scale (BSCS)

Para medir o autocontrole dos participantes utilizou-se a Brief Self-Control Scale (BSCS), trata-se de um instrumento de medida curta e unidimensional composto por 13 itens (Ex: “Sou capaz de trabalhar eficazmente em direção a objetivos de longo prazo.” Ou “Gostava de ter mais autodisciplina.”), sendo que os itens 1,2,3,4,6,9,10 12 e 13 são invertidos. Esta escala deriva da original Self-Control Scale (SCS) composta por 36 itens (Tangney et al., 2004). Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado para a população portuguesa, apresentando um alfa de Cronbach acima de 0.80. Está ainda organizado segundo uma escala de Likert de 5 pontos sendo 1-Nada a ver comigo a 5-Tudo a ver comigo (Pechorro et al., 2020).

Análise de Dados

Inicialmente começamos por analisar descritivamente os dados através do cálculo da média e do desvio-padrão. Para analisarmos a validade/ajustamento dos instrumentos na presente amostra realizei uma análise fatorial confirmatória (AFC), tendo em atenção os seguintes indicadores: Tucker-Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) e Qui-Quadrado (χ^2). Para avaliar a qualidade do ajustamento utilizei como valores de referência, para o TLI (<0.90: ajuste insatisfatório; entre 0.90 e 0.95: ajuste aceitável e acima de 0.95 ajuste muito bom/excelente), GFI (<0.90: ajuste insatisfatório; entre 0.90 e 0.95 um ajuste aceitável e acima de 0.95 um ajuste muito bom) e CFI (<0.90: ajuste insatisfatório; entre 0.90 e 0.95 um ajuste aceitável e igual ou acima de 0.95 um ajuste muito bom/excelente. Para o RMSEA (<0.05: ajuste muito bom/excelente; 0.05 a 0.08 um ajuste aceitável; 0.08 a 0.10 um ajuste mediano e acima de 0.10 fraco ou inadequado. Para o χ^2 (>5: ajuste inadequado; entre 3 a 5 marginal; entre 2 e 3 aceitável e igual ou acima de 2 um ajuste muito bom. Para avaliar a consistência interna recorri a análise do alfa de Cronbach (α) (<0.5 considerado inaceitável; 0.5 a 0.6 fraca ou baixa confiabilidade; 0.6 a 0.7 questionável; 0.7 a 0.8 aceitável; 0.8 a 0.9 bom e acima ou igual a 0.9

excelente. Realizei ainda um modelo de equações estruturais para perceber se a idade, sexo, estado relacional (variáveis sociodemográficas) e o autocontrolo, suporte social e consumo de substâncias contribuíam como um fator de risco para uma maior frequência de sintomas congruentes com dependência alimentar. Como referência valores de P-value menor ou igual a 0.05 demonstram uma associação significativa entre as variáveis (Marôco, 2014).

A análise dos dados foi feita através dos programas R versão 4.4.1 e o Software IBM SPSS Statistics versão 30.

Resultados

Instrumento YFAS 2.0

Análise Fatorial Confirmatória (AFC) YFAS 2.0

Esta escala apresenta um valor de $X^2 = 3.847$ sendo considerado um valor marginal e um RMSEA = 0.077 considerado aceitável. Observamos ainda um valor de CFI = 0.885, TLI = 0.860 e um GFI = 0.826 considerado um ajustamento insatisfatório (**Figura 1**). Foi necessário alguns ajustes do modelo através da observação dos índices de modificação, entre os itens FA10 e FA21, FA12 e FA13, FA31 e FA32, FA33 e FA34 e FA11 e FA14.

Apesar dos itens FA10 e FA21 não pertencerem à mesma dimensão, ambos partilham o mesmo contexto teórico em que em ambos os itens há uma evitação de situações sociais e obrigações laborais derivado de um receio em comer em demasia ou sofrerem julgamento por esse consumo em excesso.

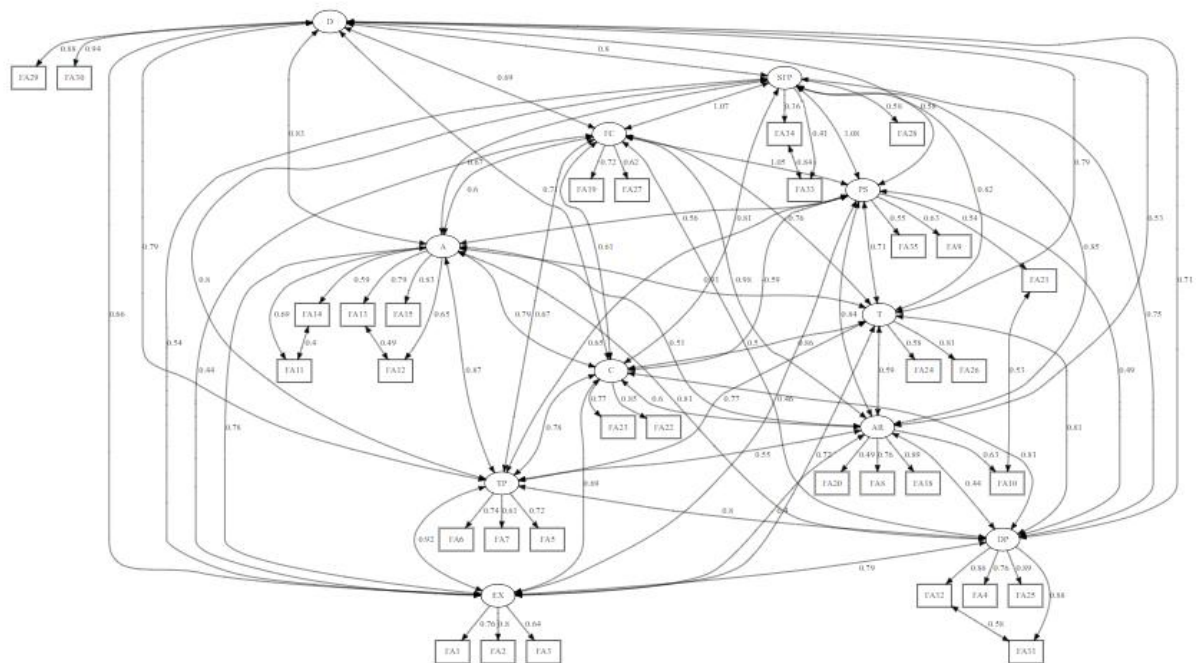


Figura 1 - Análise Fatorial Confirmatória da YFAS 2.0.

Fiabilidade/Consistência Interna

A YFAS 2.0 apresentou um $\alpha = 0.950$ considerado excelente. A maioria das 11 dimensões apresentou uma boa consistência interna ($0.730 \leq \alpha \leq 0.914$), contudo a dimensão da Tolerância ($\alpha = 0.640$) apresentou uma fiabilidade questionável e as dimensões de Problemas Sociais ($\alpha = 0.582$), Falha no cumprimento das obrigações ($\alpha = 0.567$) e Uso em Situações fisicamente perigosas ($\alpha = 0.513$) uma baixa confiabilidade.

Instrumento ESSS

Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ESSS

Este instrumento apresentou um valor de RMSEA = 0.083 sendo considerado um ajustamento inaceitável, um TLI = 0.876 insatisfatório, um valor de $X^2 = 4.291$ considerado marginal e um GFI = 0.906 e um CFI = 0.902 tendo um ajustamento aceitável (Figura 2). Nesta análise fiz apenas um ajuste entre os itens SS7 e SS8 que pertencem à dimensão da Intimidade.

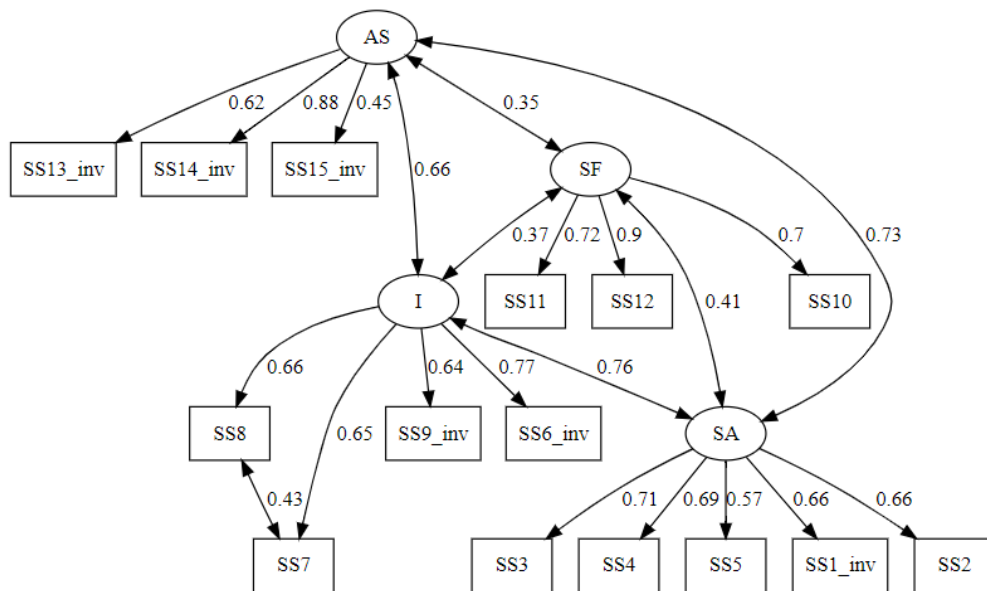


Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória da ESSS

Fiabilidade/Consistência Interna

O instrumento ESSS apresentou um $\alpha=0.869$ considerado bom. As dimensões, Satisfação com as amizades ($\alpha=0.789$), Intimidade ($\alpha=0.792$) e Satisfação com a Família ($\alpha=0.810$) apresentaram uma confiabilidade considerada aceitável e a dimensão de Atividades Sociais ($\alpha=0.670$) uma consistência questionável.

Instrumento ASSIST

Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ASSIST

Esta escala apresentou um RMSEA= 0.087 sendo considerado um ajustamento inaceitável, um $X^2= 4.589$ aceitável e um GFI= 0.927, CFI= 0.927 e um TLI= 0.902 com um bom ajustamento (**Figura 3**). Realizei 4 ajustes entre os itens: CSA3 e CSA4, CST1 e CST2, CSA1 e CSA2 e CST4 e CSA4.

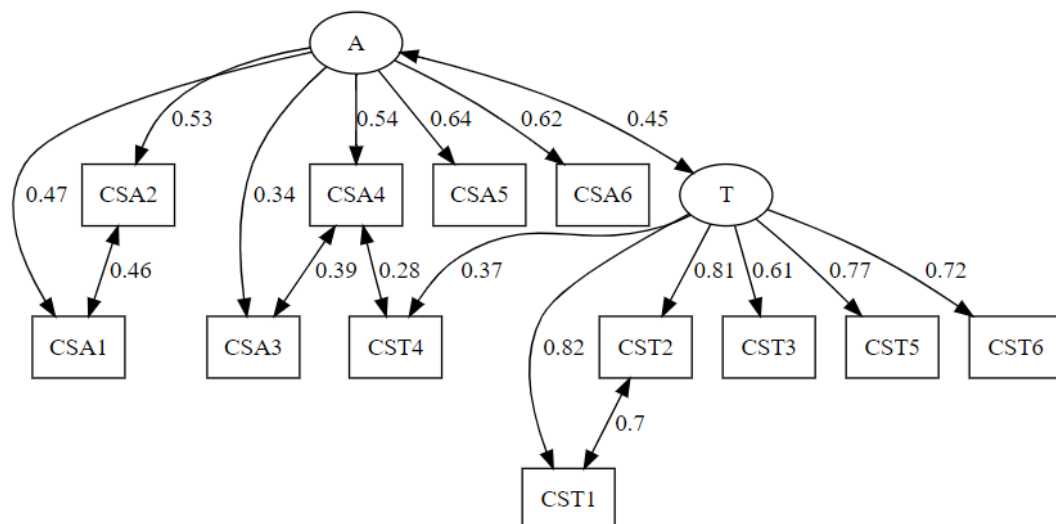


Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória da ASSIST

Fiabilidade/Consistência Interna

Relativamente ao instrumento ASSIST, devido à ausência de respostas ao item consumo por via injetável, e ao pequeno número de respostas de consumo de cocaína, cannabis e bebidas energéticas, decidimos prosseguir apenas com as respostas relativas ao álcool e ao tabaco. A dimensão referente à substância Tabaco apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0.856$), já em relação à substância álcool esta apresentou uma consistência interna aceitável ($\alpha=0.734$).

Análise Fatorial Confirmatória (AFC) BSCS

Na presente AFC obteve-se um $X^2=3.874$ considerado marginal e um RMSEA= 0.067 com um ajustamento aceitável, um TLI= 0.899 sofrível, um CFI= 0.922 bom e um GFI= 0.956 considerado muito bom (**Figura 4**).

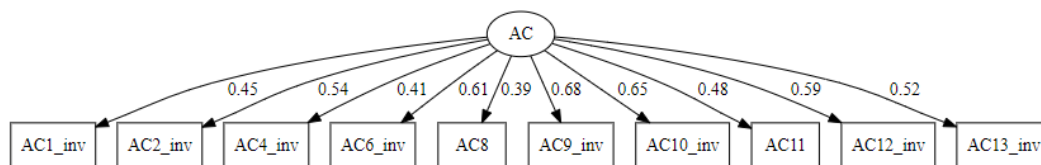


Figura 4 - Análise Fatorial Confirmatória da BSCS

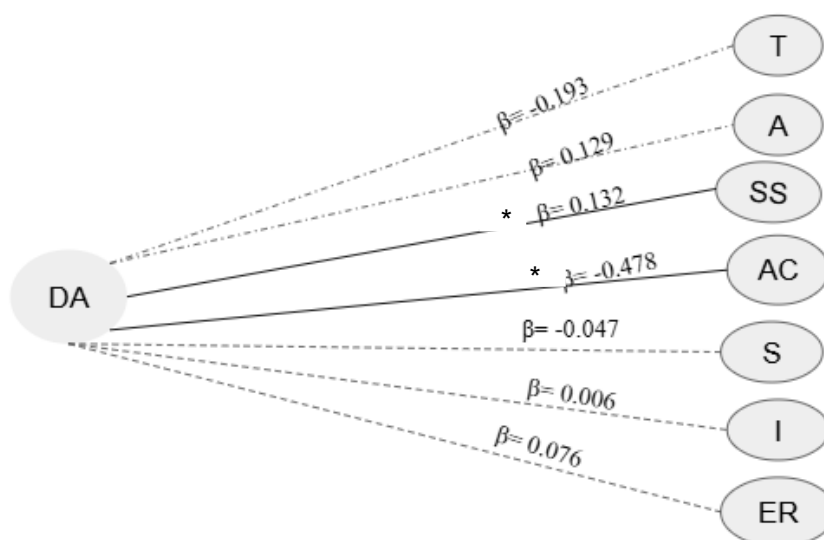
Fiabilidade/Consistência Interna

O instrumento BSCS inicialmente apresentou um $\alpha=0.563$ considerado pobre, contudo passei à remoção de três itens que apresentavam um baixo peso fatorial, AC3_inv (0.343), AC5 (0.337) e AC7 (0.321), isto melhorou significativamente a consistência interna do instrumento que subiu para $\alpha=0.799$ sendo este equivalente a uma boa confiabilidade.

Modelo De Equações Estruturais

No modelo de equações estruturais obtivemos um CFI= 0.775 e um TLI= 0.766 considerados insatisfatórios, um RMSEA= 0.051 aceitável e um X^2 :4.589 marginal, observou-se ainda um GFI= 0.927 que se apresenta com um bom ajustamento. Podemos assim afirmar que temos um modelo aceitável.

DA= Dependência Alimentar; T= Tabaco; A= Álcool; SS= Suporte Social; AC= Autocontrolo; S= Sexo; I=



Idade; ER= Estado Relacional; n.s. $p \geq 0.05$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$;

Figura 5 - Modelo De Equações Estruturais

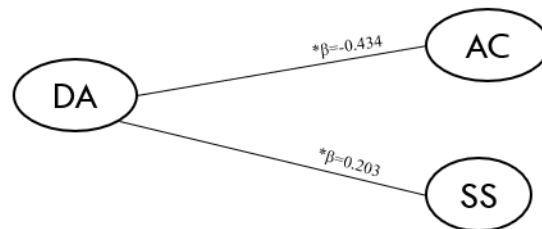
Observamos uma relação significativa entre as variáveis Dependência Alimentar e Autocontrolo ($\beta = -0.478$; $p = 0.001$). Os participantes desta amostra que apresentam um menor autocontrolo manifestam igualmente um padrão mais frequente de sintomas relacionados com dependência alimentar (**Figura 5**).

Perceciona-se ainda uma relação marginalmente significativa entre as variáveis Dependência Alimentar e Suporte Social ($\beta = 0.132$; $p = 0.054$). Participantes que apresentam uma maior satisfação com o seu suporte social apresentam também maior frequência de um padrão de sintomas relacionado com DA (**Figura 5**).

Não se viu nenhuma relação significativa, neste estudo, entre as variáveis DA e o consumo de tabaco ($\beta = -0.193$; $p = 0.195$), álcool ($\beta = 0.129$; $p = 0.615$), bem como com a idade ($\beta = 0.006$; $p = 0.886$), sexo biológico ($\beta = -0.047$; $p = 0.299$) e estado relacional do participante ($\beta = 0.076$; $p = 0.111$) (**Figura 5**).

Tendo em conta os resultados acima mencionados, as variáveis independentes apresentam uma variância explicada de 44.2% ($R^2= 0.442$) de dependência alimentar. Posto isto, procedemos à realização do refinamento do modelo, removendo todas as variáveis que não apresentaram uma relação significativa com DA.

O modelo final mostra-nos uma relação significativa entre DA e AC ($\beta=-0.434$; $p=0.000$) e DA e SS ($\beta=0.203$; $p=0.000$) (**Figura 6**), apresentou ainda uma variância explicada moderada de 29.5% ($R^2= 0.295$) de dependência alimentar. Este modelo apresenta ainda um valor de CFI= 0.851, TLI=0.843, RMSEA=0.045, GFI= 0.927 e X^2 : 4.589. Através da análise deste modelo final, observamos assim que um menor nível de autocontrolo por parte do indivíduo bem como uma alta perceção do seu suporte social surgem aqui como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia associada a DA na presente amostra.



DA= Dependência Alimentar; SS= Suporte Social; AC= Autocontrolo; n.s. $p \geq 0.05$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$;

Figura 6 – Modelo Final Refinado

Discussão

O consumo de alimentos ricos em gordura e altamente palatáveis para o ser humano tem ganhado espaço como temática importante nos dias de hoje, este tipo de alimentos começam cada vez mais a ser hábito na rotina do indivíduo, seja pelas campanhas de marketing de grandes cadeias que promovem estas comidas como mais acessíveis monetariamente, seja pela associação a um maior prazer ao sujeito, bem como um prazer imediato. Um consumo regular deste tipo de alimentos aparece amplamente associado ao desenvolvimento de obesidade, bem como doenças de cariz cardíaco e mesmo do foro psicológico (Raghunathan, 2006; Gomez-Donoso, 2025). O âmbito deste estudo tinha como principal objetivo perceber o papel do autocontrolo, a satisfação com o suporte social e ainda se um consumo de álcool e tabaco como possíveis fatores de risco para uma maior frequência de sintomas congruentes com dependência alimentar no indivíduo.

O autocontrolo mostra-se fundamental nas tomadas de decisão do indivíduo, no que diz respeito ao consumo de alimentos a investigação tem-nos mostrado que um maior nível de autocontrolo é crucial para escolhas alimentares mais saudáveis. Sabemos que perante uma maior variedade de alimentos o indivíduo tem tendência a consumir em maior excesso, mesmo que não sinta fome mas sim por haver uma crença de que só ao consumir mais alimentos é que irá ficar saciado (Haws & Redden, 2013). O presente estudo observou a existência de uma relação entre autocontrolo e sintomas congruentes com dependência alimentar, o que vai ao encontro da literatura.

Fan e Jin (2014), realizaram um estudo em que compararam indivíduos com peso normal versus com obesidade, e apesar de haver uma intenção de perda de peso, indivíduos com obesidade apresentaram menor probabilidade de fazer escolhas alimentares mais saudáveis bem como de implementar uma rotina de exercício físico, uma vez que apresentam um menor AC. Um baixo autocontrolo aparece amplamente associado ao desenvolvimento de maus hábitos alimentares bem como a uma ausência de prática de exercício físico, sendo um claro fator de risco para a manutenção e desenvolvimento de obesidade.

A literatura tem também demonstrado que a capacidade/energia mental do sujeito e a forma como lida com as suas emoções podem impactar o desenvolvimento de sintomatologia congruente com DA (Innamorati et al., 2017). Neste seguimento, os autores observaram que participantes com uma maior apresentação de sintomas de dependência alimentar tinham mais dificuldade em controlar os seus impulsos, bem como a lidar com as suas emoções em situações emocionalmente negativas (Innamorati et al., 2017). Um pouco na mesma linha de raciocínio,

só que com adolescentes, outro estudo observou que há um maior risco perante situações de vivência de um estado emocional negativo e a apresentação de um baixo autocontrole, para a frequência de uma perda de controle em relação a ingestão de comida, havendo uma crença inerente de que este excesso irá aliviar o estado emocional negativo (Van Malderen et al., 2021). Estes estudos vêm mostrar e sustentar aqui a premissa de que há uma procura e consumo de alimentos com intuito e com a crença de que iram obter um estado emocional mais positivo perante a vivência de um episódio negativo em situações de cariz social que de certa forma obrigaria o indivíduo a lidar e regular as emoções desencadeadas (Innamorati et al., 2017; Van Malderen et al., 2021).

Os resultados do presente trabalho mostram-se assim consistentes com a literatura, uma vez que observamos uma relação entre indivíduos com um baixo autocontrole e sintomatologia de dependência alimentar, ou seja que sujeitos com um baixo autocontrole apresentam um maior risco de desenvolver sintomas congruentes com dependência alimentar.

Outro dos resultados observados no presente trabalho foi a relação entre o suporte social do indivíduo e a variável dependência alimentar. Observou-se que indivíduos com uma maior perceção de suporte social apresentariam um risco maior de desenvolver estes sintomas.

A literatura tem demonstrado que indivíduos com um baixo autocontrole mostram-se mais sujeitos a serem influenciados, e neste caso em relação às suas escolhas alimentares. Há assim um peso associado às pessoas que nos rodeiam, ao nosso suporte social, no sentido em que surgem como uma influência, que pode ser negativa ou positiva nas nossas escolhas alimentares. Quando o indivíduo apresenta menos energia mental associado a um baixo autocontrole, tal como mencionado acima, este mostra-se assim mais exposto à influência externa, havendo uma tendência para seguir a maioria ou a escolha que o indivíduo acha que a maioria irá optar, mesmo não sendo a mais saudável (Robinson et al., 2016).

Há muito que o processo de ingerir alimentos deixou de ser apenas por uma questão de necessidade de satisfazer as nossas necessidades biológicas, comer tornou-se cada vez mais um momento social, culturalmente é visto o ato de comer também como um momento de partilha com o outro (Cruwys et al., 2015).

A literatura parece pesar em maior escala para a influência positiva que o suporte social traz quando se fala do desenvolvimento de perturbações a nível alimentar. Stern et al. (2023), realizou um estudo longitudinal que tinha como principal objetivo perceber o impacto que a perceção de suporte social por estas mulheres, em relação ao seus pares teria numa possível relação com perturbações alimentares. Observou que uma baixa perceção de SS surgia como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares, e que uma perceção

positiva de SS funcionaria como um fator de proteção em relação às mesmas. Os resultados apresentados por este autor são congruentes com os apresentados por Kim, S., et al. (2023), que observou que uma menor percepção de SS está associada a perturbações alimentares e que uma maior percepção do mesmo surge como um fator de remissão e um grau mais baixo de perturbações alimentares.

Nesta linha, observou-se que a literatura não vai de encontro aos resultados apresentados no presente estudo, em que apesar de que marginal, esta amostra mostrou uma relação significativa entre sintomatologia associada a DA e uma maior percepção de SS.

Contudo, um estudo realizado com uma amostra composta por jovens mulheres, observou que o SS de forma indireta, predizia uma maior ingestão, associada aqui às emoções negativas, ou seja perante uma percepção mais alta de suporte social e uma ativação de atividade cerebral associada a emoções negativas havia um aumento de consumo alimentar disfuncional (Xiao et al., 2023). Os resultados observados por este autor mostram-se assim congruentes com os encontrados no presente estudo.

Uma das explicações para os resultados apresentados neste estudo não irem de acordo com a literatura pode também ser justificado pela ausência de estudos que se debrucem sobre uma alta percepção de SS por parte do indivíduo e perturbações alimentares ou dependência alimentar, sendo também deveras pertinente estudar possíveis moderadores que possam explicar estas diferenças. O facto de DA ser também um novo conceito que se enquadra nas perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, apesar da semelhança que partilha em alguns pontos com as perturbações alimentares, pode ser o início da explicação destes resultados diferenciados. Um ponto ainda interessante a ter em conta, levantado pelos resultados de um estudo realizado por Kwan e Gordon em 2016, mostrou que apesar do suporte social reduzir o stress e mesmo comportamentos do tipo bulímico, nem sempre influenciava de uma forma direta todos os tipos de consumo alimentar.

O consumo de tabaco e álcool foi outra variável analisada, contudo nesta amostra não se obteve resultados significativos entre estas variáveis. Uma das explicações para a falta de relação neste estudo pode dever-se aos valores baixos de consumo destas substâncias na presente amostra, apenas 14.6% dos participantes admite fumar diariamente, sendo que 68.3% da amostra não fuma de todo, já em relação ao álcool a prevalência é ainda mais reduzida temos um consumo diário desta substância de 2.5%, 12.7% dos participantes afirmam que consomem 1 a 4 vezes por semana e 25.3% bebe 1 a 3 vezes por mês. Alguns autores observaram resultados na mesma linha, uma ausência de relação entre consumo destas substâncias e o desenvolvimento de sintomas de DA, mesmo perante a presença destes sintomas na amostra

esta não apresentava relação estatisticamente significativa com um consumo. Alguns fatores que podem explicar esta falta de relação, tal como no nosso estudo, são uma amostra pequena, um desenho de estudo transversal uma vez que não possibilita causalidade e uma baixa percentagem de indivíduos que consomem na amostra recolhida (Owari et al., 2019; Zawertailo et al., 2020; Reche-García et al., 2022).

Em relação a variáveis sociodemográficas nenhuma das três analisadas se mostrou significativa com DA. Relativamente ao estado relacional dos participantes a amostra estava dividida de forma equilibrada entre as 3 opções, talvez estar solteiro/a e ter uma relação com outro mas não morarem juntos não seja tão significativo para as escolhas alimentares do sujeito.

O sexo biológico dos participantes também não mostrou relação com DA, a amostra é em grande parte constituída por mulheres, estes resultados vão de encontro com alguma literatura, algumas razões que podem explicar a falta de relação apresentada no presente estudo e na literatura é a amostra ser comunitária e uma baixa relação entre DA e uma baixa presença de comportamentos de consumo de substâncias (Berenson et al., 2015). Estudos com amostras equilibradas (mesmo número de homens e mulheres) e perante o mesmo contexto clínico e cultural é também um fator apresentado para a ausência desta relação associada em maior escala às mulheres (Wiedemann et al., 2018; Stojek et al., 2021).

Por último a idade pode não ter sido significativa pela sua grande dispersão, sendo uma das limitações deste estudo, a variabilidade da idade dos participantes, entre 18 a 65 anos numa amostra desta dimensão pode ter influenciado esta falta de relação, a literatura tem demonstrado que os jovens adultos apresentam um maior risco sendo interessante num estudo futuro limitar a idade para ver se há algum tipo de relação congruente com a literatura (Oliveira et al., 2021; Vasiliu., 2022).

Para além da questão da dispersão de idades dos participantes, o tamanho da amostra e uma amostra em grande parte composta por mulheres são algumas das limitações deste estudo. O tamanho do questionário e consequentemente o tempo que leva a preencher foi outra das limitações, apesar da praticidade e maior alcance de um questionário partilhado online temos consciência que nos dias de hoje é cada vez mais difícil captar a atenção das pessoas numa tarefa durante um longo período de tempo. Num estudo futuro para avaliar o consumo de substâncias optaria por um instrumento mais curto. Do meu ponto de vista, futuramente seria interessante explorar um pouco mais a relação entre o suporte social como variável negativa e a dependência alimentar, inicialmente quando escolhi esta variável a previsão era que funcionasse com uma variável positiva e surpreendentemente mostrou-se o contrário no

presente trabalho, posto isto seria interessante estudar mais a fundo a relação destas duas variáveis nomeadamente com variáveis como o estado relacional e o sexo biológico.

Concluindo, o presente estudo mostrou uma relação significativa entre um baixo nível de autocontrolo e uma alta perceção de suporte social do sujeito e sintomas relacionados com dependência alimentar. Sendo este um conceito a ganhar cada vez mais importância nos dias de hoje, parece-me deveras pertinente continuar a aprofundar os estudos nesta área e possíveis fatores que sejam risco ou protetores para o desenvolvimento desta dependência.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). Substance Use Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm03>
- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies.
- Ashe, K. M., & Lapane, K. L. (2018). Food insecurity and obesity: Exploring the role of social support. *Journal of Women's Health*, 27(5), 651–658.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6454>
- Balsa, Vital & Urbano (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD. Consultado em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
- Bekiros S, Jahanshahi H, Munoz-Pacheco JM(2022) A new buffering theory of social support and psychological stress. PLoS ONE 17(10): e0275364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275364>
- Berenson, A. B., Laz, T. H., Pohlmeier, A. M., Rahman, M., & Cunningham, K. A. (2015). Prevalence of food addiction among low-income reproductive-aged women. *Journal of women's health*, 24(9), 740-744. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5182>
- Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., Begleiter, H., Crowe, R. R., Hesselbrock, V., Nurnberger, J. I., ... & Reich, T. (1998). Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 982-988.
doi:10.1001/archpsyc.55.11.982

- Cheung, T., Gillebaart, M., Kroese, F., & De Ridder, D. (2016). Self-Control Success Revealed: Greater Approach Motivation Towards Healthy versus Unhealthy Food. *Applied Cognitive Psychology, 30*(6), 846-853. <https://doi.org/10.1002/acp.3258>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist, 59*(8), 676.
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O., & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of abnormal psychology, 106*(2), 243.
- Crozier, M. E., Farokhnia, M., Persky, S., Leggio, L., & Curtis, B. (2023). Relationship between self-stigma about alcohol dependence and severity of alcohol drinking and craving. *BMJ Ment Health, 26*(1). <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300852>
- Cruwys, T., Bevelander, K. E., & Hermans, R. C. (2015). Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite, 86*, 3-18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035>
- de Melo Barros, L., da Silva Júnior, A. E., Praxedes, D. R. S., Monteiro, M. B. L., de Lima Macena, M., & Bueno, N. B. (2023). Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale in Latin America: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 56*(4), 677-690. <https://doi.org/10.1002/eat.23909>
- De Ridder, D., & Gillebaart, M. (2017). Lessons learned from trait self-control in well-being: Making the case for routines and initiation as important components of trait self-control. *Health psychology review, 11*(1), 89-99. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1266275>
- De Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). <https://doi.org/10.1177/1088868311418749>

- Fan, M., & Jin, Y. (2014). Obesity and Self-control: Food Consumption, Physical Activity, and Weight-loss Intention. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 36(1), 125-145. <https://doi.org/10.1093/aep/ppt034>
- Fernandes, I., Andrade, L. M., Martins, M. M., Martins, T., Rolim, K. M., & Guerra-Martín, M. D. (2019). Consumo de substâncias aditivas, tabaco, álcool y marijuana, em estudantes do Norte de Portugal. *Enfermería Global*, 18(2), 180-209. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.307801>.
- Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 795-805. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.004>
- Gomez-Donoso, C., Kelly, B., Martino, F., Cameron, A. J., Richter, A. P. C., Sacks, G., ... & Backholer, K. (2025). Public support for unhealthy food marketing policies in Australia: A cross-sectional analysis of the International Food Policy Study 2022. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 100231. <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2025.100231>
- Gonçalves, S., Moreira, C. S., Machado, B. C., Bastos, B., & Vieira, A. I. (2021). Psychometric properties and convergent and divergent validity of the Portuguese Yale Food Addiction Scale 2.0 (P-YFAS 2.0). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01218-0>
- Group, W. A. W. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Haws, K. L., & Redden, J. P. (2013). In control of variety. High self-control reduces the effect of variety on food consumption. *Appetite*, 69, 196-203. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.006>

- Hayes, R. L., & Mayer, D. J. (1978). Morphine tolerance: Is there evidence for a conditioning model?. *Science*, 200(4339), 343-345. DOI: [10.1126/science.635595](https://doi.org/10.1126/science.635595)
- Hermans, R. C., Engels, R. C., Larsen, J. K., & Herman, C. P. (2009). Modeling of palatable food intake. The influence of quality of social interaction. *Appetite*, 52(3), 801-804. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.008>
- Hermans, R. C., Larsen, J. K., Herman, C. P., & Engels, R. C. (2012). How much should I eat? Situational norms affect young women's food intake during meal time. *British Journal of Nutrition*, 107(4), 588-594. <https://doi.org/10.1017/S0007114511003278>
- Herman, C. P., & Polivy, J. (2005). Normative influences on food intake. *Physiology & Behavior*, 86, 762–772. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.08.064>
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003b). Effects of the presence of others on food intake. A normative interpretation. *Psychological Bulletin*, 129(6), 873–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873>
- Honkanen, P., Olsen, S. O., Verplanken, B., & Tuu, H. H. (2012). Reflective and impulsive influences on unhealthy snacking. The moderating effects of food related self-control. *Appetite*, 58(2), 616-622. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.019>
- Innamorati, M., Imperatori, C., Harnic, D., Erbuto, D., Patitucci, E., Janiri, L., ... & Fabbriatore, M. (2017). Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine*, 43(1), 21-30. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1036831>
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2020). Inquérito Nacional de Saúde, 2019. Lisboa: INE. Consultado em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008704&contexto=bd&selTab=tab2

- Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C., & Eaves, L. J. (1992). A population-based twin study of alcoholism in women. *Jama*, 268(14), 1877-1882. doi:10.1001/jama.1992.03490140085040
- Kim, S., Smith, K., Udo, T., & Mason, T. (2023). Social support across eating disorder diagnostic groups: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Eating behaviors*, 48, 101699. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101699>
- Kwan, M. Y., & Gordon, K. H. (2016). The effects of social support and stress perception on bulimic behaviors and unhealthy food consumption. *Eating behaviors*, 22, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.024>
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 154, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47. DOI: [10.1126/science.278.5335.45](https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45)
- Li, S., Schulte, E. M., Cui, G., Li, Z., Cheng, Z., & Xu, H. (2021). Psychometric properties of the Chinese version of the modified Yale Food Addiction Scale version 2.0 (C-mYFAS 2.0): prevalence of food addiction and relationship with resilience and social support. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01174-9>
- Luo, Y., Zhang, Y., Sun, X., Dong, J., Wu, J., & Lin, X. (2022). Mediating effect of self-control in the relationship between psychological distress and food addiction among college students. *Appetite*, 179, 106278. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106278>

- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. (2ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number
- Maxwell, A. L., Gardiner, E., & Loxton, N. J. (2020). Investigating the relationship between reward sensitivity, impulsivity, and food addiction: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 368-384. <https://doi.org/10.1002/erv.2732>
- McCormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra, J. H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviors*, 23(4), 497-507. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00005-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00005-7)
- McGue, M. (1999). Behavioral genetic models of alcoholism and drinking.
- Mostardinha, A. R., Bártoło, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validação do the Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) em estudantes universitários. *Acta medica portuguesa*, 32(4), 279-288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Murley, W. D., Oberle, C. D., Howard, K. J., & Perrotte, J. K. (2024). Anxiety connects social media use to food and alcohol disturbance and disordered eating when social support is low. *Eating Behaviors*, 53, 101879. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101879>
- Nathan, P. E., Conrad, M., & Skinstad, A. H. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual review of clinical psychology*, 12(1), 29-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093546>
- Oliveira, J., Colombarolli, M. S., & Cordas, T. A. (2021). Prevalence and correlates of food addiction: Systematic review of studies with the YFAS 2.0. *Obesity research & clinical practice*, 15(3), 191-204 <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.03.014>

- Owari, Y., Miyatake, N., & Suzuki, H. (2019). Relationship between food dependence and nicotine dependence in smokers: a cross-sectional study of staff and students at medical colleges. *Medicina*, 55(5), 202. <https://doi.org/10.3390/medicina55050202>
- Pachucki, M. A., Jacques, P. F., & Christakis, N. A. (2011). Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings. *American journal of public health*, 101(11), 2170-2177. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300282>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., ... & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Pechorro, P. F. S., Pontes, C., Ray, J., DeLisi, M., & Alberto, I. (2020). Escala breve de autocontrole: Validação e invariância numa amostra de jovens portugueses. <https://hdl.handle.net/1822/70471>
- Praxedes, D. R., Silva-Júnior, A. E., Macena, M. L., Oliveira, A. D., Cardoso, K. S., Nunes, L. O., ... & Bueno, N. B. (2022). Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 30(2), 85-95. <https://doi.org/10.1002/erv.2878>
- Quirk, S. W. (2001). Emotion concepts in models of substance abuse. *Drug and Alcohol Review*, 20(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/09595230125185>
- Raghunathan, R., Naylor, R. W., & Hoyer, W. D. (2006). The unhealthy= tasty intuition and its effects on taste inferences, enjoyment, and choice of food products. *Journal of Marketing*, 70(4), 170-184. <https://doi.org/10.1509/jmkg.70.4.170>
- Reche-García, C., Piernas, C., Martínez-Rodríguez, A., Sánchez-Guerrero, A., & Hernández-Morante, J. J. (2022). Dietary intakes among people with vs without food addiction: A

systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 41(8), 1770-1780.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.06.033>

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).

Robinson, E., Otten, R., & Hermans, R. C. (2016). Descriptive peer norms, self-control and dietary behaviour in young adults. *Psychology & Health*, 31(1), 9-20.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1067705>

Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura.

Silva, L. V., Malbergier, A., Stempliuk, V. D. A., & Andrade, A. G. D. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40, 280-288.

Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance use & misuse*, 47(8-9), 944-962. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663280>

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>

Stern, M., Rubino, L., Desjardins, C., & Stice, E. (2023). Prospective reciprocal relations between social support and eating disorder symptoms. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(8), 1043. <https://doi.org/10.1037/abn0000861>

Stojek, M. M., Lipka, J., Maples-Keller, J. M., Rauch, S. A., Black, K., Michopoulos, V., & Rothbaum, B. O. (2021). Investigating sex differences in rates and correlates of food addiction status in women and men with PTSD. *Nutrients*, 13(6), 1840.
<https://doi.org/10.3390/nu13061840>

- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). Routledge.
- Tarter, R. E., Hegedus, A. M., Goldstein, G., Shelly, C., & Alterman, A. I. (1984). Adolescent sons of alcoholics: Neuropsychological and personality characteristics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8(2), 216-222. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1984.tb05842.x>
- Teixeira, L. D. A. (2014). O consumo de substâncias psicoativas entre estudantes universitários: uma revisão de literatura.
- Van Malderen, E., Kemps, E., Verbeken, S., & Goossens, L. (2021). Food for mood: Experimentally induced negative affect triggers loss of control over eating in adolescents with low inhibitory control. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 388-398. <https://doi.org/10.1002/eat.23422>
- Vasiliu, O. (2022). Current status of evidence for a new diagnosis: food addiction-a literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 824936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.824936>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Obesity and addiction: neurobiological overlaps. *Obesity reviews*, 14(1), 2-18.
- Wiedemann, A. A., Lawson, J. L., Cunningham, P. M., Khalvati, K. M., Lydecker, J. A., Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). Food addiction among men and women in India. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 597-604. <https://doi.org/10.1002/erv.2613>
- Xiao, M., Luo, Y., Ding, C., Chen, X., Liu, Y., Tang, Y., & Chen, H. (2023). Social support and overeating in young women: The role of altering functional network connectivity patterns and negative emotions. *Appetite*, 191, 107069.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107069>

Zawertailo, L., Attwells, S., Deruiter, W. K., Le, T. L., Dawson, D., & Selby, P. (2020). Food addiction and tobacco use disorder: common liability and shared mechanisms. *Nutrients*, *12*(12), 3834. <https://doi.org/10.3390/nu12123834>

Revisão de Literatura

Desde o início dos tempos que o papel do álcool é uma constante presente na sociedade, inicialmente pelo grande poder que as religiões representavam e a própria promoção que esta fazia ao consumo do mesmo. Com o avançar dos anos a presença desta bebida, muitas vezes, em substituição da água às refeições foi-se tornando cada vez mais a norma, bem como promovida como acompanhamento de refeição e mesmo em convívios sociais (Nathan et al. 2016).

Na atualidade o consumo de álcool continua a ser aceito e até mesmo incentivado no meio social, sendo por vezes até percebido como estranho quando indivíduos não o consomem. Contudo, quando este consumo socialmente aceito é promovido se torna um problema, quando se fala sobre perturbação relacionada ao consumo de álcool, o preconceito e o estigma contra estas pessoas está altamente presente. Esta atitude leva a que muitos destes indivíduos se isolem socialmente, o que acaba por agravar ainda mais a sua condição (Crozier et al. 2023).

Quando nos debruçamos sobre modelos de adição são várias as teorias que tentam justificar esta problemática tão presente na nossa sociedade. A emoção surge também aqui, defendida por muitas teorias e autores como fundamental para a construção, manutenção e muitas vezes recaídas referentes a estes consumos de substâncias. No modelo de adição comportamental focado na aprendizagem, a emoção e a motivação tem papéis fundamentais no que diz respeito ao reforço, por um lado surgem aqui como reforço positivo na medida de levar o sujeito a procurar novamente algo que lhe deu prazer e por outro lado como reforço negativo na medida de que leva o indivíduo a consumir para evitar sintomas de abstinência. (Hayes & Mayer. 1978)

O avanço da investigação tem nos mostrado o impacto que o consumo de substâncias tem no nosso cérebro, nomeadamente comparando imagens cerebrais de indivíduos que consomem, comparativamente com pessoas que não consomem, o que ajudou significativamente na identificação de pontos e padrões comuns em pessoas com dependência. Quando falamos de dependência falamos sim de doença cerebral, de uma forma direta ou não as drogas e o álcool afetam o nosso cérebro, nomeadamente o nosso sistema límbico e o córtex orbitofrontal, a ativação destes sistemas tem se mostrado um ponto comum da toma da maioria das drogas, sendo assim afetados por este consumo. Não só afeta agressivamente o nosso cérebro como deixa mudanças significativas neste, mesmo quando há uma cessação do

consumo. Esta dependência altera assim as funções e estrutura do cérebro, caracterizando-se assim como uma doença cerebral (Leshner, 1997).

Contudo, se usarmos o papel da genética no que diz respeito ao desenvolvimento deste vício, por um lado, útil na redução do estigma, uma vez que a sociedade parece mais receptiva a aceitar problemas que derivem de doenças com um cariz mais biológico, sendo que a investigação na área da genética é ainda capaz de nos levar a perceber de que quem foi exposto a um determinado ambiente por um período considerado de tempo pode vir a desenvolver problemas de substâncias. Por outro lado, não é suficiente para responder a questões como que eventos e fatores parecem contribuir para o início deste consumo, bem como o papel das diferenças individuais e fatores cruciais para estes padrões importantes para identificar fatores de risco e evitar recaídas (Quirk, 2001).

Parece ainda ser difícil, apesar da investigação existente, a sociedade percecionar problemas de dependência como não só um problema social mas igualmente um problema de saúde não só para o indivíduo mas também para a saúde pública. Sabemos que estes problemas de dependência tem graves consequências na saúde física e mental da pessoa, acrescentando ainda que usuários de drogas de uma forma direta ou não acabam por ser transmissores de doenças e infeções. o que tem dificultado bastante o combate ao estigma que surge como um entrave na ajuda e recuperação desta doença. A sociedade parece fomentar este estigma com a crença de que trata-se de indivíduos com um mau fundo, fracos e incapazes de se controlarem (Leshner, 1997).

Apesar de não responder a algumas questões pertinentes, a importância da genética no consumo de substâncias tem sido fundamental. Estudos têm demonstrado que 54% do consumo de álcool é atribuído a questões genéticas (Kendler et al. 1992). Outro estudo mostrou que a genética surge como um fator de risco para um consumo mais consistente em homens do que em mulheres (McGue. 1999).

Um estado emocional negativo pode ser descrito como a tendência para a predominância de emoções mais negativas, ou a facilidade em sucumbir a maiores níveis de stress, estados altamente relacionados com dimensões da personalidade do indivíduo mais instáveis emocionalmente e neuroticismo. Indivíduos que recorrem ao uso de substâncias parecem destacar-se como um grupo mais propenso a apresentar instabilidade emocional, sendo ainda uma das principais causas para recaídas. (Tarter et al. 1984; Annis & Davis. 1988; McCormick et al. 1998)

O estudo de Cooney et al. 1997, demonstrou que os sujeitos apresentam maiores desejos de consumir quando induzidos a um estado emocionalmente negativo e quando expostos ao

estímulo de desejo, no caso álcool. Observaram ainda que indivíduos com ansiedade e depressão eram os mais reativos, confessando que tinham mais tendência a recaídas quando se encontravam num estado emocionalmente negativo. Nesta linha estes resultados sustentam a existência de uma ligação entre estado emocional e uma possível recaída/reacção sobre a substância. Estes autores observaram uma forte correlação entre indivíduos com um problema de dependência (álcool e drogas) com o desenvolvimento de depressão e ansiedade, tendo um problema de dependência sendo um claro fator de risco para o desenvolvimento destas perturbações, havendo assim uma maior probabilidade quando comparados com indivíduos sem problemas de dependência (Lai et al. 2015).

Os jovens apresentam uma maior predisposição como faixa etária de início de consumos, são assim vários os fatores genéticos, comportamentais e mesmo neurobiológicos que aparecem como uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de um problema como o consumo de substâncias, contudo observamos o grande impacto que o ambiente e as experiências deste exerce no desenvolvimento da problemática. O ambiente surge então aqui com um papel chave tanto de proteção como de risco, sendo as experiências da vida do sujeito no ambiente que influenciam. O consumo destas substâncias aumenta assim o risco de insucesso escolar, desemprego e maior risco de se envolver em atividades criminosas, o que origina uma fraca qualidade de vida no seu geral influenciando assim comportamentos e tendo possíveis repercussões nas gerações futuras (Sloboda et al. 2012).

Posto isto observamos a complexidade de fatores e áreas de vida do indivíduo que podem desempenhar um papel fulcral no desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias. Desde o papel do cérebro, a genética, o contexto social/ambiente, bem como a emoção e os seus processos, são vários os pontos de onde podem surgir gatilhos e desafios para um consumo por parte do indivíduo (Leshner, 1997; Quirk, 2001).

Começa assim a haver um consenso de que são vários os fatores que influenciam um possível problema de dependência. Problemas de autocontrole, impulsividade e uma certa vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações mentais são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento desta questão (Bierut et al. 1998).

O atual DSM-V, 2013 na categoria referente a perturbações relacionadas com o consumo de substâncias abrange 10, fazendo parte o álcool, cafeína, tabaco, cocaína, cannabis entre outros. Apesar das suas diferenças têm alguns pontos importantes em comum, nomeadamente o processo pela qual se dá uma ativação direta das vias de recompensa das áreas do cérebro, quando consumidas em excesso, reforçando assim este padrão de comportamentos desadaptativo. Destaca ainda que pessoas com um baixo nível de autocontrole podem estar

mais expostas ao risco de sucumbirem a uma perturbação deste tipo, o que pode mesmo ser observado nos próprios comportamentos da pessoa antes sequer de recorrerem ao uso de substâncias.

O principal ponto para uma perturbação de uso de substâncias engloba sintomas do âmbito fisiológico, cognitivo e comportamental resultado do consumo contínuo da substância apesar do claro prejuízo significativo que provoca na vida do sujeito. Após uma exposição contínua a uma substância é comum haver danos/alterações cerebrais, sequelas que mesmo após a desintoxicação podem persistir, tornando episódios de recaída mais suscetíveis de acontecer.

Os principais critérios de diagnósticos, consistem num desejo persistente para consumir a substância, tentativa de deixar por parte do indivíduo mas sempre sem sucesso, há ainda uma maior tolerância à substância o que pode levar o indivíduo a aumentar o seu consumo para obter novamente o efeito outrora obtido. De maneira geral é comum a vida social ser prejudicada pelo seu consumo, nomeadamente as suas relações familiares e de amizade bem como as suas obrigações, como os estudos ou o trabalho. Pode ainda devido a substância, seja pelo seu efeito ou pela procura, colocar-se em situações de risco (DSM-5. 2013).

A nível global a prevalência de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas concentra-se essencialmente na população adulta. Drogas ilícitas podem ser descritas pelo consumo de drogas que são consideradas ilegais, exceto para uso médico e devidamente autorizado (Peacock et al. 2018).

Globalmente estima-se um consumo de 6.43l de álcool per capita pela população com idade igual ou superior aos 15 anos. A Europa destaca-se pelo continente com mais consumo por indivíduo. A substância álcool prevalece como a mais geradora de problemas de dependência. Novamente a Europa apresenta uma alta prevalência diária de consumo de tabaco sendo mesmo superior à registada globalmente de 15.2%. Cannabis apresenta-se como a substância ilícita mais consumida globalmente (3.8%) em idades compreendidas entre os 15 e 64 anos (Peacock et al. 2018).

O consumo de álcool nos últimos anos tem vindo a aumentar significativamente em Portugal, segundo o inquérito nacional de saúde o sexo masculino apresenta 81.8% de consumo de álcool seguido pelo sexo feminino que apresenta um valor de 58.5%. A faixa etária dos 25 aos 34 anos apresenta maior frequência de consumo com 74% , enquanto que a faixa entre os 15 e os 24 anos 62.2% (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Tendo em conta o Inquérito nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (INPG) este relata as mesmas prevalências mas com valores mais reduzidos e aproximados, os homens apresentando 68.4% e as mulheres 48.8%, em relação às faixas etárias dos 25-34 anos 53.6%

e dos 15 aos 24 49.2%. O vinho e a cerveja destacam-se como as bebidas alcoólicas mais consumidas (Balsa et al. 2018).

No que diz respeito ao consumo de substâncias também este tem crescido em Portugal. O consumo de canábis destaca-se com a principal substância consumida seguida da cocaína. Referente aos consumos dos últimos 12 meses, o sexo masculino apresenta uma prevalência de 6.9% valor superior ao apresentado pelo sexo feminino de 2.8%. A faixa etária dos 25-34 anos é a que apresenta maior prevalência com 9.2% e a dos 15 aos 24 anos com 7.5%, contudo esta prevalência da faixa etária dos 25 aos 34 anos é uma novidade, uma vez que nos dados de 2012 a faixa dos 15 aos 24 anos apresenta uma maior prevalência de consumos de substâncias (Balsa et al. 2018).

Globalmente a substância que surge como principal fator de risco e que contribui para o desenvolvimento de doenças que posteriormente levam à morte é o consumo de tabaco, seguido pelo álcool e por fim as substâncias ilícitas. As doenças mais comuns associadas a estes consumos é o cancro, nomeadamente de pulmão e do fígado, doenças respiratórias e cardíacas. O consumo destas substâncias, especialmente o álcool e o tabaco, mostram-se assim fortes e importantes fatores para o desenvolvimento de doenças e posteriormente a morte (Peacock et al. 2018).

A problemática referente ao consumo de substâncias é normalmente iniciado no período da adolescência, sendo muitas vezes influenciada pelos outros e a necessidade do indivíduo em sentir-se parte de algo. O consumo deste tipo de substâncias diminui significativamente o autocontrole do indivíduo bem como potencia comportamentos de risco, já mais suscetíveis de ocorrência neste período de desenvolvimento. De maneira geral, observa-se um maior consumo por parte do sexo masculino em comparação com o feminino (Fernandes et al. 2019).

Os estudantes universitários surgem também como um grupo frequentemente consumidor destas substâncias. Vemos um destaque do consumo de álcool e tabaco, não só neste caso como globalmente, o que pode estar relacionado com o facto de ser legal consumi-las sendo de fácil acesso obtê-las, o que, de certa forma pode resultar num incentivo para o mesmo (Fernandes et al. 2019; Peacock et al. 2018). Para além disto surgem também como as principais drogas para começar o que pode estar relacionado com o seu mais fácil acesso e serem consideradas mais “leves” quando comparadas com as drogas ilícitas. Nota-se que o consumo dos estudantes aumenta com o avançar do curso o que pode ter a ver com o meio em que estão inseridos e esta necessidade crescente de querer pertencer a algo, como o convívio em festas em que há um estímulo extra de incentivo para consumos e os próprios desafios da

universidade, posto isto dificuldades em adaptar-se a esta nova fase das suas vidas pode promover o começo e manutenção deste consumo (Teixeira, 2014).

As relações que desenvolvemos com os nossos pares e a relação com a nossa família surgem aqui com um papel fundamental, uma vez que tanto podem servir como um fator de proteção como um fator de risco tendo em conta o tipo de relação estabelecida, muitas vezes influenciado pelos próprios comportamentos e crenças. Novamente as pessoas que fazem parte do círculo do indivíduo têm um papel fulcral no consumo de substâncias, uma vez que nos rodeamos de pessoas maioritariamente com valores e características semelhantes. Um relacionamento familiar saudável e equilibrado com uma postura dos pais adequada sobre estas substâncias são um forte fator de proteção. É comum o primeiro consumo ocorrer com amigos ou mesmo a própria família (Teixeira, 2014; Silva et al. 2006).

A religião também surge como um fator de proteção, esta mostrou-nos que estudantes religiosos têm mais tendência a afastar-se destas substâncias uma vez que vai contra os princípios defendidos pela religião que apresentam-se contra tudo o que prejudica a saúde e qualidade de vida do sujeito, normalmente a grande maioria condena estes consumos, pertencendo assim a grupos de pares com valores semelhantes (Fernandes et al. 2019; Silva et al. 2006).

Cada vez mais nos dias de hoje, tem-se prestado mais atenção e reconhecido o impacto que o nosso suporte social tem na nossa saúde. Mais propriamente o apoio que recebemos dos que nos rodeiam, o número e qualidade de interações sociais bem como sentimentos de solidão e isolamento. Todos estes pontos parecem impactar a nossa saúde, seja a um nível mais benéfico ou por outro lado prejudicial (Cohen, 2004).

O suporte social pode ser descrito como uma rede que está disponível ao indivíduo, fruto das suas interações, que surgem como mecanismos a nível psicológico para este lidar com situações de stress. Este tipo de apoio pode ser dividido em três, suporte instrumental que atua, por exemplo, no apoio a tarefas diárias. Suporte informativo, que tem como principal ferramenta manter o indivíduo informado sobre determinado assunto e conseqüentemente um aconselhamento para lidar com as conseqüências do mesmo. Por último o suporte emocional, surge aqui como um “espaço” que permite a expressão de empatia, um ambiente de calma e confiança promovendo assim a expressão de emoções (Cohen, 2004).

A integração social pode ainda ser descrita como a participação do indivíduo em inúmeros momentos de promoção de relações sociais. Este tipo de convívios vai não só promover um sentimento de pertença e conseqüentemente identificação com a

comunidade/grupo bem como a promoção de comportamentos ativos nas diversas atividades sociais (Cohen, 2004; Rodrigues & Madeira, 2009).

O modelo de “stress buffering” defende a premissa de que as relações que estabelecemos com o outro surgem como um fator positivo para a nossa saúde, uma vez que fornecem recursos psicológicos bem como materiais necessários bastante úteis em situações de stress. Contudo este modelo defende que o apoio social só se torna benéfico em indivíduos sujeitos a situações de stress e adversidades. Posto isto este modelo tem como base a interação entre o stress e o suporte social. O apoio emocional por parte da rede de apoio mostra-se assim bastante significativo perante eventos de stress, uma vez que este apoio alivia o impacto do mesmo, ajudando na resolução do problema ou mesmo na diminuição da importância atribuída (Cohen, 2004).

O apoio social percebido pelo indivíduo, por parte da família e amigos, tem demonstrado efeitos bastante positivos na saúde mental do sujeito, mostrando-se muito eficaz na gestão de situações de stress. Na verdade, tem-se observado que quanto mais apoio social o sujeito recebe melhor saúde mental e física apresenta (Bekiros et al. 2022).

Indivíduos com um maior nível de suporte social parecem estar menos suscetíveis a adoecer, bem como, de certa forma, mais protegidos perante um evento negativo, como a perda de emprego, por exemplo, uma vez que tem uma boa rede de suporte que os ampara, e demonstram melhores níveis de ajuste perante situações adversas. Enquanto que, indivíduos com um baixo nível de suporte social, um isolamento social significativo e uma presente sensação de perda de controle sobre a própria vida mostra-se diretamente relacionado com a saúde/desenvolvimento de doenças do indivíduo (Rodrigues & Madeira, 2009).

O isolamento social aparece assim como fator de risco para um aumento da mortalidade do indivíduo ao mesmo nível que doenças como obesidade, problemas de colesterol e cardíacos (Cohen, 2004; Rodrigues & Madeira, 2009). Este está ainda negativamente correlacionado com ansiedade, perturbações alimentares e problemas de consumos de substâncias (Murley et al. 2024).

Suporte social surge como um facilitador e promotor de comportamentos benéficos para a saúde, como uma boa alimentação, prática de exercício físico e uma boa rotina de sono. Tendo em conta que indivíduos que estão integrados numa rede de apoio partilham e estão sujeitos à pressão e influência do grupo o que origina sentimentos de responsabilidade e um maior nível de motivação para não desagradar o mesmo. Contudo isto tanto pode ser benéfico como prejudicial, dependendo do grupo em que estamos inseridos/rodeados (Cohen, 2004; Murley et al. 2024).

O suporte social familiar, parece ser um pouco mais significativo em comparação com outros, o que acaba por fazer sentido uma vez que é o primeiro que temos, sendo que é o que nos rodeia, na maioria das situações, toda a vida (Rodrigues & Madeira, 2009).

Outro ponto curioso visto por este autor, é que os homens parecem precisar/beneficiam um pouco mais de suporte social. Este autor observou que as mulheres são mais sensíveis à qualidade das relações, mostrando assim um maior interesse pela qualidade destas e não tanto pela quantidade, nesta linha os homens beneficiam mais da quantidade de relações do que propriamente da sua qualidade (Cohen, 2004).

Ashe e Lapane, 2018 desenvolveram um estudo com mulheres nos EUA com o objetivo de perceber o impacto que a insegurança alimentar e conseqüentemente o desenvolvimento de obesidade nas mulheres pode afetar o suporte social recebido. Insegurança alimentar pode ser descrito como uma falta de acesso a alimentos nutritivos ou uma incapacidade para os preparar/obter.

Verificaram que 14% dos EUA sofre de insegurança alimentar, no caso mulheres até aos 40 anos. Mulheres com insegurança alimentar quando comparadas a mulheres com uma alimentação segura, apresentavam maiores dificuldades financeiras, baixa escolaridade, pertencentes a minorias étnicas e ainda menos propensas a ter um apoio significativo neste âmbito por parte da sua rede de apoio, seja a nível financeiro ou emocional. Os autores observaram assim que, o isolamento social e por conseqüência o sentimento de sentir-se só desencadeia escolhas alimentares menos saudáveis, o que pode originar, a longo prazo, conseqüências mais graves como o desenvolvimento de obesidade e outros problemas de saúde. Observaram assim uma associação positiva entre comportamentos alimentares saudáveis e uma boa rede de suporte social, sendo este último assim um claro fator positivo para a saúde do indivíduo (Ashe & Lapane, 2018).

Estes autores observaram uma maior falha/falta de suporte social em indivíduos com bulimia nervosa do que comparativamente com outras perturbações alimentares. A literatura tem demonstrado que o suporte social tem um impacto positivo no combate contra situações de stress e problemas relacionados à alimentação, surgindo assim como um fator de proteção para o indivíduo (Kwan & Gordon, 2016).

Um ponto que tem sido realçado como positivo num indivíduo é a sua capacidade de resiliência. Isto consiste em grande parte na sua adaptação a imprevistos, situações de stress, ameaças ou mesmo catástrofes. Uma alta resiliência por parte do indivíduo aumenta as suas probabilidades de lidar com as adversidades da vida com maior otimismo e uma mentalidade mais positiva (Li et al. 2021).

A literatura tem demonstrado uma relação entre suporte social e perturbações alimentares, tendo em conta as pontes de ligação entre dependência alimentar e as perturbações alimentares faz sentido presumir que esta variável poderá também ter um impacto significativo na DA. No presente estudo os autores observaram uma DA de 6.18% na sua amostra, bem como uma relação significativa entre suporte social, resiliência e DA, no caso que um baixo nível de suporte social e um baixo nível de resiliência no indivíduo surge como um fator de risco, e está negativamente correlacionado com o desenvolvimento de dependência alimentar (Li et al. 2021).

Autocontrolo tem sido descrito, essencialmente pela capacidade do indivíduo de combater a tendência de realizar certos comportamentos, de forma a sustentar os seus objetivos a longo prazo. Desta forma, o indivíduo adiará o prazer ou recompensa que determinado comportamento lhe proporciona a curto prazo de modo a trabalhar nos seus objetivos de longo prazo, segundo a literatura isto quer dizer que o indivíduo tem um bom nível de autocontrolo. Uma pessoa com um baixo autocontrolo nas suas ações vai ser mais impulsiva ponderando menos sobre as consequências das suas ações, posto isto estes comportamentos impulsivos podem assim levar a comportamentos negativos (Tangney et al. 2004).

São já vários os estudos que têm demonstrado o impacto e benefícios que o autocontrolo tem na vida do indivíduo. Pessoas com um maior nível de autocontrolo apresentam uma maior capacidade para regular as suas emoções, e mesmo a controlar os seus pensamentos e ações mais impulsivas, em comparação com pessoas com um baixo nível de autocontrolo. Uma rotina com base em comportamentos adaptáveis bem como estratégias bem definidas, surge como uma medida eficaz contra as tentações do dia-a-dia que podem levar o indivíduo a desviar-se do seu principal objetivo (De Ridder & Gillebaart, 2017).

Um alto nível de autocontrolo está associado a um melhor estilo de vida, hábitos mais saudáveis, melhor performance no trabalho e a nível académico, bem como a relações mais duradouras. O oposto aparece associado a um aumento de riscos para o bem-estar do indivíduo, tais como maior probabilidade de um consumo de substâncias, aumento de peso e consequentemente o desenvolvimento de obesidade, atos de delinquência, procrastinação, entre outros (De Ridder et al, 2012; Haws & Redden, 2013).

O consumo de snacks pouco saudáveis tem aumentado com o passar dos anos, sendo um fator fulcral para o aumento da taxa de obesidade no mundo. O presente estudo tinha como objetivo perceber a relação que a comida desempenha no papel do autocontrolo quando referentes a alimentos pouco saudáveis/processados. Observaram que havia uma fraca relação entre pessoas com um autocontrolo forte em relação à alimentação e a compra e consumo de

snacks não saudáveis. Quando o autocontrole do indivíduo em relação à comida é fraco, a hipótese de consumo destes snacks parece assim aumentar, enquanto que se o autocontrole for forte há uma menor ingestão deste tipo de alimentos (Honkanen et al. 2012).

A literatura tem sugerido e mostra-nos que o ser humano tem tendência a aumentar o consumo de alimentos quando expostos a uma maior variedade dos mesmos. De maneira geral os autores propõem que indivíduos com um maior nível de autocontrole são menos influenciados por esta exposição a tamanha variedade quando comparados a indivíduos com um baixo nível de autocontrole, ou seja, vão ter tendência a comer menos. Os autores concluíram isso mesmo, que perante uma maior variedade de comida incluindo doces, indivíduos com um menor nível de autocontrole apresentam maiores níveis de desejo. Quanto mais autocontrole, perante maior variedade de comida são menos afetados pelo desejo desta, aliás este parece exercer um papel significativo no desejo, quando há muito variedade e não apenas um tipo (Haws & Redden, 2013). Nesta mesma linha de consumo de alimentos não saudáveis e autocontrole, os autores observaram resultados semelhantes no que diz respeito ao consumo, indivíduos com um baixo autocontrole consumiram mais batatas fritas do que indivíduos com um maior autocontrole. (Friese & Hofmann, 2009).

O seguinte estudo tinha como principal objetivo perceber o papel da motivação no autocontrole do indivíduo quando exposto a comida saudável e não saudável. Observaram que quando os participantes estão com mais recursos cognitivos, com uma maior energia mental, há uma certa predisposição, ou seja, escolhem mais facilmente a opção alimentar mais saudável. Contudo com a falta de motivação e uma baixa energia mental leva facilmente o indivíduo a comportamentos de impulsividade que quebram aqui o autocontrole da pessoa em relação a comer opções mais saudáveis (Cheung et al. 2016).

Um baixo nível de autocontrole numa determinada situação, é muitas vezes descrita como quando este desejo incontrolável quase que assume o “comando” levando a pessoa a sucumbir ao desejo por aquele alimento falhando assim aqui a meta do autocontrole. Contudo esta falha pode dever-se a falta de motivação em escolher a opção mais saudável, derivado de já ter sido confrontada recentemente com situações que testaram essa mesma motivação, não tendo já a energia mental necessária para optar pela opção mais saudável (Cheung et al. 2016).

O número de pessoas acima do peso e com obesidade continua a aumentar com o passar dos anos, sendo por isso fundamental perceber as diversas fontes que podem estar a influenciar este crescimento, uma vez que a obesidade aparece associada ao desenvolvimento de inúmeras doenças, quer do foro físico como mental. A investigação tem nos mostrado que a ingestão de alimentos altamente processados, ricos em açúcar, gordura e carboidratos são um principal

fator de risco nos dias de hoje, uma vez que não só são bastante apelativos a nível do paladar como são vendidos em grandes porções e a preços bastante reduzidos, que acabam por se enquadrar perfeitamente na rotina acelerada da sociedade de hoje (Maxwell et al. 2020).

A dependência alimentar (DA) trata-se de um conceito complexo uma vez que ainda não tem um critério de diagnóstico próprio no DSM-V derivado da partilha de sintomas com diferentes perturbações, posto isto este diagnóstico é feito com base nos critérios da perturbação por consumo de substâncias derivado das semelhanças que partilham. Estas partilham inúmeros fatores de risco, nomeadamente a nível sociocultural, psicopatológico, neurobiológico e clínico. Vários estudos recorrendo a imagens do cérebro observaram que a ingestão destes alimentos altamente palatáveis acionam/despertam as áreas do cérebro responsáveis pela obtenção de recompensa/prazer, áreas estas que se mostram bastante sensíveis quanto há esta ingestão. Observamos semelhante sensibilidade/processo quando há um consumo de uma substância, havendo assim uma libertação de dopamina em ambas as situações, sendo um dos pontos que sustenta esta partilha de diagnóstico (de Melo Barros et al. 2023).

No caso da dependência alimentar este processo afeta o sistema de recompensa uma vez que, apesar do indivíduo já se encontrar saciado e ter conhecimento das consequências negativas que resultam de continuar a ingerir estes alimentos, este sente um desejo incontrolável de continuar a comer. Esta perda de controle em relação à comida é frequentemente a característica mais apontada em pessoas com dependência alimentar. A mudança realizada no DSM-V na categoria de consumo de substâncias permitiu assim uma melhoria no diagnóstico bem como a atualização dos instrumentos, no caso a criação da YFAS2 (Oliveira et al. 2021).

Quando falamos sobre esta perda de controlo, mais concretamente o autocontrolo do indivíduo, estamos a falar da capacidade deste em regular-se e controlar-se tanto a nível psicológico, comportamental bem como os seus processos fisiológicos, tendo como principal intuito atingir um objetivo a longo prazo. Um baixo nível de autocontrolo surge assim associado ao desenvolvimento e manutenção de comportamentos de risco, sendo assim um fator de risco não só para a dependência alimentar como para um consumo de substâncias (Luo et al. 2022; Tangney et al. 2004).

A prevalência de dependência alimentar parece estar em crescimento, observa-se uma prevalência de DA de 20% numa amostra não clínica, valor este superior à de obesidade que se encontra nos 13% (Praxedes et al. 2022). Um estudo realizado por Vasiliu, 2022 obteve aproximadamente os mesmos resultados com uma prevalência de quase 20% de DA. Outro estudo realizado com base em informação de 6 países da América Latina observou uma

prevalência de 15% (de Melo Barros et al. 2023). Importante realçar que é expectável que estas percentagens variam consoante o país tendo em conta que, em certos países, a cultura tem um peso muito maior na alimentação das pessoas, bem como a situação económica em que o país e os próprios indivíduos se encontram, tudo fatores a ter em conta quando comparamos diferentes regiões do mundo (Luo et al. 2022).

Já em população clínica vemos uma prevalência muito mais alta de DA, aproximadamente de 38%, uma vez que esta amostra incluía participantes com obesidade a prevalência de DA nestes indivíduos varia entre 20 a 40%. Observaram ainda que indivíduos com perturbações alimentares, obesidade e que realizaram cirurgias bariátricas apresentam maiores níveis de DA quando comparados a população não clínica (de Melo Barros et al. 2023).

Parece haver concordância na literatura sobre alguns dos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de dependência alimentar. Ser mulher é um deles, contudo a grande maioria da literatura tem amostras, muitas vezes, constituídas maioritariamente por mulheres. Em relação à idade, a prevalência recai sobre os adultos, nomeadamente em indivíduos com idade superior a 35 anos, contudo alguns autores alargam mais esta faixa etária, incluindo os jovens adultos, estes tendo em conta o período de mudanças típica que estão a passar nesta fase das suas vidas torna-se um fator de risco que consequentemente pode contribuir para o desenvolvimento de DA. Ter um alto índice de massa corporal é também um fator apontado pela literatura. Outros fatores também apontados são ter um nível sócio-económico baixo, indivíduos com uma má rotina de sono e a ausência de prática de exercício físico, que bebem refrigerantes com mais frequência e indivíduos que apresentem sintomas de ansiedade e depressão (Oliveira et al. 2021; Vasiliu, 2022).

Tendo em conta o aumento crescente da dependência alimentar apontado pela literatura, bem como o impacto entre as variáveis mencionadas acima com DA parece ser relevante perceber como é que um frequente consumo de substâncias por parte do indivíduo, um baixo nível de autocontrolo e a sua perceção de suporte social podem ser um fator de risco para o desenvolvimento de dependência alimentar, numa amostra portuguesa.

Consentimento Informado



B *I* U  

INVESTIGADORES: Este projeto é da responsabilidade das alunas Marina Amaro e Ana Martinho, sob a orientação da Professora Doutora Filipa Pimenta que pertence ao William James Center for Research do ISPA-Instituto Universitário.

INFORMAÇÃO: Convidamo-lo(a) a participar numa pesquisa científica. Antes de decidir participar neste estudo, é importante que leia as informações seguintes para esclarecer a natureza da sua participação.

OBJETIVO DO ESTUDO: Explorar padrões alimentares e a sua associação com comportamentos de risco e protetores.

VOLUNTARIADO: A participação neste estudo é de caráter voluntário. Tem a possibilidade de recusar ou desistir do estudo, a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E ANONIMATO: Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, serão tratados como um todo e não individualmente, e a sua eventual publicação e apresentação só poderá ter lugar em revistas da especialidade ou em conferências científicas. Os dados são recolhidos online através da plataforma Google Forms (link), gravados e armazenados na mesma. Só as investigadoras, Ana Martinho e Marina Amaro, detentoras da conta Google, terão acesso ao download dos dados.

CONDIÇÕES DO ESTUDO: O tempo previsto da duração do estudo é de aproximadamente 15 minutos. Este dirige-se a adultos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, fluentes na língua portuguesa e com acesso à internet não envolvendo quaisquer riscos, físicos ou psicológicos para os participantes.

Com a sua participação, tem a oportunidade de contribuir com dados úteis para o conhecimento científico em geral, aumentando o conhecimento sobre processos psicológicos.

Para mais informações sobre este estudo, bem como todos os aspetos associados à participação na investigação, poderão entrar em contacto com: marinapamaro92@gmail.com e anamartinho1607@gmail.com.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração!

NOTA: Este estudo envolve o preenchimento de várias escalas sobre os tópicos mencionados acima.

Aceita participar nesta investigação? *

- Li o consentimento informado, não tenho dúvidas e Aceito participar
- Li o consentimento informado, não tenho dúvidas e Não aceito participar

Anexo II: Questionário Sociodemográfico

Qual o seu sexo biológico? *

- Mulher
- Homem
- Outro

Qual é a sua idade? *

1. -18
2. 18
3. 19
4. 20
5. 21
6. 22
7. 23
8. 24
9. 25
10. 26
11. 27
12. 28
13. 29
14. 30
15. 31
16. 32

17. 33

18. 34

19. 35

20. 36

21. 37

22. 38

23. 39

24. 40

25. 41

26. 42

27. 43

28. 44

29. 45

30. 46

31. 47

32. 48

33. 49

34. 50

35. 51

36. 52

37. 53

38. 54

39. 55

40. 56

41. 57

42. 58

43. 59

44. 60

45. 61

46. 62

47. 63

48. 64

49. 65

50. +65

Qual a sua nacionalidade? *

Portuguesa

Brasileira

Outra

Qual o seu último grau completo de escolaridade? *

- Ensino Básico (4ºano)
- Ensino Básico 1ºCiclo (6ºano)
- Ensino Básico 2ºCiclo (9ºano)
- Ensino Secundário (12ºano)
- Licenciatura
- Mestrado ou Pós-Graduação
- Doutoramento

Qual a sua presente situação profissional? *

- Sou profissionalmente ativo
 - Não tenho um trabalho
 - Sou estudante
-

Tem atualmente uma relação afetiva e/ou sexual? *

- Tenho uma relação, e vivo com o(a) meu/minha parceiro(a)/cônjuge
 - Tenho uma relação, mas não vivo com o(a) meu/minha parceiro(a)/cônjuge
 - Não tenho uma relação
-

Qual o rendimento total anual bruto do seu agregado familiar?

- Até 10.000€
- De 10.001€ a 20.000€
- De 20.001 a 37.500€
- De 37.501€ a 70.000€
- Superior a 70.000€

Anexo III: Questionário BSCS

1. Sou bom/a a resistir à tentação. *

- 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
-

2. Tenho dificuldades em acabar com maus hábitos. *

- 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
-

3. Sou preguiçoso/a. *

- 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

4. Digo coisas inapropriadas. *

- 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
-

5. Faço coisas que me são prejudiciais, se forem divertidas. *

- 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
-

6. Recuso coisas que me sejam prejudiciais. *

- 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

7. Gostava de ter mais autodisciplina. *

- 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
-

8. As pessoas diriam que tenho uma autodisciplina de ferro. *

- 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
-

9. Por vezes, o prazer e o divertimento impossibilitam-me de acabar/fazer as minhas obrigações.

- 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

10. Tenho dificuldades em concentrar-me. *

- 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
-

11. Sou capaz de trabalhar eficazmente em direção a objetivos de longo prazo. *

- 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
-

12. Às vezes não consigo parar de fazer determinada coisa, mesmo que saiba que está errada.

- 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

Anexo IV: Questionário ASSIST

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo V: Questionário YFAS 2

1. Quando comecei a comer certos alimentos, acabei por comer muito mais do que tinha planeado.
2. Continuei a comer certos alimentos mesmo quando já não tinha fome.
3. Comi até ao ponto de me sentir indisposto fisicamente.
4. Preocupei-me muito em reduzir o consumo de certos alimentos, mas comi-os na mesma.
5. Passei muito tempo a sentir-me preguiçoso ou cansado por comer demais.
6. Passei muito tempo a comer certos alimentos ao longo do dia.
7. Quando determinados alimentos não estavam disponíveis, esforçava-me por os obter. Por exemplo, fui à loja para comprar certos alimentos, apesar de ter outras coisas para comer em casa.
8. Comi certos alimentos com tanta frequência ou em quantidades tão grandes que deixei de fazer outras coisas importantes. Estas coisas podem ter sido trabalhar ou passar tempo com a família ou amigos.
9. Tive problemas com a minha família ou amigos por ter comido demasiado.
10. Evitei o trabalho, a escola ou atividades sociais porque tinha medo de comer em demasia.
11. Quando reduzi ou deixei de comer certos alimentos, senti-me enervado, nervoso ou triste.
12. Se eu tivesse sintomas físicos por não ter comido certos alimentos, comia esses alimentos para me sentir melhor.

13. Se eu tivesse problemas emocionais por não ter comido certos alimentos, comeria esses alimentos para me sentir melhor.
14. Quando reduzi ou deixei de comer certos alimentos, tive sintomas físicos. Por exemplo, tinha dores de cabeça ou fadiga.
15. Quando reduzi ou deixei de comer certos alimentos, tive fortes desejos por eles.
16. Os meus hábitos alimentares causaram-me muita angústia.
17. Tive problemas significativos na minha vida devido à comida e aos hábitos alimentares. Estes podem ter sido problemas com a minha rotina diária, trabalho, escola, amigos, família ou saúde.
18. Senti-me tão mal por comer em demasia que deixei de fazer outras coisas importantes. Estas coisas podem ter sido trabalhar ou passar tempo com a família ou amigos.
19. O excesso alimentar interferiu com o facto de cuidar da minha família ou fazer as tarefas domésticas.
20. Evitei o trabalho, a escola ou eventos sociais porque não podia comer certos alimentos.
21. Evitava situações sociais porque as pessoas não aprovariam a quantidade de comida que eu ingeria.
22. Continuei a comer da mesma forma, apesar de a minha alimentação causar problemas emocionais.
23. Continuei a comer da mesma forma, apesar de a minha alimentação causar problemas físicos.
24. Comer a mesma quantidade de comida já não me dava tanto prazer como antes.
25. Queria muito reduzir ou deixar de comer certos tipos de alimentos, mas não consegui.
26. Precisava de comer mais e mais para obter as sensações que queria ao comer. Isto incluía reduzir as emoções negativas, como a tristeza, ou aumentar o prazer.
27. Não me sentia bem no trabalho ou na escola porque comia demasiado.
28. Continuei a comer certos alimentos mesmo sabendo que era fisicamente perigoso. Por exemplo, continuei a comer doces apesar de ter diabetes. Ou continuei a comer alimentos com gordura apesar de ter uma doença cardíaca.
29. Tinha uma vontade tão forte de comer certos alimentos que não conseguia pensar noutra coisa.
30. Tinha desejos tão intensos por certos alimentos que sentia que tinha de os comer imediatamente.
31. Tentei reduzir ou não comer certos tipos de alimentos, mas não fui bem-sucedido.
32. Tentei e não consegui reduzir ou deixar de comer certos alimentos.

33. Distraí-me tanto a comer que poderia ter-me magoado (por exemplo, ao conduzir um carro, ao atravessar a rua, ao utilizar máquinas).
34. Distraí-me tanto a pensar em comida que podia ter-me magoado (por exemplo, quando conduzia um carro, atravessava a rua, ao utilizar máquinas).
35. Os meus amigos ou familiares preocupavam-se com o facto de eu comer em demasia.

Anexo VI: Questionário ESSS

1. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

2. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

3. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

4. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

5. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

10. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

...

11. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família. *

- 1) Concordo totalmente
 - 2) Concordo na maior parte
 - 3) Não Concordo nem discordo
 - 4) Discordo na maior parte
 - 5) Discordo totalmente
-

12. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

:::

14. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam. *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente

15. Gostaria de participar mais em atividades de organização (p. ex. clubes desportivos, escoteiros, partidos políticos, etc). *

- 1) Concordo totalmente
- 2) Concordo na maior parte
- 3) Não Concordo nem discordo
- 4) Discordo na maior parte
- 5) Discordo totalmente