



QUANDO O DESEJO SE SUBMETE À
NECESSIDADE DE COMER...:
CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR NUMA AMOSTRA DE
MULHERES COM OBESIDADE

MAFALDA RODRIGUES LEITÃO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia da Saúde

2011

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

À minha avó!

Agradecimentos

Devo esta conquista ao meu tio e à minha mãe, por me terem proporcionado a oportunidade de a conseguir.

Além deles, um obrigada ao meu pai e à minha irmã por estarem sempre ao meu lado nesta caminhada.

À minha família um agradecimento especial por me apoiarem, por se preocuparem e por gostarem de mim: avô, avó, miminha, tias e primos.

Um obrigada ao Gonçalo, pela paciência toda que teve e tem comigo. Sem ele seria bem mais difícil...

A realização deste trabalho não teria sido possível sem algumas pessoas. Primeiramente, o meu agradecimento, do fundo do coração, à professora Filipa Pimenta, por toda a orientação, força, incentivo e disponibilidade. Obrigada pela oportunidade!

Agradeço à Dr^a Isabel Leal pela disponibilidade que sempre demonstrou.

Um agradecimento à Dr^a Ana Tapadinhas e ao Dr^o Rui Ribeiro, por toda a ajuda e disponibilidade.

Não há ninguém que nos compreenda melhor do que quem está a vivenciar uma situação semelhante, pelo que agradeço à Patrícia toda a ajuda e motivação. Obrigada por teres caminhado sempre a meu lado.

Aos meus amigos, que me ouviram nos momentos mais difíceis, um obrigada por toda a amizade!

A todos os que directa ou indirectamente auxiliaram a consecução deste trabalho, principalmente a todas as participantes, dirijo o meu mais sincero agradecimento.

Sem vocês, eu não teria conseguido...

Resumo

O presente estudo pretende averiguar, numa amostra de 70 mulheres com um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30kg/m², os comportamentos alimentares, nomeadamente à ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar, avaliados pelo Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (Q.H.C.A.). Pretende ainda explorar a associação do IMC e à existência ou não de um problema psicológico. Além disso, também se comparou o IMC entre diferentes grupos com características sócio-demográficas e de saúde divergentes.

Conclui-se que, nesta amostra, um maior IMC não está associado ao comportamento alimentar, ou seja, à ingestão emocional ($r=.036$; $p=.769$), à ingestão externa ($r=.120$; $p=.324$) e à restrição alimentar ($r=-.036$; $p=.766$).

Este estudo constata diferenças significativas entre mulheres com e sem um problema psicológico no que concerne à ingestão emocional ($t(67)=-2.494$; $p=.015$), verificando-se que as mulheres que apresentam um problema psicológico têm mais comportamentos de ingestão emocional ($M=3.12$). Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem problemas psicológicos em relação à ingestão externa ($t(67)=-.682$; $p=.498$) e também à restrição alimentar ($t(67)=.479$; $p=.633$).

Conclui-se, deste modo, que o IMC das mulheres desta amostra não está associado a uma maior frequência de determinados comportamentos alimentares, constatando-se igualmente uma ausência de diferenças entre mulheres com e sem um problema psicológico. Verificaram-se apenas associações estatisticamente significativas em relação à ingestão emocional.

Palavras-chave: Ingestão externa, Ingestão emocional, Restrição alimentar, Problema psicológico, IMC.

Abstract

This study aims at exploring the eating behaviours such as emotional eating, external eating and restrained eating in a sample of 70 women with a body mass index (BMI) higher than 30kg/m^2 , using the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (D.E.B.Q). It also explores the association between BMI and the existence of a psychological problem and compares the BMI between groups with different socio-demographic and health characteristics.

In this sample a higher level of BMI is not associated to the eating behaviours such as emotional eating ($r=.036$; $p=.769$), external eating ($r=.120$; $p=.324$) and restrained eating ($r=-.036$; $p=.766$).

There are significant differences between women with and without a psychological problem regarding the emotional eating ($t(67)=-2.494$; $p=.015$) where the women who have some kind of psychological problem have higher levels of emotional eating behaviours ($M=3.12$). No significant differences were found between women with or without psychological problems concerning external eating ($t(67)=-.682$; $p=.498$) and restrained eating ($t(67)=.479$; $p=.633$).

We conclude that the BMI from women of this sample is not associated to a higher frequency of some eating behaviours and no differences were found between women with or without psychological problems. Significant associations were found only for emotional eating.

Keywords: External eating, emotional eating, restrained eating, psychological problem, BMI

Índice

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DE LITERATURA	2
A obesidade	2
Prevalência da obesidade no Mundo e em Portugal	3
Causas da obesidade	4
Consequências da obesidade	10
Tratamento da obesidade	13
A obesidade em mulheres	14
Comportamento alimentar	15
Modelo de Auto-regulação	18
METODOLOGIA	20
Desenho da investigação	20
Questões de investigação	20
Participantes	22
Procedimento	24
Material	24
RESULTADOS	26
Propriedades psicométricas do instrumento Q.H.C.A.	26
DISCUSSÃO	32
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ANEXO 1 – Consentimento Informado	53
ANEXO 2 – Questionário Sócio-Demográfico e de Saúde	55
ANEXO 3 – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar	58
OUTPUTS	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas	23
Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação às variáveis de saúde	23
Tabela 3 – Propriedades psicométricas do instrumento: sensibilidade dos itens	27
Tabela 4 – Propriedades psicométricas do instrumento: valores de consistência interna e alfa de cronbach	28
Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação ao comportamento alimentar (ingestão emocional vs. ingestão externa vs. restrição alimentar)	29
Tabela 6 – Correlação de Pearson entre o IMC e as dimensões do comportamento alimentar	29
Tabela 7 – Teste de T-student (comparação de duas médias populacionais) para doença psicológica na dimensão da ingestão emocional	30
Tabela 8 – Teste de T-student para situação profissional e IMC	31

“Considerando a pressão social da busca pela magreza e todos os esforços envolvidos em submeter-se a um tratamento, trava-se uma guerra entre corpo e mente”, Bernard et. al (2005)

Introdução

A obesidade é apontada, por vários autores, como a pandemia do século XXI (OMS, 2008). Os números relacionados a esta doença aumentam a uma velocidade drástica causando, na Europa, um milhão de mortes anuais (Ministério da Saúde, 2008). Além disso, enfatiza-se a associação entre a obesidade com o desenvolvimento de várias doenças (Bayer et al., 2010). Todas estas evidências levam a que sejam tomadas várias medidas, nomeadamente, a promoção de políticas que conduzam a estilos de vida mais saudáveis. No entanto, apesar de todos os esforços que são feitos, a informação concreta sobre a dimensão real e prevalência desta doença ainda é reduzida, em Portugal, pelo que se torna fundamental investigação científica que produza informação e que consiga chegar a toda a população (Ministério da Saúde, 2008).

Por trás desta doença estão uma série de comportamentos que têm de ser alterados, contudo, antes de mudar esses comportamentos é preciso conhecê-los e perceber, em que medida, eles estão relacionados com a obesidade. Deste modo, surge a pertinência deste estudo.

Assim sendo, a presente investigação avalia, numa amostra de mulheres com obesidade, se o comportamento alimentar (ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar) está relacionado com o IMC e com a existência ou não de um problema psicológico.

A literatura revela, maioritariamente, que há uma associação entre este tipo de comportamentos com um maior IMC (Viana & Sinde, 2003; Rebelo & Leal, 2007). Deste modo, é esperado que o comportamento alimentar esteja associado a um aumento do IMC, assim como à existência de um problema psicológico (pelo menos, relativamente à ingestão emocional).

Revisão de Literatura

A obesidade

A obesidade não é um fenómeno recente. Nos tempos da pré-história era, muitas vezes, vista como padrão de beleza e fertilidade. No Período Neolítico as “deusas” eram cultuadas e admiradas por seios, quadris e coxas volumosas. Contudo, na medicina greco-romana, Hipócrates já alertava sobre os perigos da obesidade para a saúde, afirmando que a morte súbita era mais comum em indivíduos gordos do que magros (Cunha, 1998). Ainda nessa altura, Galeno havia classificado a obesidade em natural (moderada) e mórbida (exagerada), sendo consequência da falta de disciplina do indivíduo (Cunha, 1998). No século XVI, surgiu a primeira monografia sobre obesidade e, a partir desta altura, o enfoque em torno desta temática já não tinha relação com preocupações ou padrões estéticos, mas sim com os problemas relacionados com a saúde (Cunha, 1998). Deste modo constata-se que, apesar de na época paleolítica (há mais de 25.000 anos atrás) existirem indivíduos obesos, a sua prevalência nunca atingiu proporções tão epidémicas como as actuais (Halpern, 1999).

A obesidade, considerada uma doença integrante do grupo de doenças crónicas não transmissíveis, é caracterizada por um acumular excessivo de gordura corporal (Pinheiro, Freitas & Corso 2004) no tecido adiposo (Antipatis & Gill, 2001), num nível que compromete a saúde dos indivíduos (Ferreira & Wanderley, 2010).

Pode ser distinguida atendendo às zonas do corpo onde a gordura está armazenada: obesidade ginóide, característica do sexo feminino, cuja gordura se distribui sobretudo nas regiões das coxas, ancas e nádegas; ou obesidade andróide, mais comum no sexo masculino, cuja gordura se distribui, nomeadamente, no abdómen (Amaral & Pereira, 2008). Para alguns autores, a obesidade também pode ser classificada como endógena ou exógena. A obesidade exógena resulta de uma ingestão excessiva de calorias ou gastos reduzidos, e está associada a factores dietéticos, educacionais, sociais e ecológicos. A obesidade endógena está relacionada com alterações endocrinometabólicas, hipotalâmicas, genéticas, neuropsicológicas e por acção farmacológica (Wesser & Young, 1983).

O diagnóstico da obesidade é realizado a partir do parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (dada em quilos – kg) e altura (dada em metros – m²) dos indivíduos. Através deste parâmetro, é considerado excesso de peso um IMC entre 25 e 29,9

kg/m² e obesidade um IMC igual ou superior a 30 kg/m² (Ferreira & Wanderley, 2010). O IMC permite, deste modo, a classificação da obesidade em quatro níveis – grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²); grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²); grau III (grave ou mórbida) – IMC igual ou superior a 40 kg/m² e, por último, o grau IV ou super-obesidade (IMC superior a 50 kg/m²) (Santo & Ceconello, 2008). Actualmente, a nível mundial, estima-se que 250 milhões de pessoas tenham um IMC acima dos 30Kg/m², ou seja, 7% da população adulta (Antipatis & Gill, 2001).

No entanto, é de salientar que quando se interpreta as medidas do IMC em certos indivíduos e grupos étnicos, este poderá não corresponder ao mesmo nível de gordura em todas as populações, pois a relação entre o IMC e a gordura corporal varia de acordo com a constituição física e proporção corporal (Antipatis & Gill, 2001). Exemplificando, segundo um estudo dos autores salientados anteriormente, entre diferentes grupos étnicos, mostrou que para o mesmo nível de gordura corporal, idade e sexo, os afro-americanos têm de IMC 1,3Kg/m² mais alto e os polinésios 4,5Kg/m², quando comparados com os caucasianos. Em contraste os chineses, os etíopes e os indonésios mostraram ser 1,9; 4,6 e 3,2 Kg/m², respectivamente, mais baixos que os caucasianos.

Prevalência da obesidade no Mundo e em Portugal

Actualmente, a obesidade tem sido considerada a desordem nutricional mais proeminente dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento da sua incidência. Esta pandemia afecta cerca de meio bilião de pessoas em todo o mundo (Finucane et al., 2011). A nível mundial verifica-se uma grande variação da obesidade entre os diversos países e regiões. Os dados relativos à obesidade nos países da América do Norte são semelhantes aos da Europa; 20% dos homens e 25% das mulheres sofrem de obesidade (Antipatis & Gill, 2001; Ministério da Saúde, 2008). Os países do Médio Oriente, nomeadamente os exportadores de petróleo, debatem-se com um sério problema de obesidade na população adulta, principalmente nas mulheres (taxas acima de 25% de obesidade). Nas zonas urbanas da Índia, principalmente nas classes média-alta o excesso de peso começa a tornar-se um sério problema. Nos países da América Central e do Sul, a obesidade começa a emergir. O México e o Brasil já vivenciam altos níveis de obesidade, principalmente entre populações de baixos rendimentos e de zonas urbanas (Antipatis & Gill, 2001).

O Japão é um dos países industrializados com mais baixa taxa de obesidade, menos de 3%. As taxas mais altas de obesidade no mundo encontram-se nas populações das ilhas do Pacífico da Melanésia, Polinésia e Micronésia. Em África, as taxas de obesidade são extremamente altas entre as mulheres no Cabo da Península, e baixas entre as mulheres na Tanzânia (Antipatis & Gill, 2001).

Em Portugal, de acordo com os dados da OMS, 50% da população sofre de excesso de peso e de obesidade, estando classificado como um dos países com uma taxa de obesidade mais alta da Europa (Berghofer et al., 2008). Estima-se que em muitos países europeus, a prevalência desta doença tenha triplicado, desde 1980 (Ministério da Saúde, 2008).

Num estudo realizado por Carmo et al. (2007), sobre a prevalência da obesidade na população portuguesa entre 2003 e 2005, e utilizando os valores do IMC e do perímetro da cintura e da anca, de 8.116 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, verificou-se que 2,4% da amostra apresentava baixo peso (IMC < 18,5), 39,4% excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9) e 14,2% obesidade (IMC > 30). Relativamente ao perímetro da cintura, constataram que 45,6% da amostra sofre do aumento de risco para a saúde cardiovascular, associado a altos valores do perímetro de cintura. As mulheres apresentavam uma percentagem superior de IMC acima dos 30 Kg/ m² relativamente aos homens. Constataram também que as crianças portuguesas têm uma alta incidência de excesso de peso e de obesidade (31,6%).

Deste modo, conclui-se que os números relativos à obesidade, ao longo dos anos, têm vindo a aumentar; no entanto, o excesso de peso tem-se mostrado estável (Marques-Vidal, Paccaud & Ravasco, 2011).

Causas da obesidade

Todos os indivíduos estão susceptíveis a esta doença, no entanto, as características genéticas, pessoais, familiares e ambientais vão determiná-la de forma mais concisa. Os determinantes em causa prendem-se com uma maior susceptibilidade genética para o desenvolvimento de obesidade (Pinheiro et al., 2004); mudanças nos padrões de alimentação e de actividade física (Ferreira & Wanderley, 2010); uma desnutrição energético-protéica precoce, ou seja, a obesidade ocorreria como uma consequência da desnutrição (Pinheiro et al., 2004) e, por último, variáveis ambientais, psicológicas (Quaioti & Almeida, 2006), sociais e económicas (Siroski et al., 2011).

Causas genéticas.

A obesidade é uma doença resultante do conflito entre herança genética e a vida moderna (Halpern, 1999) e, neste sentido, as teorias genéticas apontam para o peso como sendo uma característica familiar, que se manifesta por alterações no apetite (por exemplo, na determinação de preferências alimentares ou na ingestão de alimentos), no gasto energético e no nível metabólico basal (Quaioti & Almeida, 2006). Estima-se que entre 40% e 70% da variação no fenótipo associado à obesidade tem um carácter hereditário e que existem, pelo menos, 30 genes envolvidos na obesidade (Marques-Lopes, Marti, Moreno-Aliaga & Martínez, 2004). Estudos de segregação de núcleos familiares, de adopções, com gémeos, assim como de associação genética, confirmam a tese de que o risco de obesidade é superior nos descendentes de pessoas com esta doença (Marques-Lopes et al., 2004). Por exemplo, há 40% de probabilidade da criança vir a sofrer de obesidade, se tiver uma mãe ou pai obesos; no entanto, se ambos sofrerem de obesidade, a probabilidade é de 80% (Garn, Bailey, Solomon & Hopkins, 1981). Num estudo levado a cabo por Guenter, em 2000, constatou-se que das quarenta mulheres com obesidade, 82,5% teve mães obesas e 15% tiveram pais obesos; verificando-se ainda que a satisfação das necessidades físicas era o tema central desta vinculação pais-filho.

Como salientado anteriormente, os indivíduos estão também sujeitos a factores genéticos na escolha do tipo de alimentos que consomem e da quantidade dos mesmos. Desta forma, relações genes-ambiente determinarão, em grande parte, os itens alimentares normalmente procurados e consumidos, o que caracterizaria o chamado hábito alimentar (Quaioti & Almeida, 2006). Contudo, as interações pais e filhos são relevantes na formação dos padrões de consumo e preferências das crianças (Birch, 1999).

Tem-se demonstrado, tanto em animais como em humanos, que a criança tende a consumir alimentos que foram consumidos pela mãe durante a gestação e lactação. Num estudo levado a cabo com ratos, verificou-se que estes escolhiam o alimento por observação do comportamento alimentar dos adultos (Galef, 1982). Outro estudo, com 40 mulheres com obesidade, concluiu que 15% das mesmas já sofria desta doença em bebé, o que sugere, de certa maneira, que a obesidade dessas mulheres está directamente relacionada à hiperalimentação por parte das mães ou substitutos que sobrevalorizavam a sensação da fome sobre as demais necessidades (Guenter, 2000).

A tendência genética para ter obesidade revela-se ainda através do número de células gordas do indivíduo. Tendo em conta que um sujeito com peso médio possui cerca de 25 a 35

milhões de células gordas, um indivíduo obeso possui de 100 a 125 mil milhões e, segundo a investigação, depois de formadas não desaparecem (Sjostrom, 1980).

Hábitos alimentares e de actividade física.

A maioria dos indivíduos com obesidade passam grande parte da vida envolvidos em dietas, actividades físicas e tratamentos, cujo objectivo principal é combater esta doença. Porém, normalmente, esse objectivo não é atingido com satisfação, pois implica mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida do indivíduo (Cunha, Neto & Junior, 2006).

Deste modo, esta doença pode ainda ser explicada devido à expansão da sua prevalência nos países industrializados e às alterações dos estilos de vida e dos hábitos nutricionais. É notável a transformação no sistema alimentar, que está a modificar o consumo energético, e a construção de ambientes eficientes, que estão a reduzir os níveis de actividade física (Sobal, 2001).

As mudanças nos padrões de alimentação e o aumento do consumo energético estão relacionados com uma dieta rica em gordura (principalmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados (Ferreira & Wanderley, 2010) e sendo pobre em fibras (Vieira & Sichieri, 2008). Isto acontece também devido à maior capacidade de compra de alimentos (Halpern, 1999). Para além disto, há um aumento do consumo de *fast-food* (Amaral & Pereira, 2008) e uma diminuição do consumo de frutas e vegetais (Hurson & Corish, 1997). Exemplificando, nos EUA actualmente, existem aproximadamente 3.800 Kcal disponíveis per capita, quase o dobro do necessário para adultos (Sobal, 2001).

Outros estudos mostraram que os adolescentes não ingerem certas refeições, apresentando como razões: “a falta de tempo”, “a falta de apetite” e “o medo de engordar”, sendo o pequeno-almoço a refeição menos praticada (Fonseca, Sichieri & Veiga, 1998). O comer entre as refeições é um hábito muito frequente nos adolescentes, e constata-se que, essas refeições estão associadas à ingestão de grandes quantidades de açúcares, gorduras e bebidas gaseificadas (Hurson & Corish, 1997).

A urbanização tem também um impacto sobre o nível de actividade física (Antipatis & Gill, 2001), predominando o estilo de vida sedentário, devido a alterações na esfera do trabalho, decorrentes do processo de modernização mundial (Ferreira & Wanderley, 2010). Há, deste modo, um declínio de gasto energético dos indivíduos, que tem origem no predomínio crescente de ocupações que demandam um menor esforço físico e na redução da actividade física associada ao lazer (Pinheiro et al., 2004).

De salientar ainda duas mudanças fulcrais no ambiente que, conseqüentemente, levam a uma redução da actividade física: o automóvel e a televisão (Antipatis & Gill, 2001). Deste modo, a caminhada com objectivos definidos tornou-se pouco usual para a maioria das pessoas, sendo a energia pessoal dispendida em deslocações a pé rapidamente minimizada (Sobal, 2001). Por exemplo, nas cidades asiáticas, as então habituais bicicletas foram substituídas pelas actuais motas e pelos automóveis (Antipatis & Gill, 2001).

As oportunidades de jogo e de actividade física têm vindo a degradar-se nas últimas décadas, onde o brincar no exterior tem sido rapidamente substituído por comportamentos sedentários dentro de casa (Neto, 2006), em que a criança passa a ser um mero espectador (Sobal, 2001). Pesquisas têm revelado que as crianças entre 8 e 16 anos passam várias horas em frente à televisão diariamente, o que está relacionado com a obesidade infantil, já que são diminuídos os exercícios físicos. Além das horas que passam à frente da televisão, esta também promove, predominantemente, produtos com altos teores de gordura e/ou açúcar e sal (Almeida, Nascimento & Quaioti, 2002). Deste modo, a criança tende a ficar obesa, e a própria obesidade pode torná-la ainda mais sedentária (Bayer, Vasco, Lopes & Teixeira, 2010).

Causas ambientais/sociais.

O aumento da prevalência da obesidade nos últimos anos, por ter sido tão rápido e pela observação de que populações etnicamente semelhantes, vivendo em condições ambientais diferentes, têm prevalências diferentes, aponta para o papel privilegiado que o ambiente tem sobre a obesidade (Filho, 2004). Deste modo, a obesidade, enquanto atributo físico, é interpretada consoante cada sistema social existindo, portanto, um sistema de códigos para viver um corpo, que é interiorizado e manifestado por um determinado grupo social. Contudo, em geral, dentro da esfera social, a obesidade recebe duas definições: a de um estado desviante dos padrões de normalidade na cultura ou a obesidade enquanto um estado patológico (Ferreira & Wanderley, 2010).

Fala-se também da relação existente entre obesidade e residência rural, suburbana e urbana. Há uma tendência para as populações das zonas rurais terem maior peso corporal (Sobal, 2001); todavia, outros autores defendem a ideia contrária, salientando que as populações urbanas tendem a ter mais obesidade do que as populações rurais, principalmente nos países menos desenvolvidos (Antipatis & Gill, 2001). Deste modo, rapidamente se constata que o local onde a pessoa vive é fortemente influenciado pelas questões económicas associadas a determinados lugares que, por sua vez, parecem influenciar a dieta alimentar,

actividade e peso corporal (Sobal, 2001). Ainda assim, também o tamanho do agregado familiar (número de pessoas que reside na mesma casa) contribui para a obesidade, sendo um potencial influenciador da energia consumida, actividade física e valores do peso corporal, principalmente entre algumas faixas etárias da população mais velha. Por exemplo, viver sozinho é um factor de risco para problemas de alimentação, níveis de actividade e peso corporal. Contudo, simultaneamente, sabe-se que os indivíduos casados e com filhos têm mais tendência a terem excesso de peso. Quantas mais pessoas viverem numa casa, mais calorias cada um consome, sugerindo que existe uma relação directa entre o número de pessoas presentes à refeição e energia consumida. Deste modo, a maternidade e a paternidade também são responsáveis no aumento do peso e obesidade (Sobal, 2001).

Causas económicas.

O nível socioeconómico é um factor fulcral para o entendimento deste processo, pois influencia, entre outros aspectos, a possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e a oportunidade da prática de actividade física (Vieira & Sichieri, 2003). A associação entre o excesso de adiposidade e as condições de privação alimentar são, geralmente, devidas a factores socioeconómicos. Essa insegurança na obtenção contínua e estável de alimentos pode gerar comportamentos de risco para o aumento da reserva energética corporal (Bernard, Cichelero & Vitolo, 2005).

A relação entre o nível sócio-económico e a obesidade difere entre sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento e, dentro das sociedades desenvolvidas, entre homens e mulheres (Sobal & Stunkard, 1989). Nos países desenvolvidos, as crianças com níveis e classes socioeconómicas altas têm uma relação negativa com a obesidade, particularmente entre as mulheres, mas uma positiva correlação nos países em desenvolvimento (Antipatis & Gill, 2001). Também Sobal e Stunkard (1989), referem que a obesidade tende a ser mais frequente nos países desenvolvidos, nos estratos da população com menor renda, sendo particularmente evidente nas mulheres adultas, confirmando um estudo de Fernandes, Leme, Yamada e Sollero (2005), com mulheres que frequentavam o ambulatório de ginecologia. Uma possível explicação para a alta incidência de excesso de peso e obesidade, entre mulheres de baixa condição socioeconómica, é o ciclo instável de aquisição de alimentos, ou seja, períodos de abundância alimentar seguidos de períodos de restrição (Bernard et al., 2005). Também Viana (2002), refere que nas regiões mais pobres assiste-se a um incremento no consumo de gorduras e açúcares, pela facilidade de acesso a estes produtos e por causa dos baixos preços praticados.

Deste modo, segundo Bernard et al. (2005), é fulcral perceber-se que, hoje em dia, a obesidade atinge todos os níveis socioeconómicos, apesar do comportamento diferenciado entre países com diferentes graus de desenvolvimento - nos países desenvolvidos, além da educação, também o trabalho apresenta-se como um dos principais determinantes da obesidade e, nos países em desenvolvimento são encontradas associações entre o salário e os bens materiais com a obesidade (Vieira & Sichieri, 2003).

Assim sendo, também a situação profissional tem contribuído para o aparecimento da obesidade, onde o emprego estabelece um estilo de vida e desempenha um papel relevante na alimentação, exercício físico e controlo do peso (Sobal, 2001). Há uma menor actividade física utilizada nos empregos, devido à maior utilização da mecanização, fruto da urbanização e industrialização, e ao abandono de profissões com grande actividade física, como a agricultura e indústria, para outras profissões mais sedentárias, como os serviços (Antipatis & Gill, 2001). Assim sendo, a energia gasta varia consideravelmente com a ocupação, onde alguns trabalhadores gastam muitas calorias ao longo do dia de trabalho e podem ter baixo peso, ao passo que outros dispõem de muitas horas sedentárias no trabalho, o que contribui para a obesidade. Porém, vários estudos em países industrializados descobriram que as mulheres que não têm emprego estão mais susceptíveis a sofrer de obesidade do que as que trabalham (Sobal, 2001).

Consequentemente, falamos no salário, que fornece recursos que podem influenciar a energia consumida e gasta, o que por sua vez altera o peso corporal (Sobal, 2001). Em geral as populações que vêem os seus rendimentos a aumentar e se tornam mais urbanas, adoptam um regime alimentar com altas proporções de gorduras saturadas e muitos açúcares (Antipatis & Gill, 2001).

Outras causas.

Primeiramente, salienta-se a idade como sendo um factor de pré-disposição à obesidade, pois consoante a idade e as fases da vida em que um indivíduo se encontra, este está mais susceptível a ganhar excesso de peso. Os indivíduos mais jovens e os idosos têm tendência a serem mais magros e a serem menos propensos a sofrerem de obesidade (Antipatis & Gill, 2001). Os mecanismos desta relação envolvem a combinação de mudanças fisiológicas, níveis de actividade e calorias ingeridas (Sobal, 2001).

Outra possível causa para a obesidade é o sexo do indivíduo, pois o claro dimorfismo sexual é um factor existente no peso do corpo; as mulheres de uma maneira geral têm mais gordura armazenada no corpo (mais gordura corporal periférica nas pernas e nas ancas) que os homens, logo têm mais probabilidade do que estes em vir a sofrer de obesidade, no entanto, os

homens são os que apresentam, mais facilmente, excesso de peso (Antipatis & Gill, 2001). Segundo os mesmos autores, estas diferenças de depósitos de gordura nas mulheres, pode dever-se ao facto de assegurar a sua capacidade de reprodução.

A educação e o nível de formação têm sido também apontados como uma possível causa para a obesidade (Gigante, Barros, Post & Olinto, 1997), visto que uma maior formação académica fornece conhecimento sobre a alimentação, nutrição, actividade, saúde e peso que é usado para avaliar as escolhas alimentares, de actividades e na gestão do peso corporal (Sobal, 2001). Os indivíduos que possuem menos formação escolar são mais susceptíveis a consumir maior quantidade de comida com gorduras e menos susceptíveis a consumir frutos e vegetais, mas também podem ingerir menores quantidades de comida. Já os indivíduos com maior formação académica têm tendência para serem mais magros (Sobal, 2001). Por exemplo, nos países desenvolvidos existe uma associação inversa entre alto nível de instrução académica e níveis de obesidade, com maior incidência nas mulheres. Um baixo nível escolar das populações, está associado a altos níveis de IMC em quase todas as mulheres e em metade dos homens (Antipatis & Gill, 2001). Em Portugal, o aumento médio anual dos níveis do IMC, foi semelhante em indivíduos com escolaridade básica e com curso universitário; contudo, os sujeitos com o ensino secundário tenderam a apresentar um menor aumento anual do IMC, contrariamente ao que é observado nos outros países (Marques-Vidal et al., 2011).

Consequências da obesidade

Consequências Psicológicas/Físicas.

A obesidade acarreta uma série de consequências psicológicas, acrescidas ao facto destes indivíduos estarem ainda sujeitos a uma grande discriminação, por parte da sociedade, apesar de ter havido um aumento da consciência populacional relativamente à aceitação desta doença (Siroski et al., 2011).

Nas primeiras seis décadas do século XX, a obesidade era entendida como resultante de défices morais e/ou problemas psíquicos. Hoje em dia, sabe-se que a população geral que sofre de obesidade não apresenta maiores níveis de psicopatologia, quando comparada à população geral não obesa (Stunkard e Wadden, 1992). Estes autores salientam ainda que nem todas as pessoas com obesidade têm sentimentos negativos sobre o seu corpo e, quando tal acontece, é mais comuns em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciam o seu corpo (Stunkard & Wadden, 1992).

No entanto, outras teorias sustentam que a obesidade cria uma grande carga psicológica em termos de sofrimento (Stunkard & Wadden, 1992). O indivíduo com obesidade apresenta sofrimento psicológico decorrente tanto dos problemas relacionados ao preconceito social e à discriminação contra a obesidade, como das características do seu comportamento alimentar (Bernard et. al, 2005). É caracterizado como tendo falta de confiança, uma sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em entender o problema, humilhação (Bernard et. al, 2005) e, por último, é caracterizado como sendo impulsivo e hipersensível (Rebelo & Leal, 2007). Estes indivíduos não apreciam o seu corpo, podendo distorcer a percepção que têm sobre o mesmo (Candy & Fee, 1998).

Outro factor que pode estar presente na dinâmica da personalidade do indivíduo com obesidade é a ansiedade. Deste modo, grandes níveis de ansiedade podem ter como consequência a obesidade; neste contexto, Kahtalian (1992), considera que o acto de comer é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites.

Além disto, segundo um estudo com 75 pessoas com obesidade e 69 sem obesidade, de Silva e Maia (2007), verificou-se que as experiências de adversidade, principalmente a nível familiar, são mais frequentes nos casos de obesidade mórbida e, por outro lado, observa-se uma grande representatividade das formas de abuso voltadas para o sujeito (abuso físico, emocional e sexual). No caso dos indivíduos com obesidade, o abuso físico é o mais relatado, no entanto, há uma elevada prevalência de situações de abuso emocional, frequentemente associadas a situações de abuso físico. No que reporta às queixas físicas, estas também são mais frequentes em sujeitos que sofrem de obesidade do que nos sujeitos normais. Os sujeitos com obesidade percebem-se como tendo menos saúde e um nível de stress bastante mais elevado do que os sujeitos normais.

Os indivíduos em tratamento apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares, de personalidade e distúrbios da imagem corporal (Ferreira & Wanderley, 2010). Os dados demonstram também que, quanto maior o nível de obesidade, maiores os níveis dos sintomas psíquicos, nomeadamente, para as mulheres sedentárias e não sedentárias (Tosetto & Júnior, 2008).

A obesidade é considerada hoje uma doença crónica que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas outras doenças (Bayer et al., 2010), nomeadamente dislipidémias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II (63,5%), certos tipos de cancro (por exemplo, cancro da mama feminino é de 3,2%) (Pereira & Mateus, 2003) e infertilidade (Antipatis & Gill, 2001). Os cálculos sugerem ainda que, em Portugal, elevadas percentagens

da morbidade por doenças da vesícula (50,0%), hipertensão (26,8%) e doenças do sistema circulatório (20,3%) se devem ao problema da obesidade (Pereira & Mateus, 2003). Além disso, é ainda responsável por dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor (Pinheiro et al., 2004). Exemplificando, segundo um estudo realizado a mulheres não fumadoras, comparou-se o risco de aumento de morte prematura com o aumento do IMC, revelando que quanto mais alto é o IMC maior é o risco de morte prematura e que este também aumenta com o aumento da idade (Antipatis & Gill, 2001).

Para além da grande mortalidade que lhes está associada (Pereira & Mateus, 2003) estes problemas, juntamente com a depressão e outras características psicológicas negativas, são responsáveis por uma enorme diminuição da qualidade de vida destes doentes (Guenter, 2000). No seu estudo, Guenter concluiu que todas as mulheres tinham depressão, mas apenas 80% expressou ter humor deprimido, nomeadamente, quando estão sozinhas e não têm nada para fazer (momento em que procuram a comida), ao entardecer ou à noite; o que revela a dificuldade em permanecerem sós, consigo mesmas.

“O peso corporal é regulado por vários mecanismos que procuram manter um equilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta, e esses mecanismos são bastante precisos em condições normais. Qualquer factor que possa interferir nesses mecanismos, levando a um aumento da ingestão energética ou à diminuição do seu gasto, pode levar à obesidade a longo prazo” (Filho, 2004, p. 2). Embora nem todos os obesos adultos tenham-no sido na infância, está demonstrado que crianças e adolescentes com obesidade tornam-se adultos obesos e, além disso, observa-se na infância, com principal destaque para a adolescência, problemas relacionados com a obesidade, que antes só eram observados na idade adulta (Filho, 2004). Há uma relação inconsciente com a comida que leva à compreensão do motivo pelo qual 40% dos sujeitos sofreram de obesidade na infância, emagreceram, e podem tornar a engordar na gravidez ou na vida adulta (Guenter, 2000).

Consequências económicas.

Aliado a todos estes problemas que a obesidade acarreta, do ponto de vista da sociedade, manifestam-se dois principais tipos de custo económico - os custos directos, relacionados com as despesas do sistema de saúde; dos pacientes e dos seus familiares com o tratamento, prevenção e diagnóstico; e ainda despesas com reabilitação, investigação, formação e investimento em saúde. O outro tipo de custos económicos são os custos indirectos, que representam o valor da produção perdida devido à doença (que reduz a produtividade económica da população) e à morte prematura (reduz o número de pessoas com

capacidade produtiva), podendo ainda compreender, adicionalmente, o tempo de lazer e de trabalho perdido sacrificado pelos familiares e amigos para acompanharem os doentes (Pereira & Mateus, 2003).

Somando as estimativas de custos directos e indirectos, juntam-se consideráveis perdas económicas para o país, devido ao problema da obesidade e doenças associadas. Deste modo, estima-se que cerca de 2 a 8% dos custos totais com a saúde nos países ocidentais possam ser atribuídos à obesidade (Ministério da Saúde, 2008). Também Antipatis e Gill (2001) apontam para o facto de os gastos no tratamento da obesidade, nos países desenvolvidos, rondarem os 6% do orçamento total.

Como exemplo, no ano de 2002, calcula-se que o custo tenha ascendido, em Portugal, a praticamente 500 milhões de euros, repartidos entre 82,3 milhões de euros para o tratamento em ambulatório da obesidade e co-morbilidades; 87 milhões de euros para o internamento; 128 milhões de euros para o consumo de medicamentos; 83 milhões de euros em perdas de produtividade associadas à incapacidade temporária e, por último, 116,6 milhões de euros em perdas económicas relacionadas com a mortalidade prematura (Pereira & Mateus, 2003). Com valores desta dimensão, torna-se claro aquilo a que diversos autores têm vindo a chamar a “epidemia da obesidade” (OMS, 2008).

Tratamento na obesidade

Existem vários tipos de tratamentos e abordagens que podem ajudar na luta contra a obesidade. Segundo Wilson (1990) a melhor solução, a longo prazo, é um programa combinado de modificações de comportamentos alimentares, exercício físico e terapia comportamental (para a prevenção das recaídas e apoio emocional). Esta autora salienta ainda o tratamento farmacológico, que actua em três diferentes áreas: pode reduzir o consumo de energia, pode inibir a síntese de lípidos ou ainda servir de potenciador de termogénese; no entanto, é um tratamento limitado actualmente.

Mas outros autores referem que a cirurgia é mais eficaz no tratamento da obesidade, para pessoas com um IMC superior a 40kg/m², principalmente o bypass gástrico (Maggard et al., 2005; Björntorp, 1992).

A obesidade em mulheres

A sociedade actual cria um estereótipo feminino, em que o corpo esbelto e esguio prevalece. Para a mulher que sofre de obesidade, isto é o oposto do que vê quando se olha ao espelho. Frente ao que vêem, realmente, forma-se uma auto-imagem denegrida de si mesmas, uma auto-desvalorização, com uma baixa auto-estima e depreciação da sua imagem corporal, sendo fruto da ausência de qualquer gratificação ou valorização de si (Guenter, 2000). Sentem ainda que não são amadas, que não possuem valor e, por mais que façam, nada está suficientemente bom. Esta falta de amor sugere ter sido o núcleo básico, nas mulheres, para o desenvolvimento da obesidade. Dessa maneira, essa falta de afectividade das figuras significativas, na relação dos primeiros anos de vida, constitui a falha básica na vida das mulheres com obesidade (Guenter, 2000).

No estudo de Guenter, em 2000, salientado anteriormente, a baixa auto-estima é confirmada por 100% dos sujeitos que denotam conflito em relação à imagem corporal e que afirmam ainda não gostarem da sua imagem corporal; já 88% não gosta de se olhar ao espelho. Todavia, sobrevalorizam as aptidões intelectuais.

Estas mulheres possuem também uma tendência para exigir muito de si próprias e das pessoas à sua volta. De acordo com Rebelo e Leal (2007), as mulheres com obesidade têm poucas preocupações consigo próprias, manifestando-a com os outros, no auto-sacrifício e na vontade de ajudar. A incapacidade para atingir a perfeição gera, nestas mulheres, o constante medo de falhar.

No entanto, Guenter (2000), afirma que 55% das mulheres do seu estudo denotam ser pessoas rígidas, severas, estruturalmente reprimidas e repressivas, o que remete para dificuldades afectivas ou frieza emocional.

Verificou-se ainda uma incidência mais elevada da obesidade, nas mulheres, por volta dos 31-40 anos. A mesma autora sugere ainda que a obesidade torna-se mais incidente numa fase em que já têm filhos, assim como alguns anos de casamento, o que indica haver uma dificuldade de dar sentido a essa vivência familiar, reflectindo-se uma dificuldade de investir em afectos e em relações mais próximas. Num estudo de Gigante et al. (1997), com 720 sujeitos com obesidade, dos 29 aos 60 anos, constatou-se que a prevalência da obesidade foi maior nas mulheres; que a prevalência entre os homens apresentou uma relativa estabilização a partir dos 40 anos, enquanto para as mulheres a prevalência aumentou para o dobro, a partir

desta idade. Segundo um estudo de Fernandes et al. (2005), verificou-se que a obesidade foi observada em mulheres com mais de 40 anos.

A literatura evidencia ainda que 30% das mulheres procuram mais o doce, 7,5% procuram tudo o que é calórico e salgados e 62,5% procuram doces e salgados, indiscriminadamente, não conseguindo parar de comer (Guenter, 2000). De acordo com Rebelo e Leal (2007), há uma incapacidade, por parte destas mulheres, de resistirem às tentações e uma tendência para ceder aos desejos.

Num estudo com 48 mulheres com obesidade, entre os 23 e 70 anos, verificou-se que se apresentavam mais emocionalmente inseguras, face à população feminina portuguesa normal (Rebelo & Leal, 2007). Também foi constatado que estas mulheres apresentavam características de originalidade, colocando facilmente em causa a autoridade, muito acima da média populacional feminina.

De uma forma geral, sabe-se que estas mulheres têm dificuldade em se relacionar sexualmente com outra pessoa, porém, apresentam um aumento muito grande de androgénios e testosterona livre (bioactiva), o que se traduz num aumento do desejo sexual e posterior desempenho. Se isto não acontecer, é um indicador de síndrome psicogénica. Mas, esta doença, sobretudo na obesidade mórbida, prejudica a actividade sexual (Ribeiro, 2008).

Um ponto importante a referir, segundo um estudo belga, é o facto de que ver televisão, nas mulheres, por um período superior a 9 horas semanais encontra-se associado à existência de um IMC entre 25 e 30 Kg/m² (Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009). Todavia, segundo um estudo de Fonseca et al. (1998), as adolescentes com excesso de peso praticam mais exercício do que as raparigas com peso normal.

Comportamento alimentar

O comportamento alimentar envolve o acto de ingestão, assim como os factores psicossociais, relacionados com a selecção e a decisão dos alimentos a consumir (Viana & Sinde, 2003). Segundo Viana (2002) escolher uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada, pois a selecção de alimentos está relacionada com as preferências e o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas na família e a outros factores psicológicos e sociais. Este comportamento alimentar é caracterizado, frequentemente, por um padrão alimentar rico em lípidos e doces (Viana, 2002). Os sujeitos com obesidade têm, deste modo, certas características que são

fulcrais para o entendimento desta doença, nomeadamente, um excesso de ingestão alimentar, que pode advir de três factores: a pessoa poderá realizar uma ingestão excessiva como resposta a emoções negativas; como resposta a factores externos, como o cheiro e a apresentação da comida ou, por último, poderá ingerir alimentos em excesso após um período de restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007).

Ingestão emocional.

O humor e as emoções podem influenciar a escolha dos alimentos, da mesma forma que o consumo de certos alimentos pode alterar o humor ou o estado emocional (Natacci & Júnior, 2011). A ingestão emocional traduz a perda de controlo da ingestão por exposição a factores de stress emocional, implicando desinibição alimentar nessa situação (Rebelo & Leal, 2007). Diante de reacções de conflitos e mal-estar, estes sujeitos tornam a comida numa forma de se acalmar ou resolver o problema, adaptando-se (Guenter, 2000), contrariamente ao sujeito normal, que tende a diminuir o apetite (Viana & Sinde, 2003).

Portanto, as mulheres que sofrem de obesidade poderão evidenciar um comportamento de ingestão de comida quando ficam nervosas, ansiosas ou quando algo não ocorre da forma que esperavam. Frente à insegurança vivenciada no presente, lembram-se do objecto moderador, a comida. Apresentam, deste modo, uma carência afectiva, que confundem com a falta de comida (Guenter, 2000).

Há várias teorias que explicam este mecanismo, no entanto o princípio é o mesmo. Estes indivíduos comem para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência (por exemplo, podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados) e, por outro lado, esses sentimentos contribuem para que pessoas com obesidade percepcionem a comida como importante fonte de prazer (Ferreira & Wanderley, 2010).

Ingestão externa.

A ingestão externa diz respeito à desinibição ou perda do controlo que ocorre devido a factores externos intrínsecos aos alimentos ou à situação social em que são ingeridos (Rebelo & Leal, 2007). Consequentemente, a maior sensibilidade do sujeito com obesidade aos estímulos do ambiente (ingestão externa), do que aos internos, é resultante da restrição alimentar e do desejo ampliado pela carência não satisfeita (Viana & Sinde, 2003). Esta maior sensibilidade face aos estímulos externos é responsável pelo desenvolvimento da obesidade.

Deste modo, a fome (sensação interna) não é correctamente interpretada (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003). Sabe-se, por último, que há uma relação entre ingestão externa e ingestão emocional (Viana & Sinde, 2003).

A impulsividade está intrinsecamente relacionada à ingestão externa, e cabe a cada individuo conseguir controlar essa impulsividade e mudar do seu foco de atenção os alimentos/situação a que está exposto (Hou et al., 2011).

Foi demonstrado que subestimar a ingestão alimentar é particularmente predominante entre indivíduos com obesidade ou *dieters* (aqueles que estão sempre a fazer dieta), os quais tentam impor algum controle sobre o próprio padrão alimentar e selecção de alimentos, coagidos pela pressão social adversa ao ganho de peso e à obesidade. Esta atitude é, comumente, denominada restrição alimentar e, geralmente, vem seguida pela desinibição (tendência dos indivíduos reprimidos libertarem a ingestão energética, em resposta a determinados estímulos) (Bernard et al., 2005).

Restrição alimentar.

A restrição alimentar refere-se ao esforço que o sujeito exerce, regularmente, para controlar o seu apetite e a ingestão de alimentos conscientemente, envolvendo-se em dietas (Rebelo & Leal, 2007), a fim de prevenir o ganho de peso ou promover sua perda (Bernard et al, 2005).

Os sujeitos com obesidade, insatisfeitos com o seu corpo e peso, travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando manter um determinado peso ou diminuí-lo. Deste modo, as pessoas têm uma constante preocupação com o que comem, resistindo a comer aquilo que desejam (Viana & Sinde, 2003).

Há diferenças significativas relativamente aos níveis de restrição, sendo mais elevados nos sujeitos com obesidade que nos sujeitos eutróficos (sujeitos bem nutridos), onde a maior sensibilidade aos estímulos do ambiente pode ser um resultado da restrição alimentar e do desejo da carência não satisfeita (Rebelo & Leal, 2007). De salientar ainda que estes sujeitos diferenciam-se no modo como reagem após uma primeira ingestão de nutrientes; onde os restritivos, depois de ingerirem uma refeição e serem apresentados novamente alimentos, tendem a comer demais – “contra-regulação”. Eles tendem a ingerir mais quando acreditam que ingeriram alimentos muito calóricos, na primeira refeição (Viana & Sinde, 2003). Já Bernard et al. (2005) também confirmam esta hipótese, relatando que pessoas que restringem

o consumo alimentar, comem mais depois de um lanche altamente energético. Este comportamento é explicado pela desinibição do controlo cognitivo, uma vez que acreditam ter excedido o consumo alimentar permitido com a ingestão do lanche energético.

Segundo um estudo com 1.320 indivíduos franceses, dos 11 aos 65 anos, verificou-se que a restrição alimentar foi significativamente relacionada com o excesso de peso e uma menor ingestão energética em homens e mulheres. Em mulheres, foi associada à menor ingestão de proteínas e carboidratos (Lluch, Herbeth, Méjean & Siest, 2000).

Também foram encontradas diferenças fisiológicas no comportamento de restrição alimentar. A percepção do sabor diferiu entre as pessoas famintas, pacientes com anorexia nervosa e as que fazem dieta. As qualidades sensoriais (sabor, cheiro, textura e aparência) são, desta forma, fortes determinantes do comportamento alimentar (Bernard et al., 2005).

Percebe-se assim a grande importância da restrição alimentar e também dos factores emocionais e externalidade, estes mais no género feminino, enquanto determinantes do IMC (Viana & Sinde, 2003).

Deste modo, pode-se afirmar que a obesidade deve ser considerada uma condição crónica, que requer apoio periódico e reeducação em aspectos comportamentais e exercícios. Ciclos de perda e recuperação de peso têm mostrado aumentar os riscos para a saúde (Bernard et. al, 2005).

Modelo de Auto-Regulação

A obesidade, para além de ser explicada por todas as componentes acima descritas, poderá ser compreendida à luz do modelo de auto-regulação do comportamento, de Leventhal (Ogden, 2004). Deste modo, o indivíduo é confrontado com a sua doença, neste caso a obesidade, ou pela percepção de sintomas ou por mensagens sociais. Anteriormente, foram analisados quais os factores que podem contribuir para a obesidade. O indivíduo com obesidade deverá ter a motivação para lutar contra esta; porém, tudo isto implica atribuir sentido ao problema, tendo em conta as cognições (identidade, causas, consequências, dimensão temporal e cura/controlo) que o indivíduo tem acerca desta doença. Tudo isto acarreta uma série de emoções, que se traduzem como o estado psicológico do indivíduo com obesidade, constatado antes. Depois, o indivíduo deverá arranjar as suas estratégias de coping para lidar com a situação – coping de aproximação ou coping de evitamento, como por exemplo, o sedentarismo ou a restrição alimentar. Numa última fase, a ponderação, ou seja,

existir uma avaliação individual da eficácia da estratégia de coping. Isto tudo inter-relaciona-se de modo a regular o self (Ogden, 2004).

Tendo em conta todos os aspectos apresentados, constata-se que a obesidade, sendo uma pandemia mundial, deverá ser alvo de prevenção e tratamento eficaz. Para isso, há que perceber o que está por trás desta doença e o que impede o indivíduo de conseguir emagrecer. Deste modo, propomo-nos a perceber quais os factores psicológicos inerentes a esta doença, nomeadamente, no que concerne aos comportamentos alimentares.

Metodologia

A fundamentação teórica anteriormente exposta serve como pilar de construção desta investigação. Neste capítulo apresentam-se os objectivos do estudo (hipóteses de investigação), as variáveis em estudo, as questões ligadas à recolha dos instrumentos, ao consentimento informado e à constituição da amostra.

Desenho da Investigação

A presente investigação é um estudo observacional (descritivo), tendo em conta que não se realizou qualquer intervenção e manipulação de variáveis e transversal, dado que a recolha da amostra ocorre num único momento (Ribeiro, 1999).

O contacto com as participantes decorre num único momento, em que se procede ao preenchimento de um questionário onde se avaliam as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e rendimento anual bruto), assim as dimensões do comportamento alimentar, nomeadamente, os comportamentos de ingestão emocional, de ingestão externa e de restrição alimentar. Avalia-se também, segundo um questionário de saúde se o participante tem alguma doença física ou problema psicológico, com que regularidade pratica exercício físico (se praticar) e se é fumador.

Questões de Investigação

Tendo em conta a literatura evidenciada e as variáveis que o presente estudo propõe explorar, várias questões de investigação emergem.

Questão I

Será que, em pessoas com um IMC acima de 30Kg/m^2 , este se relaciona com a frequência de comportamentos de ingestão emocional em mulheres?

Questão II

Em mulheres com um IMC acima de 30Kg/m^2 , este índice está relacionado com a frequência de comportamentos de ingestão externa?

Questão III

Em mulheres com obesidade (ou seja, com um IMC acima de 30Kg/m²) será que o IMC se relaciona com a frequência de comportamentos de restrição alimentar?

Questão IV

Será que participantes com obesidade e com um problema psicológico diferem das participantes com obesidade e sem um problema psicológico, em relação à frequência de ingestão emocional?

Questão V

Em relação à frequência de ingestão externa, será que as participantes com obesidade e com um problema psicológico têm diferenças das participantes com obesidade e sem um problema psicológico?

Questão VI

Será que participantes com obesidade e com um problema psicológico diferem das participantes com obesidade e sem um problema psicológico, em relação à frequência de restrição alimentar?

Questão VII

Será que existe uma correlação entre a idade e o IMC, em mulheres com um IMC correspondente a obesidade?

Questão VIII

Existem diferenças entre mulheres obesas com diferentes estados civis, em relação a um IMC?

Questão IX

Mulheres com menos habilitações literárias têm um IMC diferente do que mulheres com mais habilitações literárias?

Questão X

Verificam-se diferenças significativas entre mulheres com situação profissional diferente (activa vs. inactiva) relativamente ao IMC?

Questão XI

Será que pessoas com diferentes escalões de rendimento anual do agregado familiar diferem em relação ao IMC?

Questão XII

Será que existem diferenças significativas em termos de IMC, entre mulheres que têm uma doença física e participantes que não têm uma doença física diagnosticada?

Questão XIII

Será que mulheres obesas com uma doença psicológica diagnosticada apresentam um IMC diferente em comparação com mulheres sem uma doença psicológica?

Questão XIV

Mulheres com um IMC superior a 30kg/m² e que fazem exercício físico têm um IMC significativamente inferior ao das congéneres que não praticam qualquer actividade física?

Questão XV

Será que mulheres fumadoras apresentam um IMC diferente relativamente a mulheres ex-fumadoras?

Participantes

Definiu-se como população para este estudo sujeitos do sexo feminino que possuíssem como diagnóstico médico de obesidade um IMC superior a 30Kg/m², com manutenção deste peso há mais de 12 meses. As participantes, utentes de contexto hospitalar ou clínico, eram contactadas após as necessárias autorizações institucionais ou, por outro lado, extraídas de um contexto comunitário.

A amostra, por conveniência e intencional, é composta por um grupo de 70 sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 69 anos ($M=44.70$). Neste grupo, as participantes são maioritariamente casadas ou vivem em união de facto (60.0%), têm 12 anos de escolaridade (30.0%), a maior parte é activa profissionalmente (60.0%) e têm um rendimento total anual bruto do agregado familiar inferior a 10.000 euros (35.7%) (Tabela 1). De referir que 42.9% destas mulheres tem obesidade desde a infância/adolescência (Anexo 4).

Tabela 1 - Frequências e % das Variáveis Sociodemográficas (n=70)

Variáveis	Categorias	Frequências	%	M	DP
Idade				44.70	11.722
Estado Civil	Casada / União de facto	42	60.0		
	Divorciada / Separada	8	11.4		
	Solteira	18	25.7		
	Viúva	2	2.9		
Habilitações Literárias	≤ 4 anos de escolaridade	11	15.7		
	6 anos de escolaridade	5	7.1		
	9 anos de escolaridade	9	12.9		
	12 anos de escolaridade	21	30.0		
	Bacharelato (3 anos / faculdade)	3	4.3		
	Licenciatura (4 ou 5 anos / faculdade)	17	24.3		
	Outro	3	4.3		
Situação Profissional	Activo	42	60.0		
	Reformado	9	12.9		
	Desempregado	16	22.9		
	Outro	3	4.3		
Rendimento anual	≤ 10.000 €	25	35.7		
	De 10.000 a 20.000 €	17	24.3		
	De 20.000 a 37.500 €	12	17.1		
	De 37.500 a 70.000 €	5	7.1		
	> 70.000 €	1	1.4		

A maior parte destas mulheres não apresenta nenhuma doença física (65.7%), nem psicológica (75.7%). Relativamente ao exercício físico, a maioria admite praticar regularmente (58.6%). Quanto ao consumo de tabaco, a maioria é não fumadora (45.7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequências e % das Variáveis de Saúde (n=70)

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Doença Física	Sim	23	32.9
	Não	46	65.7
Problema Psicológico	Sim	16	22.9
	Não	53	75.7
Exercício Físico	Sim	41	58.6
	Não	27	38.6
Consumo de Tabaco	Fumadora	16	22.9
	Ex-fumadora	21	30
	Não fumadora	32	45.7

Procedimento

Após um primeiro contacto, em que ocorrem algumas perguntas de triagem, quer em contexto hospitalar, quer em comunitário, é explicado à participante a natureza do estudo. Depois é dado, previamente, um consentimento informado, que respeita o tratamento dos participantes e a confidencialidade dos resultados, onde é pedida a contribuição voluntária das participantes e assinado o respectivo consentimento informado. Posteriormente, convida-se a preencher um questionário sócio-demográfico e de saúde, assim como o questionário holandês do comportamento alimentar (Viana & Sinde, 2003).

Material

Primeiramente, é realizada a averiguação de critérios de inclusão (triagem), nomeadamente, o peso da participante, a altura e há quanto tempo mantém esse peso (que tem de ser superior a 12 meses).

O instrumento utilizado nesta investigação foi o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (Dutch Eating Behavior Questionnaire – D.E.B.Q.) ou, como na versão original, *Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag* – N.V.V.E. Paralelamente, foi utilizado um questionário de caracterização da amostra, com a finalidade de recolher informação acerca de aspectos sócio-demográficos (a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional e, por último, o rendimento anual do agregado familiar). Ainda se recolheram informações como se a participante tem alguma doença física e/ou psicológica, se costuma fazer exercício físico e consumo de tabaco.

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar.

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar pretende avaliar o estilo e comportamento alimentar (Viana & Sinde, 2003). O constructo, no qual o questionário se baseia, deriva de várias teorias da obesidade e controlo do apetite (Rebelo & Leal, 2007). De salientar que é um dos questionários mais referidos na literatura e, conseqüentemente, mais investigados, do ponto de vista psicométrico; encontrando-se validado e adaptado para a população portuguesa por Viana e Sinde (2003).

Este é um questionário obtido a partir de questionários previamente existentes aos quais foram adicionadas outras questões. Foi concebido de maneira a incluir aspectos da

teoria sobre os determinantes psicológicos e comportamentais da obesidade e perturbações alimentares (Viana & Sinde, 2003).

É composto por 33 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (nunca/raramente/ às vezes/ frequentemente/ muito frequentemente), distribuídos por três escalas: a escala de restrição alimentar, que inclui 10 itens, assim como a escala de ingestão externa e, por último, a escala de ingestão emocional, composta por 13 itens. Esta última subdivide-se ainda, no questionário original, em emoções precisas (com 9 itens) e emoções difusas (com 4 itens) (Viana & Sinde, 2003). A restrição alimentar refere-se ao esforço que o sujeito exerce regularmente para controlar o seu apetite e ingestão de alimentos, envolvendo-se em dietas. Pergunta-se, por exemplo, “Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?”. A ingestão emocional é determinada por factores de stress emocional, implicando desinibição alimentar nessa situação. Como exemplo, temos a seguinte pergunta, “Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?”. A ingestão externa traduz uma ingestão motivada por factores externos intrínsecos aos alimentos ou à situação social em que são ingeridos e é perguntado, por exemplo, “Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?”. Um resultado elevado numa das dimensões implica um modo de reagir aos alimentos que se traduz num padrão ou estilo alimentar (Rebelo & Leal, 2007).

Resultados

Com o objectivo de testar as hipóteses do presente estudo, recorreu-se a testes estatísticos que se inserem na estatística paramétrica, utilizando o programa SPSS, versão 19.0 (SPSS, 2011), tanto para a construção da base de dados, assim como para a posterior análise estatística.

Propriedades psicométricas do instrumento Q.H.C.A.

Para avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento, há que ter em conta três procedimentos: a sensibilidade, para perceber se a medida é capaz de discriminar os indivíduos; a validade, que pretende verificar se os dados recolhidos medem o que é suposto medir e, por último, a fiabilidade, para analisar se os dados são fiáveis e consistentes (Maroco, 2007).

Primeiramente, foi avaliada a sensibilidade da medida. Um item com boa sensibilidade apresenta valores de assimetria que não deverão ultrapassar os 3 e de curtose terão de ser inferiores a 7. No presente estudo todos os itens apresentam uma elevada sensibilidade e, deste modo, os itens são capazes de discriminar indivíduos (Maroco, 2007) (Tabela 3).

Tabela 3 - Sensibilidade dos Itens (n=70)

	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Item 1	1	5	-0,049	-0,927
Item 2	1	5	-0,118	-0,516
Item 3	1	5	0,459	-0,704
Item 4	1	5	-0,077	-0,406
Item 5	1	5	-0,118	-1,279
Item 6	1	5	-0,197	-0,707
Item 7	1	5	-0,028	-0,443
Item 8	1	5	0,691	-0,31
Item 9	1	5	-0,117	-0,365
Item 10	1	5	0,222	-0,945
Item 11	1	5	-0,022	-0,19
Item 12	1	5	0,104	-0,63
Item 13	1	5	0,331	-0,806
Item 14	1	5	0,208	-1,031
Item 15	1	5	0,361	-0,425
Item 16	1	5	0,391	-0,556
Item 17	1	5	-0,014	-1,047
Item 18	1	4	0,15	-0,867
Item 19	1	5	0,206	-0,831
Item 20	1	5	0,054	-1,066
Item 21	1	5	0,052	-0,594
Item 22	1	5	-0,303	-0,857
Item 23	1	5	0,191	-0,941
Item 24	1	5	0,127	-0,359
Item 25	1	5	0,445	-0,378
Item 26	1	5	0,377	-0,659
Item 27	1	4	0,799	0,641
Item 28	1	5	0,079	-0,874
Item 29	1	5	0,652	-0,33
Item 30	1	5	0,878	1,109
Item 31	1	5	-0,257	-0,462
Item 32	1	5	0,25	-1,106
Item 33	1	5	-0,252	-0,173

Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Para testar a consistência interna do Q.H.C.A. calculou-se o alpha de Cronbach (α), que é uma estimativa de consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Um α elevado, defina a presença ‘forte’ de factor comum e, neste estudo, o questionário do comportamento alimentar apresentou uma fiabilidade moderada a elevada. Na

dimensão da ingestão emocional o $\alpha=.963$, ou seja, tem uma fiabilidade elevada e na dimensão da ingestão externa ($\alpha=.889$) e restrição alimentar ($\alpha=.838$) a fiabilidade é moderada a elevada (Maroco & Garcia-Marques, 2006) (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição do Instrumento D.E.B.Q. e valores de consistência interna (n=70)

Instrumento	Descrição	Consistência Interna Alpha de Cronbach
Ingestão emocional 13 itens: 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16 20, 23, 25, 28, 30, 32	Determinada por factores de stress emocional, implicando desinibição alimentar nessa situação.	.963
Restrição alimentar 10 itens: 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29, 31	Refere-se ao esforço que o sujeito exerce regularmente para controlar o seu apetite e ingestão de alimentos.	.838
Ingestão externa 10 itens: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21*, 24, 27, 33	Traduz uma ingestão motivada por factores externos intrínsecos ao alimento ou à situação social em que são ingeridos.	.889

* Item invertido

De seguida, teria de se proceder à análise factorial, que é uma técnica exploratória de dados, que tem como objectivo analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, para elaborar uma escala de medida para factores intrínsecos que, de alguma maneira, controlam as variáveis originais (Maroco, 2007). Contudo, não pode ser realizada a análise factorial, neste estudo, pois a amostra (n=70) tem uma dimensão reduzida para fazer este tipo de análise. Segundo Maroco (2007) para se fazer uma análise factorial é necessário ter cinco sujeitos por item, o que não acontece.

Posteriormente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis do Instrumento Psicométrico Q.H.C.A., obtendo-se os seguintes valores para os três diferentes domínios: Ingestão Emocional ($M=2.59$, $DP=1.013$), Ingestão Externa ($M=2.65$, $DP=.721$) e Restrição Alimentar ($M=2.83$, $DP=.740$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Médias, Medianas, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo das Variáveis do Comportamento Alimentar (n=70)

Variáveis	Dimensões	M	MD	DP	Mínimo	Máximo
Comportamento Alimentar	Ingestão emocional	2.59	2.58	1.013	1	4
	Ingestão externa	2.65	2.60	.721	1	4
	Restrição alimentar	2.83	2.75	.740	1	5

Foi realizada uma correlação de Pearson para verificar a existência de associações entre as dimensões do comportamento alimentar e o IMC, utilizando um nível de significância de 0.05. Relativamente à correlação entre o IMC e a ingestão emocional não se encontraram associações estatisticamente significativas ($r=.036$; $p=.769$), assim como na relação entre IMC e ingestão externa ($r=.120$; $p=.324$) e entre IMC e restrição alimentar ($r=-.036$; $p=.766$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlação de Pearson entre as dimensões do comportamento alimentar e o IMC (n=70)

	Ingestão emocional		Ingestão externa		Restrição alimentar		IMC	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ingestão emocional			.713**	.000	.028	.819	.036	.769
Ingestão externa	.713**	.000			.120	.323	-.120	.324
Restrição alimentar	.028	.819		.323			-.036	.766
IMC	.036	.769	-.120	.324	-.036	.766		

Com o intuito de se perceber se havia diferenças estatisticamente significativas entre problema psicológico e comportamento alimentar, procedeu-se ao teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, para averiguar se todas as variáveis seguiam distribuição normal (Anexo 9, 11, 13). Foi ainda confirmado, através da aplicação do teste de *Levene*, o pressuposto de homogeneidade das variâncias (Anexo 9, 11, 13). Deste modo, optou-se por recorrer à estatística paramétrica, nomeadamente, à aplicação do Teste T-Student, utilizado para testar se as medidas de duas populações são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2007).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à dimensão da ingestão emocional entre mulheres com e sem problemas psicológicos ($t(67)=-2.494$; $p=.015$); verificando-se que as mulheres que apresentam um problema psicológico têm mais comportamentos de ingestão emocional ($M=3.12$) (Tabela 7). Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem problemas psicológicos

no que concerne à ingestão externa ($t(67)=-.682$; $p=.498$), (Anexo 12) e à restrição alimentar ($t(67)=.479$; $p=.633$) (Anexo 14).

Tabela 7 - T-student (comparação de duas médias populacionais) para doença psicológica na dimensão da ingestão emocional

	N	M	DP	t	g.l.	p
Sem problema psicológico	53	2.43	1.013	-2.494	67	.015
Com problema psicológico	16	3.12	.872			

Foi feita uma correlação de Pearson para verificar se existe associação entre o IMC e a idade das participantes (variáveis quantitativas e contínuas), utilizando um nível de significância de 0.05. Os resultados apresentados não são estatisticamente significativos ($r=.029$; $p=.815$) (Anexo 15).

Procedeu-se, de seguida, à averiguação das possíveis associações entre o IMC e o estado civil. Depois de realizado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e da aplicação do teste de *Levene* (Anexo 16) optou-se pelo teste paramétrico *ANOVA One-way*, para três grupos diferentes, utilizada para comparar duas ou mais médias populacionais a partir de duas ou mais amostras independentes (Maroco, 2007). Para um nível de significância de 0.05, constatou-se que as diferenças obtidas não são estatisticamente significativas ($F(67)=.068$; $p=.935$) entre o IMC e os diferentes estados civis (solteira; casada/união de facto e divorciada/separada) (Anexo 17). Dado que não foram detectadas diferenças significativas entre os três grupos, não se procedeu à comparação múltipla de médias (através do teste de *Tukey*).

No que concerne à comparação entre os grupos com diferentes habilitações literárias em relação ao IMC, e após a verificação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade (Anexo 18), realizou-se o teste paramétrico *ANOVA one-way*, onde os resultados encontrados não foram estatisticamente significativos ($F(68)=2.249$; $p=.073$) (Anexo 19). Mais uma vez, como não se encontraram diferenças significativas, não se procedeu para o teste de *Tukey*.

Para aferir se existiam diferenças estaticamente significativas entre IMC e situação profissional (activo ou não activo), realizou-se um teste paramétrico T-Student, após comprovar que as variáveis seguiam distribuição normal e apresentavam as variâncias homogéneas (Anexo 20). As diferenças obtidas foram estatisticamente significativas ($t(65)=-$

3.269); $p=.002$). Verificou-se que as mulheres inactivas apresentam um maior IMC do que as mulheres activas ($M=40.296$) (Tabela 8).

Tabela 8 - T-student (comparação de duas médias populacionais) para situação profissional e IMC

	N	M	DP	T	g.l.	p
Activo	42	35.952	4.951	-3.269	65	.002
Não activo	25	40.296	5.749			

Procedeu-se à comparação entre os diferentes tipos de rendimento anual do agregado familiar (10.000 euros ou menos; entre 10.001 a 20.000 euros; entre 20.001 a 37.500 euros ou superior a 37.501 euros) para verificar se existiam diferenças significativas em relação ao IMC. Depois de ser confirmada a distribuição normal da variável e homogeneidade das variâncias (Anexo 22), procedeu-se à realização do teste paramétrico *ANOVA one-way*, para comparar dois ou mais grupos. Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos ($F(58)=1.879$; $p=.144$) (Anexo 23) e, desta forma, não se procedeu à comparação múltipla de médias.

Verificou-se se havia diferenças entre a existência ou não de um problema psicológico com o IMC. Depois de confirmadas a distribuição normal e homogeneidade (Anexo 24), foi realizado o teste paramétrico T-student, para comparar estes dois grupos. Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos ($t(67)=.150$; $p=.881$) (Anexo 25). Foram feitas as mesmas análises para detectar a existência de diferenças entre IMC e problema físico. No entanto, as diferenças encontradas também não foram estatisticamente significativas ($t(67)=-1.788$; $p=.078$) (Anexo 26, 27).

A fim de se perceber se a prática de exercício físico tinha associação com o IMC, foi realizado um teste paramétrico T-student, após a verificação da normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias (Anexo 28), que comprovou não haver diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos ($t(66)=.582$; $p=.562$) (Anexo 29).

Por último, depois de verificada a normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias (Anexo 30), procedeu-se à realização do teste T-student, verificando-se que não existem diferenças significativas entre o IMC e o facto de ser fumador ou ex-fumador ($t(35)=-.237$; $p=.814$) (Anexo 31).

Discussão

A obesidade, sendo já conhecida como uma pandemia mundial, deve ser compreendida como um todo que está para além do simples acto de comer.

O comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, tem maior influência na saúde e na doença (Viana, 2002). Vários estudos salientam que os indivíduos com obesidade são mais propensos a terem uma ingestão emocional, quando comparados aos sujeitos com um peso normal (Bernard et al., 2005; Ferreira & Wanderley, 2010; Guenter, 2000; Viana & Sinde, 2003), principalmente em lanches e não nas refeições principais (Lowe & Fisher, 1983), havendo uma associação entre IMC e ingestão emocional (Natacci & Júnior, 2011; Strien, Frijters, Roosen, Knuiman-Hijl & Defares, 2008). Contudo, outros estudos contrariam esta teoria, nomeadamente, Strien, Rookus, Bergers, Frijters e Defares (1986) que não registaram interacção entre ingestão emocional e acontecimentos de vida mais negativos, em mulheres com obesidade.

No entanto, no presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre o IMC e comportamentos de ingestão emocional.

Pode-se encontrar várias hipóteses explicativas. Primeiramente, algumas destas mulheres tinham sido submetidas, há muito pouco tempo, a cirurgia bariátrica. Neste tipo de cirurgia, em que existe redução do estômago, cria-se um componente restritivo no qual a quantidade de alimentos ingerida é intensamente diminuída. A limitação imposta pela operação pode representar grande risco para as pacientes compulsivas, tornando-se difícil a adaptação à nova condição alimentar. Deste modo, já que a alimentação excessiva não é possível, os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica têm de desenvolver novos padrões alimentares para conter as dificuldades emocionais (Machado, Zilberstein, Cecconello & Monteiro, 2008), onde a ingestão emocional fica comprometida. Sabe-se que o comportamento alimentar é melhorado, dramaticamente, depois da cirurgia (Stunkard & Wadden, 1992).

Outra hipótese que pode explicar este resultado é o facto de as participantes estarem frente a frente, no preenchimento do questionário, com o investigador, o que pode levar a uma inibição nas respostas. Segundo Conradt et al. (2008) a obesidade está relacionada a sentimentos de culpa e vergonha, nomeadamente, quando há um confronto directo com esta doença. Estes indivíduos, inseguros, humilhados (Bernard et al., 2005) e hipersensíveis (Rebelo & Leal, 2007) podem distorcer a percepção que têm, sobre o corpo (Candy & Fee,

1998). Há um grande sigilo em torno da alimentação e um nível global de tensão que devem ser considerados (Ganley, 1989).

Por último, as participantes poderiam não estar sob influência de alguma emoção ou sentimento mais negativos, que desencadeasse uma ingestão emocional, naquele espaço de tempo (Natacci & Júnior, 2011).

Hoje em dia a população é confrontada, diariamente, por todo o tipo de alimentos, quer em supermercados, quer em cafés ou mesmo no convívio com amigos. A alimentação faz parte de todas as culturas, com nuances acentuadas nas crenças e no estilo de vida de cada indivíduo. Neste sentido, é importante referir que a ingestão externa (desinibição devido a factores extrínsecos, alimentos ou à situação social em que são ingeridos) é outra característica do comportamento alimentar que está cada vez mais patente nas mulheres com obesidade.

Vários autores referem que a ingestão externa está associada ao IMC (Burton, Smit & Lightowler, 2007; Strien et al., 1986, 2008), pois os estímulos externos, juntamente com os desejos alimentares, são um factor de risco no controlo do apetite (Burton et. al, 2007). Deste modo, os comportamentos alimentares destes indivíduos são mais sensíveis a factores externos do que às próprias necessidades fisiológicas, neste caso a fome (Davis et al., 2007). Os resultados do presente estudo não foram estatisticamente significativos, ou seja, não se comprovou relação entre ingestão externa e IMC. Estes resultados não vão ao encontro da literatura.

Além das hipóteses explicativas descritas anteriormente, há que ter em conta que a tentativa comportamental de auto-controlo é frequentemente incerta, pois opõe-se às tendências biológicas e às pressões sociais (Bernard et al., 2005).

Algumas pessoas insatisfeitas com o peso e com o aspecto do seu corpo travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, visando manter um determinado peso ou diminuí-lo (Viana, 2002). A restrição alimentar é, deste modo, outra componente do comportamento alimentar, que está frequentemente associada aos sujeitos com obesidade (Rebelo & Leal, 2007). A restrição alimentar está significativamente relacionada com o excesso de peso (Lluch et al., 2000) e com o IMC (Westenhoefer, 1991), contudo, outros autores contradizem esta ideia, salientando que não há diferenças quando se compara restrição alimentar e IMC (Strien et al., 1986, 2008). Os resultados obtidos, no presente estudo, entre IMC e restrição alimentar não foram estatisticamente significativos. O sujeito que sofre de obesidade é constantemente pressionado por motivos sociais e, neste sentido, alguns tentam reduzir o peso, através de dietas. A fome

provocada pela dieta torna o indivíduo obeso especialmente sensível aos indícios do ambiente, relativamente à comida, o que o leva a comer descontroladamente, quando vencido pelo desejo (Viana, 2002). Assim sendo, os resultados apresentados podem estar associados às fracassadas tentativas de perder ou manter o peso destas mulheres, o que pode indicar dificuldades no controlo alimentar e nas preocupações com a forma corporal (Westenhoefer, 1991).

Muitas destas participantes, em que a restrição lhes é imposta, e que pode ter influência no aumento das atitudes de controlo (Machado et al., 2008), não apresentaram este tipo de comportamento, o que era esperado, tendo em conta a sua situação.

Quando é comparado o comportamento alimentar com a existência ou não de um problema psicológico, os resultados encontrados não são estatisticamente significativos, excluindo ingestão emocional com existência de problema psicológico (em que há associações estatisticamente significativas). O comportamento alimentar leva o indivíduo com obesidade a apresentar sofrimento psicológico (Bernard et al., 2005). Segundo um estudo sobre traços de personalidade e o comportamento alimentar, conclui-se que a ingestão emocional está associada ao neuroticismo, impulsividade e depressão; a ingestão externa correlacionada com impulsividade e baixa auto-disciplina e, por último, a restrição alimentar está ligada a uma maior consciencialização, extroversão e transparência (Elfhag & Morey, 2008).

Sabe-se, à partida, que a ingestão emocional está associada à existência de problemas psicológicos, e os indivíduos que apresentam ingestão emocional parecem ser mais susceptíveis aos efeitos do stress, podendo apresentar mais distúrbios de humor quando em situações desafiadoras, tentando obter o conforto através do alimento (Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born & Westenterp-Plantenga, 2008). Neste sentido, grande parte dos indivíduos com obesidade, comem para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência. Esses mesmos indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos contribuem para que os sujeitos com obesidade percepcionem a comida como uma importante fonte de prazer, o que, devido ao preconceito, conseqüentemente, restringe e empobrece ainda mais suas relações afectivas e sociais (Bernard et al., 2005) e os torna mais afectados psicologicamente, dando origem a vários tipos de problemas e doenças.

Estávamos à espera que os resultados entre existência de problema psicológico e ingestão externa fossem significativos, no entanto, isso pode dever-se, mais uma vez, à

reduzida dimensão de amostra com problema psicológico e ao facto de existirem eventuais aspectos como a vergonha e culpa, como dito anteriormente. Um sujeito com obesidade, que sabe quem é e como é tenta, da melhor forma possível, desculpar-se por todos os seus comportamentos impulsivos, mostrando ao outro que é bem mais forte do que aparenta.

A restrição alimentar não está associada à existência de um problema psicológico, no entanto, sabemos que a pressão social pode levar a excessivas dietas, as quais desencadeiam reações psicológicas e fisiológicas que levam à recuperação e ao agravamento do grau de obesidade (Bernard et al., 2005). Este tipo de comportamento poderá levar ao desencadeamento de problemas do foro psicológico. As mulheres, particularmente, tentam impor algum controle sobre o próprio padrão alimentar e selecção de alimentos, chegando a perder peso, frequentemente; no entanto, a natureza das suas respostas emocionais para perda de peso pode ser reflectida como uma característica psicológica. Sintomas como humor depressivo, ansiedade, fraqueza e preocupação em comer são predominantes (Bernard et al., 2005), o que não se verificou neste estudo.

Quando se relaciona IMC com a idade, os resultados obtidos não são estatisticamente significativos, o que vem contradizer a literatura (Lipowicz, Gronkiewicz & Malina, 2002), que refere a idade como sendo um factor de pré-disposição à obesidade (indivíduos mais jovens e os idosos têm tendência a serem mais magros) (Antipatis & Gill, 2001). Outros autores salientam que a obesidade no adulto pode iniciar-se em qualquer idade (Amaral & Pereira, 2008), nomeadamente, quando já têm filhos e alguns anos de casamento (Guenter, 2000). Segundo Carmo et al. (2007), o IMC tende a aumentar com a idade, tendendo a diminuir depois dos 64 anos. Neste estudo importa referir que a discrepância de idades foi significativa ($M=44.70$; $DP=11.722$), e isso poderá ter tido alguma influência nos resultados. No entanto, há que ter em conta que a maioria das mulheres do presente estudo têm obesidade desde a infância/adolescência, suportando a evidência de que crianças e adolescentes com obesidade tornam-se adultos obesos (Filho, 2004).

Há também que salientar neste contexto a importância do sexo e das mudanças fisiológicas que acarretam várias fases de vida (Sobal, 2001). Exemplificando, as mulheres, de uma maneira geral, têm mais gordura armazenada no corpo do que os homens, para assegurar a sua capacidade de reprodução (Antipatis & Gill, 2001); que pode levar a um aumento do peso, aquando a maternidade (Sobal, 2001; Guenter, 2000). As mulheres que começam a entrar na menopausa e têm uma desregulação das hormonas, podem também ganhar mais peso. Há autores que referem que nas mulheres, a obesidade observa-se mais a partir dos 40 anos, chegando a aumentar para o dobro, a partir desta idade (Gigante et al.,

1997; Fernandes et al., 2005). É importante referir que, com esta diferença de idades, os níveis de actividade física certamente não são idênticos (Sobal, 2001); uma mulher com 30 anos consegue praticar um tipo de exercício físico mais exigente e durante mais tempo, do que uma mulher de 60 anos, que já tem certas limitações. Por último, o nível de calorias ingeridas também é diferente, em várias fases da vida (Sobal, 2001).

Foram analisados três tipos diferentes de estado civil com o IMC. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre IMC e o facto de serem casados/união de facto, solteiros ou divorciados/separados, o que contraria resultados de outros estudos (Lipowicz et al., 2002). Há que ter em conta que mais de 42 pessoas da presente amostra (n=70) são casadas ou vivem em união de facto, portanto não há uma distribuição equitativa de participantes pelos três grupos, o que pode ter influenciado os resultados.

No entanto, os resultados da presente investigação poderão encontrar suporte nos resultados de um estudo de Sobal, Rauschenbach e Frongillo (2009), que refere que o estado civil não está significativamente associado à obesidade, em mulheres. Todavia, maioritariamente, a literatura refere que viver sozinho é um factor de risco para problemas alimentares, níveis de actividade e peso corporal (Sobal, 2011). Contudo, simultaneamente, sabe-se que os indivíduos casados e com filhos têm mais tendência a terem excesso de peso, pois quantas mais pessoas vivem numa casa mais calorias cada um consome (Sobal, 2001; Lipowicz et al., 2002).

Outro ponto estudado foi a associação entre IMC e habilitações literárias. Segundo a literatura, sabe-se que a educação e o nível de formação têm sido apontados como uma possível causa da obesidade (Gigante et al., 1997), nomeadamente, devido a um baixo nível escolar das populações, principalmente em mulheres (Antipatis & Gill, 2001). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, no presente estudo, contrariando a literatura (Lipowicz et al., 2002; Lakdawalla & Philipson, 2009). No entanto, há que reflectir sobre a sociedade em que estamos inseridos. É uma sociedade que está cada vez mais desenvolvida e onde as pessoas têm cada vez mais poder de compra, principalmente na compra de alimentos (Halpern, 1999), independentemente do grau académico. Hoje em dia, um grau académico elevado pode não oferecer tantas oportunidades de emprego, o que uniformiza as pessoas em termos de estatuto socioeconómico. A informação disponibilizada já é acessível à maioria da população e cada vez mais se dissipa a ideia de que uma maior formação académica fornece conhecimento sobre a alimentação, nutrição, actividade, saúde e peso (Sobal, 2001).

Entramos num campo em que a situação profissional poderá também influenciar o IMC. Há autores que sugerem mesmo que a situação profissional apresenta-se como um dos principais determinantes da obesidade (Vieira & Sichieri, 2003), onde o emprego estabelece um estilo de vida e desempenha um papel relevante na alimentação, exercício físico e controlo do peso (Sobal, 2001). Neste estudo, foram encontradas associações significativas entre o IMC e a situação profissional, onde foi verificado que as pessoas não activas (sejam desempregadas ou reformadas) têm um IMC superior ao das pessoas activas.

Várias hipóteses podem explicar este resultado. Primeiramente, as pessoas activas estão em constante movimento, havendo um gasto de muitas calorias ao longo do dia (Sobal, 2001). Ainda segundo este autor, vários estudos em países industrializados descobriram que as mulheres inactivas estão mais susceptíveis a vir a ser obesas do que as activas, indo ao encontro dos resultados encontrados neste estudo. Contudo, outros estudos contrariam este resultado, afirmando que as inovações tecnológicas têm contribuído para profundas alterações da natureza do trabalho, tornando as actividades menos exigentes fisicamente, gerando menor mobilidade dos trabalhadores e despendendo de muitas horas sedentárias no trabalho (Lakdawalla & Philipson, 2009; Philipson & Posner, 2003; Sobal, 2001).

Também o rendimento anual do agregado familiar está associado à obesidade (Siroski et al., 2011) pois influencia, entre outros aspectos, a possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e a oportunidade da prática de actividade física (Vieira & Sichieri, 2003). Os estudos apontam para uma relação entre obesidade nos estratos da população com menor rendimento, sendo particularmente evidente nas mulheres adultas (Fernandes et al., 2005; Lakdawalla & Philipson, 2009), talvez devido ao ciclo instável de aquisição de alimentos, ou seja, períodos de abundância alimentar seguidos por períodos de restrição (Bernard et al., 2005). É sabido que o salário fornece recursos que podem influenciar a energia consumida e gasta (Sobal, 2001), o que nos leva a concluir que todos os salários, sejam eles mais altos ou não, permitem sustentar uma família, pelo menos ao nível da alimentação. Além disso, a obesidade é ainda influenciada pelo facto de os alimentos mais baratos terem elevados teores de açúcares e gorduras (por exemplo, o fast-food). Segundo Pedraza (2009), os preços elevados das frutas, dos legumes e outros alimentos ricos em nutrientes tornam-nos inacessíveis às pessoas com um menor rendimento. Simultaneamente, a indústria favorece o comportamento alimentar desadequado, através da oferta de preços muito baratos de açúcar, gordura e alimentos com pouca qualidade nutricional. Deste modo, as alterações tecnológicas associadas à diminuição do preço real dos alimentos e à diminuição da actividade física têm

contribuído para o aumento da incidência de obesidade (Chou, Grossman & Saffer, 2004; Philipson & Posner, 2003).

Neste estudo não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o rendimento e o IMC. De algum modo, isto leva-nos a querer responder a todas estas questões. Uma hipótese colocada prende-se com o facto das pessoas terem cada vez mais acesso à informação, aos alimentos e também à actividade física (com a construção de ginásios exteriores e com os parques). É possível que esta pandemia mundial tenha chegado a um ponto em que atinge todos os tipos de rendimento, pois o poder de compra já permite que as diferenças não sejam tão significativas. Segundo Lakdawalla e Philipson (2009), os avanços tecnológicos permitiram igualmente um aumento dos salários reais, o que contribui para a obesidade. O aumento do salário resulta, provavelmente, de um maior número de horas de trabalho, que diminui as actividades de lazer e a produção familiar, aumentando a frequência em restaurantes ou consumo de alimentos pré-cozinhados/enlatados, vendo assim o seu peso aumentar.

Além disto, neste estudo, o rendimento está apresentado em classes e corresponde ao rendimento total anual do agregado familiar e não há informação sobre quantas pessoas fazem parte do agregado. Obviamente, que uma família com 2 filhos tem mais despesas do que uma família sem filhos. Com esta hipótese também pode ser explicado o facto de não existirem diferenças entre IMC e rendimento anual.

Todas estas situações e a obesidade, num estado geral, levam a um grande sofrimento psicológico para o indivíduo (Bernard et al., 2005) que pode estar relacionado, de uma maneira geral, com o aumento do IMC. Isso foi analisado neste estudo, no entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Algumas teorias sustentam que a obesidade está associada à existência de problemas psicológicos (Quaioti & Almeida, 2006). Segundo Tosetto e Junior (2008), há uma associação entre obesidade e sintomas depressivos, ansiógenos e de desesperança. Além disto, os obesos em tratamento apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares, de personalidade e distúrbios de imagem corporal (Ferreira & Wenderley, 2010). Contrariamente a estas teorias estão Stunkard e Wadden (1992), que referem que a população de obesos não apresenta maiores níveis de psicopatologia, quando comparada à população em geral.

Primeiramente, há que ter em atenção, no presente estudo, que 53 mulheres não tinham qualquer tipo de problema psicológico. Obviamente, que isso não quer dizer que não estejam em sofrimento por causa da sua doença, mas isso terá de ser debatido noutro estudo.

Há que ter em conta as mulheres que se submeteram a cirurgia, neste estudo, e que, segundo Ferreira e Wenderley (2010), deviam apresentar maiores sintomas psicológicos. A questão aqui é que até os podem apresentar, mas não terem a consciência disso. Estamos inseridos numa sociedade em que as pessoas têm cada vez menos tempo e menos rendimentos, onde as prioridades são outras, nomeadamente, a alimentação. Podem não ter uma doença psicológica diagnosticada, mas ela estar presente, podendo ser gerida, de forma disfuncional, com a comida.

Além do problema psicológico, também a doença física foi relacionado com o IMC, no entanto, não se constatou uma associação significativa entre elas. É de salientar que mais de metade da amostra não tinha doença física, portanto a sub-representação dos grupos pode explicar, em parte, a ausência de diferenças significativas obtidas no presente estudo. Até porque sabemos que a obesidade provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas outras doenças (Bayer et al., 2010) e que as queixas físicas são mais frequentes nos sujeitos com obesidade do que em sujeitos não obesos, e que estes se percebem como tendo menos saúde (Silva & Maia, 2007).

Um dos temas mais debatidos no que consta à obesidade é o exercício físico, pois é uma das ferramentas mais eficazes na luta contra esta doença. Estudou-se a associação entre o exercício físico e o IMC e não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Isto está de acordo com o estudo de Neutzling, Taddei e Gigante (2003) que também não encontraram associações entre o nível de actividade física e a obesidade. No entanto, grande parte da literatura diz exactamente o contrário; que a falta de actividade física regular talvez seja mais importante no desenvolvimento da obesidade que o excesso alimentar (Heitmann, Lissner & Osler, 2000).

Este resultado pode ser explicado tendo em conta vários aspectos. Primeiramente, apesar das pessoas com obesidade passarem grande parte da vida envolvidas em actividades físicas, elas não o fazem como uma mudança do estilo de vida, ou seja, não é algo mantido regularmente (Cunha et al., 2006). Logo aqui percebemos que as pessoas podem admitir fazer exercício físico mas, possivelmente, pode não ser algo frequente; pode ter sido iniciado há pouco tempo e, há que ter sempre em conta o tipo de exercício físico; é diferente fazer 20 minutos de caminhada ou uma hora de natação. Há que reflectir sobre estes factores, para ter a certeza do que se está a afirmar.

Outra questão prende-se com o facto da provável influência da urbanização sobre o nível de actividade física, pois predomina o estilo de vida sedentário, principalmente devido a alterações na esfera do trabalho (Ferreira & Wenderley, 2010). É de salientar que com a

utilização generalizada do automóvel (Antipatis & Gill, 2001), da televisão e do computador (Lakdawalla & Philipson, 2009), houve uma diminuição da perda de calorias e a actividade física ficou reduzida (Antipatis & Gill, 2001; Lakdawalla & Philipson, 2009). Neste sentido, também a caminhada tornou-se pouco usual, para a maioria das pessoas (Sobal, 2001).

Outra situação a considerar é o rendimento anual. Neste estudo, a maioria das participantes possui um rendimento anual do agregado familiar abaixo dos 20.000 euros. Neste sentido, será importante percebermos qual a percepção ou o valor que cada participante atribui ao exercício físico e se isso tem ou não influência na prática do mesmo.

Outro factor importante é a doença física. É do conhecimento geral que vários tipos de doença física não permitem a prática do exercício físico (Neutzling et al., 2003) e, nesta amostra, há 23 pessoas com doença física. Podem até praticar exercício físico mas, possivelmente, poderá ser com uma intensidade mais reduzida.

Por último, há que considerar o facto de que as pessoas submetidas recentemente a cirurgia bariátrica não podem fazer exercício físico, o que pode explicar, de alguma forma, o presente resultado.

Apesar da dieta e do exercício físico serem fulcrais no controlo desta doença, não podem servir de explicação absoluta para o crescente aumento global da obesidade (Neutzling et al., 2003).

Como última questão de investigação, achámos pertinente relacionar o IMC com o consumo de tabaco. Os resultados não apresentaram associações estatisticamente significativas. Houve estudos em que não se encontraram evidências de que uma redução de tabagismo gera um aumento de peso (Gruber & Frakes, 2006) e esta evidência parece ser suportada pelos resultados deste estudo.

Porém, esta conclusão não é consensual na literatura, pois já em 1971 Khosla e Lowe encontraram diferenças consideráveis, que aumentavam com a idade, entre o peso dos fumadores e não fumadores. Os não fumadores tinham um peso maior que os fumadores. Os resultados de Chou et al. (2004) também sugerem que a obesidade aumenta com o aumento do preço do tabaco.

Ao estudar um tema tão vasto como é este da obesidade, as limitações no presente estudo e propostas para novos estudos sobressaem. Primeiramente, será fulcral alargar a dimensão da amostra, num estudo futuro. Parece que apenas 70 mulheres com um IMC superior a 30Kg/m² não são suficientes para explicar o comportamento alimentar das mulheres com obesidade da população portuguesa.

Uma potencial limitação é o facto de o IMC ser calculado a partir de informação sobre o peso e altura relatados pelas participantes. Sabe-se, à partida, que os indivíduos tendem a subestimar o peso e sobrestimar a altura; e que esta medida não é perfeita, pois a relação entre IMC e a gordura corporal varia de acordo com a constituição física e proporção corporal (Antipatis & Gill, 2001).

Outra limitação prende-se com o facto desta amostra ter sido escolhida por conveniência, baseada na disponibilidade dos participantes, o que revelou ter sido uma amostra clínica e comunitária muito heterogénea. Dado este facto, algumas mulheres deste estudo iam ser submetidas a cirurgia ou já a tinham feito, há muito pouco tempo. Será provável/razoável afirmar que esta situação influencia, como foi visto anteriormente, muitas das respostas destas participantes. Neste sentido, num estudo futuro, poderia ser interessante diferenciar este tipo de mulheres, ou seja, distinguir participantes submetidas a cirurgia daquelas que nunca passaram por tal processo, por exemplo. Ou ainda ter em conta as diferenças que poderão ser encontradas se estudarmos mulheres com obesidade em processo de mudança de comportamento alimentares.

Há que ter em conta ainda outro aspecto: o facto de este estudo ter-se focalizado somente nas causas socioeconómicas pode ter sido redutor dado que é fulcral termos em conta todos os contributos multidisciplinares, nomeadamente, factores ambientais, culturais e genéticos. Deste modo, seria pertinente comparar diferentes etnias e culturas. A literatura refere que há diferenças entre estas variáveis, relativamente a vários aspectos da obesidade, contudo, não sabemos se os comportamentos alimentares também o são.

Outro estudo proposto é com as famílias destas pessoas com obesidade. Sabemos que a obesidade tem como uma das causas a hereditariedade, mas seria importante vermos de perto se isso se comprova, na população portuguesa. Os genes estão comprovados, mas é fulcral comprovar se a teoria da aprendizagem aplicar-se-à neste caso. E, além disso, também será interessante averiguar se estas pessoas com obesidade atribuem a mesma a alguma aprendizagem ou experiência tida no seio da família.

Outra proposta para um estudo futuro prende-se com a necessidade de entrevistar estas mulheres. Perceber o porquê de cada resposta e o que sentem em cada altura específica, que as pode ou não levar a uma ingestão mais compulsiva ou a uma restrição alimentar. Mediante isto, comparar homens e mulheres é uma ideia a ter em conta, assim como comparar adolescentes e adultos.

Ao entrarmos no estudo desta doença, deparamo-nos com um vasto mundo de ideias, de diferenças e de teorias; no entanto, permanecerá a dúvida constante: e como podemos nós travar a obesidade? Certamente, esta ideia poderá também ser alvo de um próximo estudo.

Conclusão

É do conhecimento geral que a obesidade é uma doença crónica que está a tomar proporções inigualáveis e que o tratamento, a longo prazo, não passa apenas por medicamentos ou cirurgias. Todas estas componentes podem ajudar, no entanto, o indivíduo é o actor principal neste processo de mudança. E, para que isso aconteça, tem de saber o que está na base do seu comportamento alimentar. Surge, deste modo, a pertinência deste estudo. No entanto, o comportamento alimentar não foi associado a um maior IMC, contrariando vários estudos (Rebelo & Leal, 2007; Strien et al., 1986; Viana & Sinde, 2003). Na base destes resultados, poderá estar o facto de a amostra ser de dimensão reduzida; de muitas participantes terem sido submetidas a cirurgia e, por último, de factores relacionados à vergonha ou desejabilidade social. Além disso, apenas se confirmou, neste estudo, a associação entre ingestão emocional e existência de problema psicológico, tal como nos evidencia a literatura (Bernard et al., 2005; Rutters, 2008).

Deste modo, conclui-se que mais do que tratamento, é preciso desenvolver-se programas de prevenção da obesidade, principalmente, nas crianças. Como foi constatado, a obesidade destas participantes surge em criança ou no início da adolescência e é fulcral actuar-se nessa altura. Assim sendo, é preciso desenvolver vários aspectos, como a educação populacional, a mudança de hábitos de vida e, nos casos mais graves, tratamento especializado (terapia psicológica; cirurgia bariátrica ou/e terapia medicamentosa) (Ministério da Saúde, 2008).

“Em suma, todo ser humano é um paradoxo ambulante, lidando sempre com um lado positivo e um lado negativo, um lado bom e um lado mau, adoptando verdades e mitos, crenças autênticas e superstições grosseiras, ora parecendo que a verdade está de um lado, ora do outro” (Oliveira, 2004, p.1). É fulcral que o sujeito com obesidade encontre a sua verdade e, para que isso aconteça, tem de descobrir o que o leva à sua doença e como pode modificá-lo. Nesse sentido, a realização deste trabalho serve para pensar que todos nós, tendo ou não obesidade, temos um determinado estilo e comportamento alimentar e só o podemos modificar se o conhecermos e aceitarmos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S., Nascimento, P., & Quaioti, T. (2002). Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3), 353-355.
- Antipatis, V., & Gill, T. (2001). Obesity as a Global Problem. In Björntorp, P. (Eds.). *International Textbook of Obesity* (pp. 3-22). John Wiley & Sons, Ltd: British Library.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2008). Obesidade da genética ao ambiente. *Revista Millenium*, 34, 311-322.
- Bayer, A., Vasco, C., Lopes, S., & Teixeira, C. (2010). Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (4), 868-881.
- Berghofer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C., Sharma, A., & Willich, S. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *Bio Med Central Public Health*, 8 (200), 1-10.
- Bernard, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Birch, L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- Björntorp, P. (1992). Treatment of obesity. *International Journal of obesity and related metabolic disorders*, 16 (3), 81-84.
- Burton, P., Smit, H., & Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49 (1), 191-197.
- Candy, C. & Fee, V. (1998). Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviors and body image test for preadolescent girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 117-127.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles, A. (2007). Prevalência da obesidade em Portugal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 16 (1), 11-16.
- Chou, S., Grossman, M., & Saffer, H. (2004). An economic analysis of adult obesity: results from the behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Health Economics*, 23 (3), 565-587.
- Conradt, M., Dierk, J., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2008).

- Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (10), 1129-1144.
- Cunha, A., Neto, C., & Junior, A. (2006). Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal*, 5 (3), 146-154.
- Davis, C., Levitan, R., Carter, J., Kaplan, A., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., & Kennedy, J. (2007). Personality and eating behaviors: A case-control study of binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 41 (3), 243-250.
- Elfhag, K., & Morey, L. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9 (3), 285-293.
- Fernandes, A., Leme, L., Yamada, E., & Sollero, C. (2005). Avaliação do índice de massa corpórea em mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (2), 69-74.
- Ferreira, V., & Wanderley, E. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Colectiva*, 15 (1), 185-194.
- Filho, A. (2004). Um quebra-cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatria*, 80 (1), 1-3.
- Finucane, M., Stevens, G., Cowan, M., Danaei, G., Paciorek, C., *et al.* (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377, 557-567.
- Fonseca, V., Sichieri, R., & Veiga, G. (1998). Factores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32 (6), 541-549.
- Galef, B. (1982). Studies of social learning in norway rats: A brief review. *Developmental Psychobiology*, 15 (4), 279-295.
- Ganley, R. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (3), 343-361.
- Garn, S., Bailey, S., Solomon, M., & Hopkins, P. (1981). Effect of remaining family members on fatness prediction. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 148-153.
- Gigante, G., Barros, F., Post, C., & Olinto, M. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus factores de risco. *Revista Saúde Publica*, 31 (3), 236-246.
- Gruber, J., & Frakes, M. (2006). Does falling smoking lead to rising obesity? *Journal of Health Economics*, 25, 183-197.
- Guenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 59-70.

- Halpern, A. (1999). A epidemia da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43 (3), 175-176.
- Heitmann, B., Lissner L., & Osler, M. (2000). Do we eat less fat, or just report so? *International Journal of obesity and related metabolic disorders*, 24 (4), 435-442.
- Hou, R., Mogg, K., Bradley, B., Morris, R., Peveler, R., & Roefs, A. (2011). External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite*, 56 (2), 424-427.
- Hurson, M., & Corish, C. (1997). Evaluation of lifestyle, food consumption and nutrient patterns among irish teenagers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 166 (4), 225-230.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: Um desafio. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*, pp. 273-278. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Khosla, T., & Lowe, C. (1971). Obesity and Smoking Habits. *British Medical Journal*, 4 (10).
- Lakdawalla, D., & Philipson, T. (2009). The growth of obesity and technological change. *Economics and Human Biology*. 7 (3), 283-293.
- Lipowicz, A., Gronkiewicz, S., & Malina, R. (2002). Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland. *American Journal of Human Biology*, 14 (4), 468-475.
- Lluch, A., Herbeth, B., Méjean, L., & Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the stanislas family study. *International Journal of Obesity*, 24 (11), 1493-1499.
- Lowe, M., & Fisher, E. (1983). Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: A naturalistic study. *Journal of Behavioral Medicine*, 6 (2), 135-149.
- Machado, C., Zilberstein, B., Cecconello, I., & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 21 (4), 185-191.
- Maggard, M., Shugarman, L., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H., Livingston, E., ... Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: Surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142 (7), 547-559.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Marques-Lopes, I., Marti, A., Moreno-Aliaga, M., & Martínez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17 (3), 327-338.

- Marques-Vidal, P., Paccaud, F., & Ravasco, P. (2011). Ten-year trends in overweight and obesity in the adult Portuguese population, 1995 to 2005. *BioMed Central Public Health*, 11 (772), 2-8.
- Ministério da Saúde. (2008). Plataforma contra a obesidade. Retirado de <http://www.min-saude.pt>.
- Natacci, L., & Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24 (3), 383-394.
- Neutzling M., Taddei, J., & Gigante, D. (2003). Risk factors of obesity among brazilian adolescents: A case-control study. *Journal Adolescent Health*, 33 (3), 143-144.
- Neto, C. (2006). *Actividade Física e Saúde - As políticas para a Infância*. Boletim do IAC, n.º82 – Outubro/Dezembro, separata 20.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª ed. Climepsi. Pp. 69-71.
- Oliveira, A. (2004). Lógica da depressão. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt>.
- OMS (2008). Retirado de <http://www.who.int/whr/2008/whr08pr.pdf>.
- Pedroza, D. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. *Saúde e Sociedade*, 18 (1), 103-117.
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 3, 65-80.
- Philipson, T., & Posner, R. (2003). The long-run growth in obesity as a function of technological change. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46 (3), 87-108.
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 175-187.
- Pinheiro, A., Freitas, S., & Corso, A. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17 (4), 523-533.
- Quaioti, T., & Almeida, S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em factores que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17 (4), 193-211.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 467-477.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Ed. Climepsi.
- Ribeiro, V. (2008). Obesidade e função sexual. Retirado de <http://www.psicologia.pt>.

- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A., Lemmens S., Born, J., & Westenterp-Plantenga, M. (2008). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity*, 17, 72-77.
- Santo, M., & Cecconello, I. (2008). Obesidade mórbida: controle dos riscos. *Arquivo de Gastroenterologia*, 45 (1), 1-2.
- Silva, S., & Maia, A. (2007). História de adversidade na família e queixas de saúde – um estudo comparativo entre obesos e não obesos. *Actas II Congresso Família, Saúde e Doença*, 1-13.
- Siroski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H., & Heller, S. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BioMed Central*, 11 (661), 1-8.
- Sjostrom, L. (1980). Fat cells and body weight. In: A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity*, (pp.72-100). Filadélfia.
- Sobal, J. (2001). Social and cultural influences on obesity. In Björntorp, P. (Ed.), *International Textbook of Obesity* (pp. 305-322). John Wiley & Sons, Ltd: British.
- Sobal, J., & Stunkard, A. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260-275.
- Sobal, J., Rauschenbach, B., & Frongillo, E. (2009). Marital status, fatness and obesity. *Social Science & Medicine*, 35 (7), 915-923.
- Strien, T., Frijters, J., Roosen, R., Knuijman-Hijl, W., & Defares, P. (2008). Eating behavior, personality traits and body mass in women. *Addictive Behaviors*, 10 (4), 333-343.
- Strien, V., Rookus, M., Bergers, G., Frijters, J., & Defares, P. (1986). Life events, emotional eating and change in body mass index. *International Journal of Obesity*, 10 (1), 29-35.
- Stunkard, A., & Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Tosetto, A., & Júnior, C. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41 (4), 497-507.
- Vieira, A., & Sichieri, R. (2008). Associação do status socioeconômico com obesidade. *Revista de Saúde Coletiva*, 18 (3), 415-426.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8 (1-2), 59-71.
- Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16 (1), 45-55.

Weser, E., & Young, E. (1983). Internal medicine. In J.H. Stein (Ed.) (chap. *Nutricion and internal medicine*). Little, Brown and Company.

Wilson, M. (1990). Treatment of obesity. *American Journal of the Medical Sciences*, 299, 1.

ANEXOS

ANEXO 1

INVESTIGAÇÃO : EXCESSO E PERDA DE PESO

Consentimento Informado

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

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

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

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

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

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

Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente **confidenciais**. Assegura-se ainda que a sua participação (ou recusa em participar) em nada interfere com o seu acompanhamento multidisciplinar, no caso de estar ser contactado em contexto hospitalar/clínico. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail.

Muito obrigada pela sua participação.

A investigadora responsável,
Filipa Pimenta, PhD
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA - Instituto Universitário
Rua Jardim do tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
e-mail: filipa_pimenta@ispa.pt

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

Data: ____ / ____ / ____

(Rubrica da participante)

ANEXO 2

(a preencher pelo Investigador) Código do Participante: _____/_____
Identifique, por favor, em que contexto recebeu este questionário: _____

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- a) Idade: _____
- b) Raça: Caucasiana (branca)____ Negra____ Asiática____ Outra____
- c) Estado civil: Casado(a)____ Divorciado(a)____ Separado(a)____ Solteiro(a)____ União de Facto____
Viúvo(a)____
- d) Tem actualmente uma relação afectiva e/ou sexual: Sim____ Não____
- e) N.º de filhos que tem: _____
- f) Situação profissional: Activo(a)____ Reformado(a)____ Desempregado(a)____ Outra____
i. Que profissão exerce/exerceu? _____
- g) Habilitações literárias: 4 anos de escolaridade ou menos____ 6 anos de escolaridade____ 9 anos____
12 anos____ Bacharelato(3 anos/faculdade)____ Licenciatura(4 ou 5 anos/faculdade)____ Outro _____
- h) Rendimento total anual bruto do agregado familiar: Até 10.000€____ De 10.001 a 20.000€ ____
De 20.001 a 37.500€____ De 37.501 a 70.000€____ Superior a 70.000€ ____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

A – Menopausa (só para mulheres):

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

B - Saúde geral e Peso:

5. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim____ Não____
i) Se sim, qual(quais)?_____
6. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim____ Não____
i) Se sim, qual(quais)?_____
7. Qual o seu peso actual? _____ kg
8. E a sua altura? _____ m
9. Qual foi o **peso mais alto** que teve em toda a vida adulta (excluindo gravidez)? _____ kg
i) Quando (em que ano) teve este peso (mais alto)? _____
ii) Durante quanto tempo manteve este peso (mais alto)? _____ meses.
10. Qual o **peso mais baixo** que teve em toda a vida adulta? _____ kg

- i) Quando (em que ano) teve este peso (mais baixo)? _____
- ii) Durante quanto tempo manteve este peso (mais baixo)? _____ meses.
11. Desde quando começou a ter peso a mais? Desde criança____ Desde a adolescência____ Desde o início da idade adulta____ Desde a menopausa____ Outro (explique, por favor)_____
12. Quantas tentativas fez para emagrecer na sua vida:
- i) que tenham resultado numa perda de peso: _____
- ii) que não tenham resultado numa perda de peso: _____
13. Caso tenha **perdido peso de forma significativa**:
- i) quanto pesava antes de iniciar a perda de peso: _____kg
- ii) quantos quilos já perdeu, desde que começou a perda de peso: _____kg
- iii) como conseguiu perder peso de forma significativa:
cirurgia____ mudança de comportamentos alimentares____ exercício físico____ outro _____

C - Consumo de tabaco, álcool e café

14. É fumadora? Sim, sou fumadora____ Não, sou ex-fumadora____ Não, nunca fumei____
- i. (Caso seja fumadora) Fuma todos os dias? Sim____ Não____
- ii. (Caso seja fumadora) Quantos cigarros fuma: **por dia** _____ ou **por mês** _____?
15. Consome bebidas alcoólicas? Sim____ Não____
- i. Se sim, com que regularidade: diariamente____ todos os fins-de-semana____ raramente____
- ii. Se sim, em que quantidades: até ficar embriagado(a)____ moderadamente____ menos de um copo por cada ocasião____
16. Costuma tomar café? Sim____ Não____
- i. Se sim, quantos cafés costuma tomar? Mais de 5 cafés por dia____ Entre 4 e 3 cafés por dia____ Entre 2 e 1 café por dia____ Só tomo café ocasionalmente____

D – Exercício físico e peso:

17. Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim____ Não____
- i. Se sim, quantas vezes por semana? _____
- ii. Se sim, durante quanto tempo (horas ou minutos) exercita? _____

ANEXO 3

Q. H. C. A.

Responda, por favor, ao questionário que se segue tendo em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Responda nos quadrados respectivos tendo em conta o seu caso particular. Note que em algumas situações dispõe de uma outra opção se a pergunta não for adequada ao seu caso.

1. Tem desejo de comer quando se sente irritado(a)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Nunca me sinto irritado(a)
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Tenho sempre qualquer coisa para fazer
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> O meu peso não se altera
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido(a) ou desanimado(a)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Nunca me sinto deprimido(a) ou desanimado(a)
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, come mais do que o habitual? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado(a) com o seu peso? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho(a)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Nunca me sinto só
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
10. Sente desejo de comer quando alguém o(a) deixa “em baixo”? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Nunca me sinto “em baixo”
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente

<p>13. Tem desejo de comer quando se sente zangado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me sinto zangado(a)</p>
<p>14. Controla minuciosamente o que come?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca como demasiado</p>
<p>20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me sinto ansioso(a) ou tenso(a)</p>
<p>21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>24. Quando passa por uma confeitaria ou snack-bar, sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me sinto impaciente</p>
<p>26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p>
<p>28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me sinto aborrecido(a)</p>

29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado(a)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente <input type="checkbox"/> Nunca me sinto amedrontado(a)
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado(a) ou desiludido(a)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente Nunca me sinto desapontado(a) ou desiludido(a)
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Muito frequentemente

OUTPUTS

Ordem de Apresentação dos Outputs

- 1 – Caracterização sócio demográfica da amostra
- 2 – Caracterização das variáveis de saúde da amostra
- 3 - Análise das propriedades psicométricas do instrumento Q.H.C.A.
- 4 – Análise descritiva do instrumento psicométrico
- 5 - Correlação de Pearson entre as dimensões do comportamento alimentar e o IMC
- 6 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável ingestão emocional pelas dois grupos de problema psicológico)
- 7 - T-Student: Ingestão emocional e problema psicológico
- 8 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável ingestão externa pelas dois grupos de problema psicológico)
- 9 - T-student: Ingestão externa e problema psicológico
- 10 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável restrição alimentar pelas dois grupos de problema psicológico)
- 11 - T-student: Restrição alimentar e problema psicológico
- 12 - Correlação de Pearson: idade e IMC
- 13 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos três estados civis – casada/união de facto, divorciada/separada e solteira)
- 14 - ANOVA one-way: Estado civil
- 15 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos quatro tipos de habilitações literárias – 4 anos ou menos, 6 anos, 9 anos, 12 anos, licenciatura ou mais)
- 16 - ANOVA onde-way: Habilitações literárias
- 17 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelas duas situações de situação profissional – activo e não activo)
- 18 - T-student: Situação profissional e IMC
- 19 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos quatro tipos de rendimento anual do agregado familiar –10.000 euros ou menos, entre 10.001 e 20.000 euros, entre 20.000 e 37.500 euros e superior a 37.501 euros)
- 20 - ANOVA one-way: Rendimento anual do agregado familiar
- 21 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela existência ou não de problema psicológico)
- 22 - T-student: IMC e problema psicológico

- 23 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela existência ou não de problema físico)
- 24 - T-student: IMC e problema físico
- 25 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela prática ou não de exercício físico)
- 26 - T-student: IMC e prática de exercício físico
- 27 - Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela consumo e ex-consumo de tabaco)
- 28 - T-student: IMC e consume de tabaco

ANEXO 4

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Frequencies

Statistics

Idade da participante

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		44,70
Median		44,50
Std. Deviation		11,722
Minimum		21
Maximum		69

Idade da participante

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21	1	1,4	1,4	1,4
22	1	1,4	1,4	2,9
24	1	1,4	1,4	4,3
25	1	1,4	1,4	5,7
27	1	1,4	1,4	7,1
30	1	1,4	1,4	8,6
31	2	2,9	2,9	11,4
32	1	1,4	1,4	12,9
33	4	5,7	5,7	18,6
35	5	7,1	7,1	25,7
36	2	2,9	2,9	28,6
37	2	2,9	2,9	31,4
38	3	4,3	4,3	35,7
39	1	1,4	1,4	37,1
40	4	5,7	5,7	42,9
41	3	4,3	4,3	47,1
43	1	1,4	1,4	48,6
44	1	1,4	1,4	50,0
45	3	4,3	4,3	54,3
46	2	2,9	2,9	57,1

47	2	2,9	2,9	60,0
48	1	1,4	1,4	61,4
50	2	2,9	2,9	64,3
51	3	4,3	4,3	68,6
52	2	2,9	2,9	71,4
53	4	5,7	5,7	77,1
55	2	2,9	2,9	80,0
57	1	1,4	1,4	81,4
58	2	2,9	2,9	84,3
59	1	1,4	1,4	85,7
60	2	2,9	2,9	88,6
61	2	2,9	2,9	91,4
62	1	1,4	1,4	92,9
63	2	2,9	2,9	95,7
64	1	1,4	1,4	97,1
67	1	1,4	1,4	98,6
69	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid casada/união de facto	42	60,0	60,0	60,0
divorciada/separada	8	11,4	11,4	71,4
Solteira	18	25,7	25,7	97,1
Viúva	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Situação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Active	42	60,0	60,0	60,0
Retiered	9	12,9	12,9	72,9
unemployed	16	22,9	22,9	95,7
Other	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Rendimiento total anual bruto do agregado familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10.000 euros or less	25	35,7	41,7	41,7
	from 10.001 to 20.000 euros	17	24,3	28,3	70,0
	from 20.001 to 37.500 euros	12	17,1	20,0	90,0
	from 37.501 to 70.000 euros	5	7,1	8,3	98,3
	superior to 70.001 euros	1	1,4	1,7	100,0
	Total	60	85,7	100,0	
Missing	System	10	14,3		
Total		70	100,0		

Educational Level

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4 years or less (primary school)	11	15,7	15,9	15,9
	6 years (primary school)	5	7,1	7,2	23,2
	9 years (middle school)	9	12,9	13,0	36,2
	12 years (high school)	21	30,0	30,4	66,7
	Bachelor (3 years in college)	3	4,3	4,3	71,0
	Graduate (5 years in college)	17	24,3	24,6	95,7
	Master (7 years in college)	1	1,4	1,4	97,1
	PhD (11 years in college)	2	2,9	2,9	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		70	100,0		

Q11: (Caso tenha excesso de peso) Desde qdo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	desde criança	21	30,0	30,4	30,4
	desde a adolescência	9	12,9	13,0	43,5
	desde o início da idade adulta	19	27,1	27,5	71,0
	desde a menopausa	3	4,3	4,3	75,4
	desde a gravidez	3	4,3	4,3	79,7
	Desde os 36/40 anos	1	1,4	1,4	81,2
	desde os 26/30 anos	3	4,3	4,3	85,5
	Outro	10	14,3	14,5	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		70	100,0		

ANEXO 5

Caracterização das variáveis de saúde da amostra

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	53	75,7	76,8	76,8
	Yes	16	22,9	23,2	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		70	100,0		

Q17 Pratica algum tipo de exercício físico?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	27	38,6	39,7	39,7
	Yes	41	58,6	60,3	100,0
	Total	68	97,1	100,0	
Missing	System	2	2,9		
Total		70	100,0		

Q14: É fumadora?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	fumador(a)	16	22,9	23,2	23,2
	ex-fumador(a)	21	30,0	30,4	53,6
	não fumador(a)	32	45,7	46,4	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		70	100,0		

ANEXO 6

Análise da fiabilidade

Ingestão emocional

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	68	97,1
	Excluded ^a	2	2,9
	Total	70	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,964	,963	13

Inter-Item Covariance Matrix

	DEBQ_1	DEBQ_3	DEBQ_5	DEBQ_8	DEBQ_10	DEBQ_13	DEBQ_16	DEBQ_20	DEBQ_23	DEBQ_25	DEBQ_28	DEBQ_30	DEBQ_32
DEBQ_1	1,581	,803	1,418	1,009	1,152	1,135	,786	1,268	1,216	,879	1,051	,537	1,198
DEBQ_3	,803	1,377	1,128	1,120	,981	,763	,616	,967	,942	,673	,829	,319	,829
DEBQ_5	1,418	1,128	1,985	1,160	1,349	1,201	,906	1,583	1,407	1,068	1,303	,612	1,408
DEBQ_8	1,009	1,120	1,160	1,405	1,178	1,055	,784	1,098	1,124	,824	,934	,348	1,001
DEBQ_10	1,152	,981	1,349	1,178	1,616	1,297	,817	1,287	1,311	,954	1,156	,487	1,246
DEBQ_13	1,135	,763	1,201	1,055	1,297	1,537	,846	1,224	1,183	,784	,997	,545	1,155
DEBQ_16	,786	,616	,906	,784	,817	,846	1,177	,950	,863	,631	,793	,438	,832
DEBQ_20	1,268	,967	1,583	1,098	1,287	1,224	,950	1,730	1,365	,983	1,290	,507	1,392
DEBQ_23	1,216	,942	1,407	1,124	1,311	1,183	,863	1,365	1,601	1,044	1,253	,578	1,383
DEBQ_25	,879	,673	1,068	,824	,954	,784	,631	,983	1,044	1,056	,916	,469	,964
DEBQ_28	1,051	,829	1,303	,934	1,156	,997	,793	1,290	1,253	,916	1,339	,444	1,273
DEBQ_30	,537	,319	,612	,348	,487	,545	,438	,507	,578	,469	,444	,761	,517
DEBQ_32	1,198	,829	1,408	1,001	1,246	1,155	,832	1,392	1,383	,964	1,273	,517	1,665

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DEBQ_1	30,65	144,620	,823	,727	,961
DEBQ_3	31,22	149,786	,694	,724	,964
DEBQ_5	30,60	140,034	,872	,826	,960
DEBQ_8	31,32	146,431	,811	,820	,961
DEBQ_10	31,01	143,059	,869	,814	,960
DEBQ_13	31,10	145,198	,816	,783	,961
DEBQ_16	31,29	151,405	,694	,534	,964
DEBQ_20	30,65	141,545	,889	,840	,959
DEBQ_23	30,88	142,165	,906	,851	,959
DEBQ_25	31,18	149,670	,810	,724	,961
DEBQ_28	30,90	145,288	,878	,838	,960
DEBQ_30	31,63	158,743	,528	,435	,967
DEBQ_32	30,97	143,044	,855	,801	,960

Restrição alimentar

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,838	,838	10

Inter-Item Covariance Matrix

	DEBQ_4	DEBQ_7	DEBQ_11	DEBQ_14	DEBQ_17	DEBQ_19	DEBQ_22	DEBQ_26	DEBQ_29	DEBQ_31
DEBQ_4	1,216	,378	,242	,330	,385	,696	,372	,105	,179	,247
DEBQ_7	,378	1,076	,474	,687	,415	,570	,715	,233	,072	,747
DEBQ_11	,242	,474	1,069	,368	,369	,401	,667	,313	,092	,488
DEBQ_14	,330	,687	,368	1,628	,800	,480	1,057	,365	,246	,961
DEBQ_17	,385	,415	,369	,800	1,631	,292	,677	,723	,646	,677
DEBQ_19	,696	,570	,401	,480	,292	1,392	,497	,138	,179	,357
DEBQ_22	,372	,715	,667	1,057	,677	,497	1,532	,363	,308	1,041
DEBQ_26	,105	,233	,313	,365	,723	,138	,363	1,512	1,026	,405
DEBQ_29	,179	,072	,092	,246	,646	,179	,308	1,026	1,395	,241
DEBQ_31	,247	,747	,488	,961	,677	,357	1,041	,405	,241	1,285

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DEBQ_4	25,62	48,700	,381	,331	,836
DEBQ_7	25,44	46,127	,609	,532	,816
DEBQ_11	25,50	47,885	,477	,386	,827
DEBQ_14	25,59	43,569	,629	,573	,812
DEBQ_17	25,41	44,184	,587	,433	,817
DEBQ_19	25,89	47,173	,445	,414	,831
DEBQ_22	25,18	42,859	,703	,676	,805
DEBQ_26	25,85	46,931	,436	,576	,832
DEBQ_29	26,08	48,410	,364	,563	,838
DEBQ_31	25,12	44,170	,685	,674	,808

Ingestão externa

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,890	,889	10

Inter-Item Covariance Matrix

	DEBQ_2	DEBQ_6	DEBQ_9	DEBQ_12	DEBQ_15	DEBQ_18	DEBQ_21	DEBQ_24	DEBQ_27	DEBQ_33
DEBQ_2	1,272	1,039	,745	,659	,532	,335	,438	,559	,331	,454
DEBQ_6	1,039	1,228	,792	,646	,590	,422	,369	,568	,360	,527
DEBQ_9	,745	,792	1,083	,552	,630	,389	,398	,519	,281	,380
DEBQ_12	,659	,646	,552	1,154	,501	,318	,535	,567	,115	,405
DEBQ_15	,532	,590	,630	,501	1,249	,314	,511	,718	,324	,433
DEBQ_18	,335	,422	,389	,318	,314	,663	,260	,305	,308	,289
DEBQ_21	,438	,369	,398	,535	,511	,260	,922	,445	,223	,408
DEBQ_24	,559	,568	,519	,567	,718	,305	,445	,889	,345	,401
DEBQ_27	,331	,360	,281	,115	,324	,308	,223	,345	,598	,180
DEBQ_33	,454	,527	,380	,405	,433	,289	,408	,401	,180	1,076

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DEBQ_2	23,58	39,520	,718	,724	,873
DEBQ_6	23,76	39,124	,766	,772	,869
DEBQ_9	23,46	40,525	,707	,564	,874
DEBQ_12	23,79	41,228	,623	,531	,880
DEBQ_15	23,99	40,621	,639	,536	,879
DEBQ_18	24,49	44,436	,542	,394	,885
DEBQ_21	23,60	42,881	,571	,424	,883
DEBQ_24	24,09	41,234	,731	,625	,873
DEBQ_27	24,64	45,445	,473	,426	,889
DEBQ_33	23,57	42,946	,512	,309	,888

ANEXO 7

Análise descritiva do instrumento psicométrico

Statistics

DEBQ_Emotional_Eat

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		2,59
Median		2,58
Std. Deviation		1,013
Minimum		1
Maximum		4

DEBQ_Emotional_Eat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	5,7	5,7	5,7
	1	2	2,9	2,9	8,6
	1	2	2,9	2,9	11,4
	1	1	1,4	1,4	12,9
	1	1	1,4	1,4	14,3
	1	1	1,4	1,4	15,7
	1	1	1,4	1,4	17,1
	2	3	4,3	4,3	21,4
	2	1	1,4	1,4	22,9
	2	2	2,9	2,9	25,7
	2	1	1,4	1,4	27,1
	2	1	1,4	1,4	28,6
	2	3	4,3	4,3	32,9
	2	1	1,4	1,4	34,3
	2	1	1,4	1,4	35,7
	2	5	7,1	7,1	42,9
	2	2	2,9	2,9	45,7
	2	1	1,4	1,4	47,1
	3	2	2,9	2,9	50,0
	3	3	4,3	4,3	54,3
3	2	2,9	2,9	57,1	
3	2	2,9	2,9	60,0	
3	3	4,3	4,3	64,3	
3	1	1,4	1,4	65,7	
3	1	1,4	1,4	67,1	

3	1	1,4	1,4	68,6
3	2	2,9	2,9	71,4
3	4	5,7	5,7	77,1
3	1	1,4	1,4	78,6
4	1	1,4	1,4	80,0
4	1	1,4	1,4	81,4
4	2	2,9	2,9	84,3
4	1	1,4	1,4	85,7
4	1	1,4	1,4	87,1
4	2	2,9	2,9	90,0
4	1	1,4	1,4	91,4
4	1	1,4	1,4	92,9
4	1	1,4	1,4	94,3
4	1	1,4	1,4	95,7
4	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Statistics

DEBQ_External_Eat

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		2,65
Median		2,60
Std. Deviation		,721
Minimum		1
Maximum		4

DEBQ_External_Eat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,4	1,4	1,4
2	1	1,4	1,4	2,9
2	3	4,3	4,3	7,1
2	4	5,7	5,7	12,9
2	3	4,3	4,3	17,1
2	3	4,3	4,3	21,4
2	3	4,3	4,3	25,7
2	5	7,1	7,1	32,9

2	2	2,9	2,9	35,7
2	1	1,4	1,4	37,1
2	1	1,4	1,4	38,6
2	2	2,9	2,9	41,4
3	4	5,7	5,7	47,1
3	4	5,7	5,7	52,9
3	1	1,4	1,4	54,3
3	1	1,4	1,4	55,7
3	5	7,1	7,1	62,9
3	3	4,3	4,3	67,1
3	2	2,9	2,9	70,0
3	3	4,3	4,3	74,3
3	2	2,9	2,9	77,1
3	4	5,7	5,7	82,9
4	2	2,9	2,9	85,7
4	1	1,4	1,4	87,1
4	3	4,3	4,3	91,4
4	2	2,9	2,9	94,3
4	2	2,9	2,9	97,1
4	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Statistics

DEBQ_Restrain_Eat

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		2,83
Median		2,75
Std. Deviation		,740
Minimum		1
Maximum		5

DEBQ_Restrain_Eat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	2,9	2,9	2,9
	1	1	1,4	1,4	4,3
	2	1	1,4	1,4	5,7
	2	1	1,4	1,4	7,1
	2	3	4,3	4,3	11,4
	2	1	1,4	1,4	12,9
	2	4	5,7	5,7	18,6
	2	4	5,7	5,7	24,3
	2	4	5,7	5,7	30,0
	2	1	1,4	1,4	31,4
	3	6	8,6	8,6	40,0
	3	1	1,4	1,4	41,4
	3	3	4,3	4,3	45,7
	3	3	4,3	4,3	50,0
	3	2	2,9	2,9	52,9
	3	2	2,9	2,9	55,7
	3	6	8,6	8,6	64,3
	3	2	2,9	2,9	67,1
	3	1	1,4	1,4	68,6
	3	4	5,7	5,7	74,3
	3	2	2,9	2,9	77,1
	3	1	1,4	1,4	78,6
	4	4	5,7	5,7	84,3
	4	4	5,7	5,7	90,0
	4	2	2,9	2,9	92,9
	4	1	1,4	1,4	94,3
	4	1	1,4	1,4	95,7
	4	2	2,9	2,9	98,6
	5	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

ANEXO 8

Correlação de Pearson entre as dimensões do comportamento alimentar e o IMC

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
DEBQ_Emotiona_Eat	2,59	1,013	70
DEBQ_External_Eat	2,65	,721	70
DEBQ_Restrain_Eat	2,83	,740	70
IMC	37,8505	6,01327	70

Correlations

		DEBQ_Emotiona_Eat	DEBQ_External_Eat	DEBQ_Restrain_Eat	IMC
DEBQ_Emotiona_Eat	Pearson Correlation	1	,713**	,028	,036
	Sig. (2-tailed)		,000	,819	,769
	N	70	70	70	70
DEBQ_External_Eat	Pearson Correlation	,713**	1	-,120	,120
	Sig. (2-tailed)	,000		,323	,324
	N	70	70	70	70
DEBQ_Restrain_Eat	Pearson Correlation	,028	-,120	1	-,036
	Sig. (2-tailed)	,819	,323		,766
	N	70	70	70	70
IMC	Pearson Correlation	,036	,120	-,036	1
	Sig. (2-tailed)	,769	,324	,766	
	N	70	70	70	70

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO 9

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável ingestão emocional pelas dois grupos de problema psicológico)

Case Processing Summary

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
DEBQ_Emotional_Eat	No	53	100,0%	0	,0%	53	100,0%
	Yes	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

Descriptives

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico			Statistic	Std. Error
DEBQ_Emotional_Eat	No	Mean	2,43	,139
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,15	
		Upper Bound	2,70	
		5% Trimmed Mean	2,39	
		Median	2,23	
		Variance	1,026	
		Std. Deviation	1,013	
		Minimum	1	
		Maximum	4	
		Range	3	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	,380	,327
		Kurtosis	-,857	,644
	Yes	Mean	3,13	,218
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,66	
		Upper Bound	3,59	
		5% Trimmed Mean	3,16	
		Median	3,38	
		Variance	,760	
		Std. Deviation	,872	
		Minimum	1	
		Maximum	4	
		Range	3	
		Interquartile Range	1	
		Skewness	-,730	,564
		Kurtosis	,487	1,091

Tests of Normality

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DEBQ_Emotional_Eat	No	,086	53	,200	,950	53	,028
	Yes	,208	16	,063	,941	16	,356

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
DEBQ_Emotional_Eat	Based on Mean	,961	1	67	,331
	Based on Median	1,290	1	67	,260
	Based on Median and with adjusted df	1,290	1	66,854	,260
	Based on trimmed mean	1,021	1	67	,316

ANEXO 10

T-Student: Ingestão emocional e problema psicológico

Group Statistics

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DEBQ_Emotional_Eat	No	53	2,43	1,013	,139
	Yes	16	3,12	,872	,218

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
DEBQ_Emotional_Eat	Equal variances assumed	-2,494	67	,015	-,699	,280	-1,259	-,140
	Equal variances not assumed	-2,705	28,364	,011	-,699	,259	-1,229	-,170

ANEXO 11

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável ingestão externa pelas dois grupos de problema psicológico)

Case Processing Summary

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
DEBQ_External_Eat	No	53	100,0%	0	,0%	53	100,0%
	Yes	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

Descriptives

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico			Statistic	Std. Error
DEBQ_External_Eat	No	Mean	2,62	,096
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,43	
		Upper Bound	2,81	
		5% Trimmed Mean	2,62	
		Median	2,60	
		Variance	,484	
		Std. Deviation	,695	
		Minimum	1	
		Maximum	4	
		Range	3	
		Interquartile Range	1	
		Skewness	,076	,327
		Kurtosis	-,979	,644
	Yes	Mean	2,76	,206
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,32	
		Upper Bound	3,20	
		5% Trimmed Mean	2,77	
		Median	3,00	
		Variance	,677	
		Std. Deviation	,823	
		Minimum	2	
		Maximum	4	
		Range	2	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	-,252	,564
		Kurtosis	-1,632	1,091

Tests of Normality

	Q6 Teve recentemente algum problema psicológico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DEBQ_External_Eat	No	,094	53	,200*	,969	53	,184
	Yes	,203	16	,078	,885	16	,047

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
DEBQ_External_Eat	Based on Mean	1,975	1	67	,165
	Based on Median	1,674	1	67	,200
	Based on Median and with adjusted df	1,674	1	66,086	,200
	Based on trimmed mean	1,949	1	67	,167

ANEXO 12

ANEXO 13

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável restrição alimentar pelas dois grupos de problema psicológico)

Case Processing Summary

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
DEBQ_Restrain_Eat	No	53	100,0%	0	,0%	53	100,0%
	Yes	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

Descriptives

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico			Statistic	Std. Error
DEBQ_Restrain_Eat	No	Mean	2,86	,096
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,67	
		Upper Bound	3,05	
		5% Trimmed Mean	2,87	
		Median	2,90	
		Variance	,484	
		Std. Deviation	,696	
		Minimum	1	
		Maximum	5	
		Range	3	
		Interquartile Range	1	
		Skewness	-,133	,327
		Kurtosis	,480	,644
	Yes	Mean	2,76	,220
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2,29	
		Upper Bound	3,23	
		5% Trimmed Mean	2,77	
		Median	2,50	
		Variance	,772	
		Std. Deviation	,879	
		Minimum	1	
		Maximum	4	
		Range	3	
		Interquartile Range	1	
		Skewness	,313	,564
		Kurtosis	-,287	1,091

Tests of Normality

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DEBQ_Restrain_Eat	No	,076	53	,200*	,986	53	,785
	Yes	,261	16	,005	,914	16	,136

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
DEBQ_Restrain_Eat	Based on Mean	1,460	1	67	,231
	Based on Median	,242	1	67	,625
	Based on Median and with adjusted df	,242	1	55,798	,625
	Based on trimmed mean	1,520	1	67	,222

ANEXO 14

T-student: Restrição alimentar e problema psicológico

Group Statistics

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DEBQ_Restrain_Eat	No	53	2,86	,696	,096
	Yes	16	2,76	,879	,220

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
DEBQ_Restrain_Eat	Equal variances assumed	,479	67	,633	,101	,211	-,320	,523
	Equal variances not assumed	,423	21,003	,677	,101	,240	-,397	,599

ANEXO 15

Correlação de Pearson: idade e IMC

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
IMC	37,8505	6,01327	70
Idade da participante	44,70	11,722	70

Correlations

		IMC	Idade da participante
IMC	Pearson Correlation	1	,029
	Sig. (2-tailed)		,815
	N	70	70
Idade da participante	Pearson Correlation	,029	1
	Sig. (2-tailed)	,815	
	N	70	70

ANEXO 16

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos três estados civis – casada/união de facto, divorciada/separada e solteira)

Case Processing Summary

Estado Civil		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	casada/união de facto	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%
	divorciada/separada	8	100,0%	0	,0%	8	100,0%
	Solteira	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

Descriptives

Estado Civil			Statistic	Std. Error	
IMC	casada/união de facto	Mean	37,7184	,90190	
		95% Confidence Interval for Mean			
			Lower Bound	35,8970	
			Upper Bound	39,5398	
		5% Trimmed Mean		37,3760	
		Median		37,1720	
		Variance		34,164	
		Std. Deviation		5,84501	
		Minimum		30,02	
		Maximum		56,12	
		Range		26,10	
		Interquartile Range		9,35	
		Skewness		,734	,365
		Kurtosis		,778	,717
	divorciada/separada	Mean	37,2193	2,51642	
		95% Confidence Interval for Mean			
			Lower Bound	31,2689	
			Upper Bound	43,1697	
		5% Trimmed Mean		36,8990	
		Median		34,7787	
		Variance		50,659	
		Std. Deviation		7,11751	
		Minimum		30,48	
		Maximum		49,72	
		Range		19,24	
		Interquartile Range		12,27	
		Skewness		,807	,752

	Kurtosis		-,667	1,481
Solteira	Mean		38,1193	1,30534
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	35,3653	
		Upper Bound	40,8733	
	5% Trimmed Mean		37,9758	
	Median		38,1416	
	Variance		30,671	
	Std. Deviation		5,53810	
	Minimum		30,49	
	Maximum		48,33	
	Range		17,85	
	Interquartile Range		9,32	
	Skewness		,267	,536
	Kurtosis		-1,202	1,038

Tests of Normality

Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC casada/união de facto	,120	42	,136	,935	42	,020
divorciada/separada	,203	8	,200 [*]	,882	8	,198
Solteira	,165	18	,200 [*]	,936	18	,250

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC Based on Mean	,489	2	65	,616
Based on Median	,258	2	65	,773
Based on Median and with adjusted df	,258	2	56,618	,773
Based on trimmed mean	,420	2	65	,659

ANEXO 17

ANOVA one-way: Estado civil

ANOVA

IMC

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,733	2	2,366	,068	,935
Within Groups	2276,740	65	35,027		
Total	2281,473	67			

ANEXO 18

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos quatro tipos de habilitações literárias – 4 anos ou menos, 6 anos, 9 anos, 12 anos, licenciatura ou mais)

Case Processing Summary

Educational_Level		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	4 years or less (primary school)	11	100,0%	0	,0%	11	100,0%
	6 years (primary school)	5	100,0%	0	,0%	5	100,0%
	9 years (middle school)	9	100,0%	0	,0%	9	100,0%
	12 years (high school)	21	100,0%	0	,0%	21	100,0%
	5 anos ou mais	23	100,0%	0	,0%	23	100,0%

Descriptives

Educational_Level			Statistic	Std. Error
IMC	4 years or less (primary school)	Mean	40,1289	1,61913
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	36,5212	
		Upper Bound	43,7365	
		5% Trimmed Mean	40,0229	
		Median	40,6585	
		Variance	28,837	
		Std. Deviation	5,37003	
		Minimum	32,44	
		Maximum	49,72	
		Range	17,28	
		Interquartile Range	7,08	
		Skewness	,245	
Kurtosis	-,509	1,279		
	6 years (primary school)	Mean	37,8413	3,70652
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	27,5503	
		Upper Bound	48,1323	
		5% Trimmed Mean	37,5124	
		Median	33,2031	
		Variance	68,692	
		Std. Deviation	8,28804	
Minimum	30,96			

	Maximum		50,64	
	Range		19,68	
	Interquartile Range		14,38	
	Skewness		1,165	,913
	Kurtosis		,078	2,000
9 years (middle school)	Mean		41,3561	2,02866
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	36,6780	
	Mean	Upper Bound	46,0342	
	5% Trimmed Mean		41,5551	
	Median		42,7186	
	Variance		37,039	
	Std. Deviation		6,08598	
	Minimum		30,80	
	Maximum		48,33	
	Range		17,54	
	Interquartile Range		8,84	
	Skewness		-,996	,717
	Kurtosis		,053	1,400
12 years (high school)	Mean		38,0394	1,53196
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	34,8438	
	Mean	Upper Bound	41,2351	
	5% Trimmed Mean		37,4995	
	Median		36,7537	
	Variance		49,285	
	Std. Deviation		7,02033	
	Minimum		30,13	
	Maximum		56,12	
	Range		25,99	
	Interquartile Range		11,47	
	Skewness		,770	,501
	Kurtosis		,356	,972
5 anos ou mais	Mean		35,4109	,80133
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	33,7491	
	Mean	Upper Bound	37,0728	
	5% Trimmed Mean		35,3030	
	Median		35,3212	
	Variance		14,769	
	Std. Deviation		3,84306	
	Minimum		30,02	
	Maximum		42,98	

Range	12,95	
Interquartile Range	6,95	
Skewness	,167	,481
Kurtosis	-1,104	,935

Tests of Normality

Educational_Level		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	4 years or less (primary school)	,114	11	,200*	,971	11	,900
	6 years (primary school)	,312	5	,125	,849	5	,191
	9 years (middle school)	,281	9	,039	,852	9	,079
	12 years (high school)	,143	21	,200*	,905	21	,044
	5 anos ou mais	,141	23	,200*	,945	23	,234

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	2,552	4	64	,047
	Based on Median	1,475	4	64	,220
	Based on Median and with adjusted df	1,475	4	35,939	,230
	Based on trimmed mean	2,398	4	64	,059

ANEXO 19

ANOVA onde-way: Habilitações literárias

ANOVA

IMC

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	305,055	4	76,264	2,249	,073
Within Groups	2170,073	64	33,907		
Total	2475,128	68			

ANEXO 20

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelas duas situações de situação profissional – activo e não activo)

Case Processing Summary

Situação profissional		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	Active	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%
	unemployed	25	100,0%	0	,0%	25	100,0%

Descriptives

Situação profissional			Statistic	Std. Error
IMC	Active	Mean	35,9523	,76401
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 34,4094	Upper Bound 37,4953
		5% Trimmed Mean	35,6529	
		Median	34,5730	
		Variance	24,516	
		Std. Deviation	4,95136	
		Minimum	30,02	
		Maximum	48,33	
		Range	18,31	
		Interquartile Range	8,00	
		Skewness	,715	,365
		Kurtosis	-,414	,717
		unemployed		Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 37,9227			Upper Bound 42,6684
5% Trimmed Mean	40,2738			
Median	41,0914			
Variance	33,045			
Std. Deviation	5,74852			
Minimum	30,46			
Maximum	50,64			
Range	20,18			
Interquartile Range	6,89			
Skewness	-,196			,464
Kurtosis	-,594			,902

Tests of Normality

Situação profissional		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	Active	,140	42	,038	,919	42	,005
	unemployed	,125	25	,200 [*]	,957	25	,362

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	,241	1	65	,625
	Based on Median	,175	1	65	,677
	Based on Median and with adjusted df	,175	1	63,151	,677
	Based on trimmed mean	,280	1	65	,598

ANEXO 21

T-student: Situação profissional e IMC

Group Statistics

Situação profissional		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMC	Active	42	35,9523	4,95136	,76401
	unemployed	25	40,2956	5,74852	1,14970

		t-test for Equality of Means						
		T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
IMC	Equal variances assumed	-3,269	65	,002	-4,34325	1,32865	-6,99675	-1,68975
	Equal variances not assumed	-3,146	44,767	,003	-4,34325	1,38041	-7,12394	-1,56256

ANEXO 22

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pelos quatro tipos de rendimento anual do agregado familiar –10.000 euros ou menos, entre 10.001 e 20.000 euros, entre 20.000 e 37.500 euros e superior a 37.501 euros)

Case Processing Summary

Rendimento total anual bruto do agregado familiar		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	10.000 euros or less	25	100,0%	0	,0%	25	100,0%
	from 10.001 to 20.000 euros	17	100,0%	0	,0%	17	100,0%
	from 20.001 to 37.500 euros	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
	superior to 37.501	5	100,0%	0	,0%	5	100,0%

Descriptives

Rendimento total anual bruto do agregado familiar			Statistic	Std. Error	
IMC	10.000 euros or less	Mean	39,2192	1,30471	
		95% Confidence Interval for Mean			
		Lower Bound	36,5264		
		Upper Bound	41,9120		
		5% Trimmed Mean	38,8100		
		Median	39,5644		
		Variance	42,556		
		Std. Deviation	6,52353		
		Minimum	30,82		
		Maximum	56,12		
		Range	25,31		
		Interquartile Range	9,77		
		Skewness	,716		,464
		Kurtosis	,261		,902
	from 10.001 to 20.000 euros	Mean	38,1144	1,30261	
		95% Confidence Interval for Mean			
		Lower Bound	35,3530		
		Upper Bound	40,8758		
		5% Trimmed Mean	38,0432		
		Median	37,4590		
		Variance	28,845		
		Std. Deviation	5,37079		
		Minimum	30,13		
		Maximum	47,38		
		Range	17,25		

	Interquartile Range		8,46	
	Skewness		,073	,550
	Kurtosis		-,959	1,063
from 20.001 to 37.500 euros	Mean		34,8855	1,23123
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32,1756	
		Upper Bound	37,5954	
	5% Trimmed Mean		34,6875	
	Median		33,2781	
	Variance		18,191	
	Std. Deviation		4,26510	
	Minimum		30,36	
	Maximum		42,98	
	Range		12,62	
	Interquartile Range		7,66	
	Skewness		,744	,637
	Kurtosis		-,858	1,232
superior to 37.501	Mean		35,4208	2,10941
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29,5641	
		Upper Bound	41,2774	
	5% Trimmed Mean		35,3991	
	Median		36,7902	
	Variance		22,248	
	Std. Deviation		4,71679	
	Minimum		30,49	
	Maximum		40,75	
	Range		10,26	
	Interquartile Range		9,18	
	Skewness		-,217	,913
	Kurtosis		-2,711	2,000

Tests of Normality

Rendimiento total anual bruto do agregado familiar		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	10.000 euros or less	,140	25	,200*	,932	25	,098
	from 10.001 to 20.000 euros	,092	17	,200*	,962	17	,661
	from 20.001 to 37.500 euros	,208	12	,161	,880	12	,087
	superior to 37.501	,252	5	,200*	,865	5	,248

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	1,057	3	55	,375
	Based on Median	1,137	3	55	,342
	Based on Median and with adjusted df	1,137	3	52,174	,343
	Based on trimmed mean	1,102	3	55	,356

ANEXO 23

ANOVA one-way: Rendimento anual do agregado familiar

ANOVA

IMC

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	181,652	3	60,551	1,879	,144
Within Groups	1771,975	55	32,218		
Total	1953,628	58			

ANEXO 24

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela existência ou não de problema psicológico)

Case Processing Summary

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	No	53	100,0%	0	,0%	53	100,0%
	Yes	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

Descriptives

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico			Statistic	Std. Error
IMC	No	Mean	37,7877	,85333
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36,0754
		Upper Bound	39,5001	
		5% Trimmed Mean	37,3958	
		Median	36,7902	
		Variance	38,593	
		Std. Deviation	6,21233	
		Minimum	30,02	
		Maximum	56,12	
		Range	26,10	
		Interquartile Range	9,81	
		Skewness	,724	,327
		Kurtosis	,101	,644
	Yes	Mean	37,5306	1,31499
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34,7277
		Upper Bound	40,3334	
		5% Trimmed Mean	37,3577	
		Median	37,1063	
		Variance	27,667	
		Std. Deviation	5,25996	
		Minimum	30,80	
		Maximum	47,38	
		Range	16,58	
		Interquartile Range	9,39	
		Skewness	,193	,564
		Kurtosis	-1,162	1,091

Tests of Normality

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	No	,112	53	,096	,933	53	,005
	Yes	,170	16	,200*	,926	16	,214

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	,626	1	67	,432
	Based on Median	,491	1	67	,486
	Based on Median and with adjusted df	,491	1	63,868	,486
	Based on trimmed mean	,585	1	67	,447

ANEXO 25

T-student: IMC e problema psicológico

Group Statistics

Q6 Teve recentemente algum problema psicológico		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMC	No	53	37,7877	6,21233	,85333
	Yes	16	37,5306	5,25996	1,31499

		t-test for Equality of Means						
		T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
IMC	Equal variances assumed	,150	67	,881	,25716	1,71499	-3,16598	3,68031
	Equal variances not assumed	,164	28,819	,871	,25716	1,56760	-2,94982	3,46414

ANEXO 26

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela existência ou não de problema físico)

Case Processing Summary

Q5: Teve Recentemente alguma doença?		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	No	46	100,0%	0	,0%	46	100,0%
	Yes	23	100,0%	0	,0%	23	100,0%

Descriptives

Q5: Teve Recentemente alguma doença?			Statistic	Std. Error
IMC	No	Mean	37,0598	,83021
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	35,3876	
		Upper Bound	38,7319	
		5% Trimmed Mean	36,6492	
		Median	36,6137	
		Variance	31,705	
		Std. Deviation	5,63075	
		Minimum	30,02	
		Maximum	56,12	
		Range	26,10	
		Interquartile Range	8,76	
		Skewness	,962	,350
		Kurtosis	1,382	,688
	Yes	Mean	39,7523	1,33517
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	36,9833	
		Upper Bound	42,5212	
		5% Trimmed Mean	39,6667	
		Median	40,6585	
		Variance	41,001	
		Std. Deviation	6,40323	
		Minimum	30,46	
		Maximum	50,64	
		Range	20,18	
		Interquartile Range	11,92	
		Skewness	-,004	,481
		Kurtosis	-1,242	,935

Tests of Normality

Q5: Teve Recentemente alguma doença?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	No	,106	46	,200 [*]	,919	46	,004
	Yes	,143	23	,200 [*]	,938	23	,166

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	1,222	1	67	,273
	Based on Median	1,147	1	67	,288
	Based on Median and with adjusted df	1,147	1	67,000	,288
	Based on trimmed mean	1,313	1	67	,256

ANEXO 27

T-student: IMC e problema físico

Group Statistics

Q5: Teve Recentemente alguma doença?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMC	No	46	37,0598	5,63075	,83021
	Yes	23	39,7523	6,40323	1,33517

		t-test for Equality of Means						
		T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
IMC	Equal variances assumed	-1,788	67	,078	-2,69250	1,50559	-5,69768	,31268
	Equal variances not assumed	-1,713	39,420	,095	-2,69250	1,57223	-5,87156	,48656

ANEXO 28

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC pela prática ou não de exercício físico)

Case Processing Summary

Q17 Pratica algum tipo de exercício físico?		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	No	27	100,0%	0	,0%	27	100,0%
	Yes	41	100,0%	0	,0%	41	100,0%

Descriptives

Q17 Pratica algum tipo de exercício físico?			Statistic	Std. Error
IMC	No	Mean	38,5334	1,29428
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	35,8730
		Upper Bound	41,1938	
		5% Trimmed Mean	38,0535	
		Median	36,7902	
		Variance	45,229	
		Std. Deviation	6,72526	
		Minimum	30,82	
		Maximum	56,12	
		Range	25,31	
		Interquartile Range	11,53	
		Skewness	,959	,448
		Kurtosis	,318	,872
			Yes	Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			35,9001
Upper Bound	39,4189			
5% Trimmed Mean	37,5084			
Median	38,5948			
Variance	31,071			
Std. Deviation	5,57413			
Minimum	30,02			
Maximum	49,72			
Range	19,70			
Interquartile Range	9,50			
Skewness	,082			,369
Kurtosis	-1,199			,724

Tests of Normality

Q17 Pratica algum tipo de exercício físico?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	No	,156	27	,090	,903	27	,015
	Yes	,152	41	,019	,921	41	,007

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	,268	1	66	,606
	Based on Median	,049	1	66	,825
	Based on Median and with adjusted df	,049	1	51,417	,825
	Based on trimmed mean	,144	1	66	,706

ANEXO 29

T-student: IMC e prática de exercício físico

Group Statistics

Q17 Pratica algum tipo de exercício físico?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMC	No	27	38,5334	6,72526	1,29428
	Yes	41	37,6595	5,57413	,87053

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
IMC	Equal variances assumed	,582	66	,562	,87394	1,50040	-2,12171	3,86959
	Equal variances not assumed	,560	48,406	,578	,87394	1,55980	-2,26157	4,00945

ANEXO 30

**Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da variável IMC
pela consumo e ex-consumo de tabaco)**

Case Processing Summary

Q14: É fumadora?		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
IMC	fumador(a)	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%
	ex-fumador(a)	21	100,0%	0	,0%	21	100,0%
	não fumador(a)	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

Descriptives

Q14: É fumadora?			Statistic	Std. Error	
IMC	fumador(a)	Mean	36,9838	1,34408	
		95% Confidence Interval for Mean			
		Lower Bound	34,1190		
		Upper Bound	39,8486		
		5% Trimmed Mean	36,8472		
		Median	36,6137		
		Variance	28,905		
		Std. Deviation	5,37632		
		Minimum	30,13		
		Maximum	46,29		
		Range	16,16		
		Interquartile Range	10,51		
		Skewness	,174		,564
		Kurtosis	-1,408		1,091
ex-fumador(a)		Mean	37,4275	1,27656	
		95% Confidence Interval for Mean			
		Lower Bound	34,7646		
		Upper Bound	40,0904		
		5% Trimmed Mean	37,1366		
		Median	35,3212		
		Variance	34,222		
		Std. Deviation	5,84993		
		Minimum	30,46		
		Maximum	49,72		
		Range	19,26		
Interquartile Range	9,30				

	Skewness		,673	,501
	Kurtosis		-,713	,972
não fumador(a)	Mean		38,4397	1,16005
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36,0738	
		Upper Bound	40,8057	
	5% Trimmed Mean		38,0321	
	Median		38,0132	
	Variance		43,063	
	Std. Deviation		6,56222	
	Minimum		30,02	
	Maximum		56,12	
	Range		26,10	
	Interquartile Range		10,66	
	Skewness		,690	,414
	Kurtosis		,219	,809

Tests of Normality

Q14: É fumadora?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IMC	fumador(a)	,140	16	,200 [*]	,922	16	,178
	ex-fumador(a)	,182	21	,067	,908	21	,049
	não fumador(a)	,116	32	,200 [*]	,940	32	,075

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IMC	Based on Mean	,194	2	66	,824
	Based on Median	,199	2	66	,820
	Based on Median and with adjusted df	,199	2	61,510	,820
	Based on trimmed mean	,202	2	66	,817

ANEXO 31

T-student: IMC e consumo de tabaco

Group Statistics

Q14: É fumadora?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IMC	fumador(a)	16	36,9838	5,37632	1,34408
	ex-fumador(a)	21	37,4275	5,84993	1,27656

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
IMC	Equal variances assumed	-,237	35	,814	-,44369	1,87551	-4,25118	3,36380
	Equal variances not assumed	-,239	33,701	,812	-,44369	1,85369	-4,21207	3,32469