



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

INGESTÃO COMPULSIVA NA OBESIDADE:
O PESO DO COMPORTAMENTO E DA SATISFAÇÃO
COM O SUPORTE NUMA REALIDADE INSULAR E
CONTINENTAL

MARIA RITA GAROUPA ALBERGARIA SILVA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2016

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

Agradecimentos

À Professora Doutora Filipa Pimenta, Orientadora da minha Dissertação, exemplo de pró-atividade e dedicação. Pela indispensável contribuição e incentivo ao longo deste percurso – Muito obrigada!

À Professora Doutora Isabel Leal. Pela disponibilidade demonstrada.

Aos participantes que integraram este estudo. Pela partilha de vivências, sem as quais o mesmo não seria exequível.

Ao meu Tio Nuno. Levo-o comigo sempre e para onde for!

Ao meu Primo Luís Miguel. Por todos os sorrisos que me ofereceu.

Aos meus Pais. Pelo que não é passível ser escrito, mas Sentido. Pela vivência conjunta ao longo deste, e de todos os percursos que me constituem, pelo significado que garantem a Tudo – São a base da minha vida!

À minha irmã Maria Teresa. Pelo Ser Humano que É e, assim, tão bem dignificar a Humanidade. Pelas vivências, confissões e gargalhadas partilhadas - Estamos juntas para o resto da vida!

Aos meus Avós Ângela e Manuel, Leonor e Edmundo. Por me fazerem crer na gratidão eterna que por vós tenho, por vos ter. Pela imensurável certeza que estiveram, estão e estarão permanentemente comigo.

À minha Família, Tios e Primos. Pelo significado que garantem a Casa.

Ao João. Por viver da objetividade e, ainda assim, compreender e validar a subjetividade inerente ao Ser Humano.

Aos meus Amigos. Pela dinâmica tão irreverente e feliz que mantemos.

À Carolina. Pelo companheirismo, sem horas, ao longo destes 5 anos.

Aos meus Colegas de turma. Por tudo o que convosco tive o privilégio de viver e aprender.

“Onde quer que vás, leva contigo a tua Casa.”

Manuel Costa da Silva

Resumo

O crescente número de indivíduos com obesidade e ingestão compulsiva no panorama mundial constitui um problema de saúde pública. Torna-se relevante compreender as especificidades experienciadas por estes indivíduos. Objetiva-se investigar se a ingestão compulsiva em pessoas com obesidade é influenciada pelo comportamento alimentar, pela satisfação com o suporte social, pelo IMC, por variáveis sociodemográficas, de saúde e estilo de vida. Pretende-se, também, comparar a prática de ingestão compulsiva entre indivíduos de Portugal continental e da ilha de São Miguel, Açores – arquipélago com maior incidência nacional de obesidade. Esta amostra é constituída por participantes de Portugal continental e de São Miguel ($n=187$). Os resultados demonstraram associação entre a ingestão compulsiva e a ingestão externa ($\beta=.559; p<.001$) e entre a ingestão compulsiva e a ingestão emocional ($\beta=.530; p<.001$). E associação entre a ingestão compulsiva e a satisfação com o suporte amigos ($\beta=-.206; p=.016$). Não se verificou associação entre a ingestão compulsiva e o IMC ($r=.225; p=.609$), nem diferenças entre os participantes insulares e os de Portugal continental nesta ingestão ($t(115,897)=-1,382; p=.170$). Sugerem-se intervenções que promovam estratégias de coping adaptativas, relativamente à ingestão emocional e à externa e intervenções para facilitação de relacionamentos interpessoais através de atividades que fomentem práticas saudáveis (e.g., exercício físico) e redes de apoio. A ausência de diferenças entre a amostra insular e a continental relativamente à ingestão compulsiva coloca a hipótese de outras variáveis (e.g., gastronomia rica em sódio) explicarem as suas diferenças na prevalência de obesidade, que não as estudadas nesta investigação.

Palavras-chave: Obesidade, ingestão compulsiva, comportamento alimentar, satisfação com o suporte social.

Abstract

The increasing number of obese individuals who binge eat constitutes a serious global public healthcare problem. As such, it becomes relevant to understand the different singularities experienced by these individuals. This study aimed to investigate if binge eating in obese individuals is influenced by their eating behavior, social support satisfaction, BMI, healthcare, lifestyle and sociodemographical variables. It also aimed to compare binge eating between individuals from continental Portugal and São Miguel, Açores – cluster of islands with the largest national obesity incidence. This sample consisted of individuals from both continental Portugal and São Miguel ($n=187$). Results point to an association between binge eating and external eating ($\beta=.559$; $p<.001$), an association between binge eating and emotional eating ($\beta=.530$; $p<.001$) and also an association between binge eating and satisfaction with support from friends ($\beta=-.206$; $p=.016$). There was no noticeable association between binge eating and BMI ($r=.225$; $p=.609$), or differences between individuals from continental Portugal and São Miguel ($t(115,897)=-1,382$; $p=.170$). Interventions that promote adaptive coping strategies are suggested in relation to external and emotional eating, and also interventions that facilitate interpersonal relationships through healthy practices (e.g., physical activity) and support network. The absence of differences between the samples from continental Portugal and the islands in relation to binge eating raises the hypothesis of other variables being able to explain the differences between the prevalence of obese individuals, other than the ones studied (e.g. high sodium diet).

Key-words: Obesity, binge eating. eating behavior, social support satisfaction.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Prevalência Geográfica da Obesidade | 1 |
| Obesidade | 1 |
| Comportamento Alimentar | 2 |
| Ingestão Compulsiva Periódica | 4 |
| Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva | 5 |
| Ingestão Compulsiva Periódica, Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e Obesidade | 6 |
| Obesidade, Ingestão Compulsiva e Suporte Social | 7 |
| Obesidade, Ingestão Compulsiva e Variáveis Sociodemográficas | 8 |
| Obesidade, Ingestão Compulsiva, Estado de Saúde e Prática de Exercício Físico | 10 |
| Obesidade, Ingestão Compulsiva, Consumo de Tabaco e Álcool | 11 |
| Método | 14 |
| Desenho da Investigação | 14 |
| Participantes | 14 |
| Material | 17 |
| Procedimento | 19 |
| Análise Estatística | 20 |
| Resultados | 22 |
| Discussão | 28 |
| Referências Bibliográficas | 35 |

Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo A: Outputs | 46 |
| Anexo B: Questionário de Triagem | 51 |
| Anexo C: Consentimento Informado | 52 |
| Anexo D: Questionário | 54 |
| Anexo E: Autorização do Conselho de Ética | 65 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Caraterização dos Participantes | 15 |
| Tabela 2 – Trajetórias Entre a Ingestão Compulsiva e o Comportamentos Alimentar (Ingestão Emocional, Ingestão Externa e Restrição Alimentar), a Satisfação com o Suporte Social (Amigos e Atividades Sociais), Variáveis Sociodemográficas e de Saúde | 27 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Ingestão Compulsiva | 22 |
| Figura 2 – Análise Fatorial Confirmatória do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar | 23 |
| Figura 3 – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Satisfação com o Suporte Social | 24 |
| Figura 4 – Trajetórias Entre a Ingestão Compulsiva, o Comportamento Alimentar (Ingestão Emocional, Ingestão Externa e Restrição Alimentar), a Satisfação com o Suporte Social (Amigos e Atividades Sociais), Variáveis Sociodemográficas e de Saúde | 26 |

Introdução

A obesidade é uma doença crónica com consequências graves, associada a uma maior mortalidade a nível mundial do que a desnutrição (WHO, 2015). Esta patologia pode ser prevenida ou tratada com a alteração comportamental, nomeadamente, com a adoção de uma alimentação equilibrada e com a prática de exercício físico regular (WHO, 2015). A ausência destes comportamentos poderá contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção da obesidade (WHO, 2015).

Prevalência Geográfica da Obesidade

Em 2014 constataram-se mais de 600 milhões de casos de adultos com obesidade, o que corresponde a 13% da população mundial (WHO, 2015). Na Europa, as estatísticas revelaram que cerca de 10% a 30% da população europeia é obesa (WHO, 2015). Em Portugal continental 16,2% da população sofria de obesidade, 15% dos homens e 17,2% das mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Na Região Autónoma dos Açores 22,1% da população adulta apresentava obesidade, 17,4% dos homens e 26,5% das mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

Obesidade

A obesidade é definida pela WHO (2000) como um problema de saúde pública, tendo em conta as suas repercussões crescentes no panorama mundial. Exemplo disto é a previsão feita pela WHO (n.d.) que estima que, caso este cenário se perpetue, em 2025 até 50% da população mundial poderá vir a ser obesa.

Esta condição resulta da acumulação excessiva de gordura, consequência do desfasamento energético entre as calorias ingeridas e as gastas (WHO, 2015). É, geralmente, classificada através do índice de massa corporal – IMC, proposto pela Organização Mundial de Saúde, que corresponde à relação entre o peso corporal (kg) e a altura (m^2) do indivíduo (WHO, 2015). Um indivíduo cujo IMC seja igual ou superior a 30 kg/m^2 é reconhecido como experienciando obesidade (WHO, 2015).

Em indivíduos com obesidade, ainda que a gordura se distribua pelo corpo todo, constata-se que os homens possuem maior acumulação de gordura na região abdominal - obesidade andróide; já as mulheres possuem maior acumulação de gordura na zona das

ancas, coxas e nádegas - obesidade ginóide (Francischi et al., 2000). O padrão de distribuição de gordura corporal é apontado como um dos principais fatores de risco para condições de morbidade e de mortalidade, independentemente da adiposidade total do indivíduo (Deurenberg, Weststrate & Seidell, 1991).

A obesidade é uma doença multifatorial, pois a sua etiologia emerge da associação de fatores endógenos e exógenos, isto é, os fatores endógenos são resultado de fatores genéticos e/ou do desequilíbrio hormonal, provenientes de alterações metabólicas a nível da tiróide, das gónadas, do sistema hipotálamo-hipófise, etc. (Gois & Bagnara, 2011). Já os fatores exógenos estão relacionados com o balanço calórico positivo, em que a ingestão de alimentos é superior ao gasto energético diário, devido a fatores externos presentes no contexto onde os indivíduos estão inseridos (Gois & Bagnara, 2011). Segundo Ferreira, Pimenta, Leitão, Bernardino e Leal (2013) “Todos os indivíduos estão suscetíveis a esta doença, no entanto, determinadas características genéticas, pessoais, familiares e ambientais poderão influenciar o grau de vulnerabilidade” (p.15).

Esta doença pode gerar ou coexistir com outros quadros clínicos como doenças cardiovasculares - hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo II; perturbações de personalidade, do comportamento, mais especificamente, alimentares, como a perturbação de ingestão alimentar compulsiva e a ingestão compulsiva periódica (Berrington de Gonzalez et al., 2010; Kubik et al., 2013; Preiss et al., 2013; Venzon & Alchieri, 2014). Adicionalmente, a obesidade pode condicionar prejuízos no estado funcional dos indivíduos, com decréscimo da sua qualidade de vida e maior risco de mortalidade, tanto maior quanto maior for a severidade da obesidade (Kubik et al., 2013).

Schlundt et al. (1991) sugerem a classificação de indivíduos com obesidade em cinco grupos distintos, isto é, indivíduos com hábitos alimentares moderadamente saudáveis, indivíduos com restrição alimentar crónica, indivíduos com alternância entre períodos de restrição e períodos de ingestão compulsiva, indivíduos com sobrealimentação emocional e indivíduos com hiperalimentação durante a refeição.

Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar reflete as interações entre o estado fisiológico, o estado psicológico e as condições ambientais de um dado indivíduo (Quaioti & Almeida,

2006). A ingestão é influenciada por fatores psicossociais, pelo processo de seleção e de tomada de decisão relativo aos alimentos a ingerir, que difere de ser humano para ser humano, possuindo um papel preponderante no desenvolvimento e na manutenção da obesidade (Leitão et al., 2013; Pfattheicher & Sassenrath, 2014; Viana & Sinde, 2003). Assim, destacam-se três dimensões do comportamento alimentar - a ingestão emocional, a ingestão externa e a restrição alimentar.

A ingestão emocional verifica-se quando o indivíduo pratica uma ingestão excessiva em resposta a estados emocionais negativos, de modo a adaptar-se a uma dada situação (Guenter, 2000; Natacci & Júnior, 2011; Viana & Sinde, 2003). A literatura refere a associação positiva entre o IMC e a ingestão emocional, o que sugere que indivíduos com obesidade possuem maior probabilidade de praticar este tipo de ingestão, comparativamente a pessoas com peso normal (Nattaci & Júnior, 2011). A recorrência a este tipo de comportamento alimentar objetiva a regulação emocional e influencia o desenvolvimento e a manutenção da perturbação de ingestão alimentar compulsiva – PIAC, daí a sua associação com este tipo de ingestão (Hilbert et al., 2007^a ; Meule et al., 2014; Stice, 2002).

A ingestão externa resulta da ingestão de alimentos em resposta a estímulos externos percebidos, como o cheiro, o aspeto e o sabor do alimento, bem como à situação social onde esta ingestão ocorre (Magalhães & Motta, 2012; Rebelo & Leal, 2007). Assim, indivíduos com obesidade são mais propensos a praticarem este tipo de ingestão, que é parcialmente responsável pelo desenvolvimento da obesidade (Magalhães & Motta, 2012; Rebelo & Leal, 2007; Van Strien et al., 1985). Não obstante, segundo Schulz e Laessle (2010), a PIAC está positivamente associada a uma maior frequência do comportamento de ingestão externa.

A restrição alimentar é caracterizada pelo autodomínio, consciente e independente da fome sentida, na ingestão de alimentos, objetivando o controlo e/ou a manutenção do peso corporal (Rebelo & Leal, 2007; Viana & Sinde, 2003). Pessoas com obesidade praticam com mais frequência restrição alimentar, e a sua hipersensibilidade a estímulos ambientais pode ser consequente ao período de restrição (Rebelo & Leal, 2007). A prática da dieta restritiva oscila entre a ingestão exagerada e a ingestão insuficiente de alimentos, devido a fatores emocionais (como ansiedade e depressão) e a fatores cognitivos (como a percepção de já terem infringido a sua dieta) (Rebelo & Leal, 2007). Além disto, certos tipos de

ingestão, por exemplo, a ingestão de substâncias com efeito sedativo e desinibidor (como é o caso do álcool) poderão provocar um efeito paradoxal ao período de restrição, predispondo um período de desinibição alimentar e, conseqüentemente, à ingestão compulsiva (Heatherton & Baumeister, 1991; Magalhães & Motta, 2012; Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003). A restrição alimentar é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da ingestão compulsiva (Andrés & Saldaña, 2014).

Ingestão Compulsiva Periódica

Tal como referido existem vários fatores individuais associados à ingestão alimentar, todavia um consumo compulsivo pode ser também favorecido por normas sociais e por determinados eventos sociais (Heatherton & Baumeister, 1991).

A ingestão alimentar compulsiva periódica/ perturbação de ingestão alimentar compulsiva de baixa frequência e/ ou de duração limitada é um comportamento de ingestão de grandes quantidades de alimentos, num curto período de tempo (até duas horas) (APA, 2013; Baldam et al., 2008; Freitas et al., 2001; Leitão et al., 2013). Nesta circunstância, o indivíduo experiencia uma sensação de perda de controlo sobre o que está a comer, acompanhado por emoções negativas (como vergonha, nojo e culpa) (APA, 2013; Baldam et al., 2008; Freitas et al., 2001; Leitão et al., 2013).

O supracitado comportamento é, frequentemente, antecedido por afetos negativos, acontecimentos stressantes, períodos de restrição alimentar, sentimentos de insatisfação com o peso e forma do corpo e com a comida (APA, 2013). Esta prática é considerada uma estratégia de coping inadaptada, em que o indivíduo objetiva lidar com estados emocionais desagradáveis que, posteriormente, desencadeiam estados de ansiedade e de depressão (Heatherton & Baumeister, 1991). Contudo, e contrariamente à bulimia nervosa, não se verificam comportamentos compensatórios desadequados para prevenir o ganho de peso (APA, 2013; Duchesne et al., 2007; Freitas et al., 2001; Leitão et al., 2013; Schag et al., 2013).

A ingestão compulsiva periódica - ICP distingue-se da PIAC no que respeita à sua frequência: para que se considere uma PIAC este comportamento de ingestão compulsiva terá de ocorrer pelo menos uma vez por semana, durante um período superior a 3 meses; caso a sua frequência seja inferior enquadra-se na ingestão compulsiva periódica (APA,

2013). Sublinha-se, ainda, que o comportamento de ingestão compulsiva periódica é um sintoma característico da PIAC, da bulimia nervosa, de alguns subtipos de anorexia nervosa e de outras perturbações alimentares não especificadas (APA, 2013).

Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

A PIAC caracteriza-se por ser a perturbação alimentar mais comum, afetando tanto a população obesa, como indivíduos normoponderais e, por isto, considerada um problema de saúde pública (Dymek-Valentine et al., 2004; Kessler et al., 2013; Spitzer et al., 1993). Portugal destaca-se como o terceiro país com maior número de indivíduos com esta perturbação, apenas com menos de 0,2% relativamente aos Estados Unidos da América (Kessler et al., 2013).

Para que seja considerada PIAC, para além dos critérios supracitados (ingestão de grandes quantidades de alimentos, num curto espaço de tempo, com percepção de perda de controlo) terão de se verificar três, ou mais, dos seguintes sintomas: a) uma ingestão mais rápida que a habitual; b) sentir-se desconfortavelmente cheio (após uma ingestão exagerada); c) ingestão de grandes quantidades de comida na ausência de fome; d) ingerir grandes quantidades de comida quando se está só, por sentir vergonha; e) sentimentos de culpa, mal-estar e humor deprimido após a ingestão (APA, 2013). Sendo tão estável e crónica como a bulimia nervosa ou a anorexia nervosa (Hudson et al., 2007).

A gravidade desta perturbação é avaliada pela frequência dos seus episódios, isto é, uma PIAC com episódios de ingestão compulsiva que ocorram entre 1 a 3 vezes por semana, é designada por PIAC ligeira; entre 4 a 7 vezes por semana, designa-se por moderada; de 8 a 13 episódios, grave; 14 ou mais episódios por semana é considerada PIAC extrema (APA, 2013).

O seu desenvolvimento e a sua manutenção possuem uma forte associação com fatores biológicos, psicológicos e sociais, entre eles, maior gravidade no grau de obesidade (ainda que a obesidade não seja considerada um critério diagnóstico para a prática deste tipo de ingestão), características impulsivas, prejuízo laboral, preocupação exacerbada no que diz respeito à imagem, ao peso e à forma do corpo, investimento precoce e significativo em dietas e incidência de psicopatologia geral (como, por exemplo, perturbações de ansiedade, de humor) (Bulik et al., 2002; Duchesne et al., 2007; Guisado & Vaz, 2001; Keränen et al.,

2009; Moroshko et al., 2011; Picot & Lilenfeld, 2003; Spitzer et al., 1992; Yanovski, 2002).

No que concerne ao seu tratamento verificam-se opções a nível farmacológico e, entre outras, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Interpessoal (Cuadro & Baile, 2015). Segundo Hudson et al. (2007), o impacto da ingestão compulsiva juntamente com o impacto de morbilidades associadas, sublinha a necessidade de compreender os fatores que possam influenciar a sua prevalência.

Ingestão Compulsiva Periódica, Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e Obesidade

Estudos defendem que a prevalência da ingestão alimentar compulsiva é tanto maior quanto maior for o grau da obesidade (Bertoli et al., 2015; Higgins et al., 2013). Na mesma linha de pensamento Yanovski (2003) defende que em pessoas com predisposição para a prática de ingestão compulsiva, a intervenção precoce seria uma estratégia eficaz para prevenir o desenvolvimento da obesidade.

Segundo Pais-Ribeiro e Tapadinhas (2008) e Hudson et al. (2007), indivíduos com obesidade e com PIAC constituem uma subcategoria dentro da população de obesos, dadas as suas características específicas, nomeadamente, a gravidade da obesidade e da psicopatologia (episódios depressivos *major*, perturbações de ansiedade, problemas do ciclo do sono como insónias, ideação suicida). São também estas pessoas que apresentam níveis mais baixos de autoestima, maior preocupação e insatisfação relativa à imagem, peso e forma do corpo, sentimentos de perda de controlo associados ao episódio de ingestão, contrariamente a indivíduos com obesidade e sem compulsão alimentar - sugerindo que a obesidade por si só não parece induzir níveis relevantes de alterações psicoemocionais (Cuadro & Baile, 2015; Horcajadas et al., 2008; Jambekar, Masheb & Grilo, 2003; Striegel et al., 2012).

A relação entre a obesidade e a PIAC gera alguma controvérsia, uma vez que determinados estudos apontam a ingestão compulsiva como um fator precedente à obesidade, pelo contrário, outros estudos defendem que esta é uma consequência da obesidade e, por fim, outros afirmam-na como uma comorbilidade da obesidade, ainda que a relação entre ambos os constructos pareça ser bidirecional (Lladós & Sábado, 2011). Neste sentido Fairburn et al. (1998) sistematiza várias possibilidades, entre elas, que os episódios

de ingestão compulsiva possam potencializar a obesidade; que uma pessoa seja obesa por predisposição genética; que uma pessoa seja obesa decorrente da prática de dietas restritivas e de práticas de compulsão e, por último, que episódios de ingestão compulsiva sejam considerados fatores de manutenção e pior prognóstico da obesidade.

Pais-Ribeiro e Tapadinhas (2008) referem que a PIAC, em indivíduos obesos, pode representar um fenómeno de regulação do humor quando presente uma predisposição para afetos depressivos ou ansiosos.

Obesidade, Ingestão Compulsiva e Suporte Social

O suporte social está associado à percepção que os indivíduos possuem de si mesmos, no que diz respeito a sentirem-se amados, prezados e parte integrante de uma rede social (Cobb, 1976). Em situação de doença, o suporte social possui uma função protetora no que aos efeitos nocivos do stress diz respeito, potenciando o ajustamento e a adaptação do indivíduo à doença e consequente recuperação do bem-estar e da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1999b; Rodin & Salovey, 1989; Sarason et al., 1983). Assim, a qualidade do suporte social está intimamente relacionada com a saúde mental do indivíduo (Vandervoot, 1999).

Pessoas com obesidade apresentam frequentemente dificuldades em obter prazer das suas relações sociais, devido à incompreensão relativa à obesidade e ao seu comportamento alimentar, por parte da família e dos amigos (Bernardi et al., 2005). O supracitado intensifica a auto-depreciação da imagem, sentimentos de insegurança, de solidão e isolamento social; consequentemente recorrem à ingestão de alimentos como fonte de prazer, restringindo as suas relações afetivas e sociais, com ganho progressivo de peso (Bernardi et al., 2005). Deste modo, o fraco apoio emocional percebido está relacionado com o aumento da incidência e manutenção da obesidade (Moroshko et al., 2011; Oliveira et al., 2013).

Segundo Serra (1999), a satisfação com o suporte social está associada à saúde do indivíduo e, concludentemente, ao seu comportamento alimentar. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares está relacionado com o fraco apoio social recebido, uma vez que a construção da identidade do indivíduo é influenciada pelo contexto no qual está inserido, bem como pelas relações que estabelece (Ghaderi, 2003; Abreu & Filho, 2004; Oliveira & Santos, 2006).

As redes e o apoio social relacionam-se com o bem-estar físico e mental dos

indivíduos, contrariamente ao que se verifica nas perturbações alimentares, em que as relações destes indivíduos são, muitas vezes, debilitadas e conflituosas, agravando a perturbação e a sua sintomatologia (Abreu & Filho, 2004; Oliveira & Santos, 2006). Prova disto, é que mulheres que padecem de perturbações alimentares possuem menor perceção de suporte social (Yager et al., 1995). Também Limbert (2010) verificou uma associação entre os sintomas das perturbações alimentares e a insatisfação com o apoio familiar recebido.

A prática da compulsão alimentar associa-se a stressores emocionais resultantes das relações interpessoais disfuncionais estabelecidas (Schulz & Laessler, 2011). Indivíduos com ingestão compulsiva apresentam um padrão mais negativo de emoções diárias como sentimentos de isolamento, justificados pela sua insatisfação com a vida e com os seus relacionamentos, o que lhes origina altos níveis de ansiedade social e de desconfiança perante os outros (Zeeck et al., 2011).

O apoio social família associa-se à menor probabilidade de compulsão alimentar em mulheres afro-americanas, todavia verificou-se maior probabilidade de compulsão alimentar, no que concerne a este tipo de suporte, em mulheres caucasianas (Mason & Lewis, 2016).

Para além disso, indivíduos com ingestão compulsiva apresentam problemas conjugais, com estratégias de resolução e gestão de conflitos deficitárias (Blomquist et al., 2012; Svaldi, Dorn & Trentowska, 2011; Whisman et al., 2012). Segundo Freitas et al. (2008), pessoas envolvidas em relações afetivo-sexuais relatam mais comportamentos de ingestão compulsiva, já que percebem o suporte recebido como disfuncional e/ou insuficiente. Todavia, quando este suporte é interpretado de forma positiva, os referidos lidam com os seus problemas de saúde de forma mais serena, sendo este tipo de suporte mediador no processo de recuperação da doença, ou de inibição do seu desenvolvimento (Rodriguez & Cohen, 1998).

Obesidade, Ingestão Compulsiva e Variáveis Sociodemográficas

A ingestão compulsiva é, muitas vezes, referenciada como tendo início na adolescência ou no início da idade adulta (APA, 2013). Azevedo, Santos e Fonseca (2004) acrescentam que é, geralmente, após os 30 anos que estes indivíduos procuram tratamento para esta perturbação.

A literatura refere que indivíduos com obesidade, do sexo masculino, tendem a evidenciar menor frequência do comportamento de ingestão compulsiva à medida que a idade avança (Bertoli et al., 2015; Regan & Hersch, 2005). Segundo Bertoli et al. (2015) o mesmo se verifica no sexo feminino. Pelo contrário, Regan e Hersch (2005) concluem que este comportamento, no sexo feminino, tende a diminuir a partir dos 65 anos, sendo contudo favorecido caso se verifiquem sintomas depressivos e em pessoas casadas.

No que concerne ao sexo, Andrés e Saldaña (2014) não verificaram diferenças na prática de ingestão compulsiva periódica. Porém, noutro estudo, verificou-se uma maior prevalência da PIAC em mulheres (Rosenbaum & White, 2015). Segundo Higgins et al. (2013) a prevalência de ingestão compulsiva é mais elevada em indivíduos do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, indivíduos casados apresentam menor prevalência do comportamento de ingestão compulsiva, uma vez que este estado civil é um fator protetor contra a prática e a prevalência de ingestão compulsiva (Bertoli et al., 2015). Pelo contrário, Kessler et al. (2003) indicam que não há associação entre o estado civil e a PIAC.

Indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados estão menos propensos a desenvolver obesidade, uma vez que, na sua maioria, apresentam maior consciência relativa aos alimentos que devem ingerir, aos estilos de vida saudáveis e às consequências associadas à obesidade (Devaux et al., 2011; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Terres et al., 2006). No que respeita à ingestão compulsiva, por um lado é defendido que a PIAC é inversamente proporcional às habilitações académicas (Flegal, Carroll, Ogden, & Curtin, 2010; Kessler et al., 2013). Por outro lado, não se verifica associação entre a prevalência do comportamento de ingestão compulsiva e as habilitações académicas em indivíduos com obesidade (Bertoli et al., 2015).

O nível socioeconómico assume uma influência significativa sobre o comportamento alimentar dos indivíduos, tendo em conta que permite, ou não, autonomia no processo de seleção dos alimentos – Indivíduos com melhores condições socioeconómicas optam geralmente por alimentos saudáveis, ao invés da aquisição de alimentos hipercalóricos, mais baratos (Sobal, 1991).

Relativamente à situação profissional, indivíduos inativos apresentam maior registo de comportamentos de ingestão compulsiva, o que pode ser justificado de acordo com Pena e

Bacallao (2000) pela sua limitação económica no acesso a uma alimentação adequada, restringindo-se a um padrão de alimentação insuficiente ou inadequado.

Obesidade, Ingestão Compulsiva, Estado de Saúde e Prática de Exercício Físico

A ingestão compulsiva é um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção da obesidade, bem como de complicações físicas e mentais associadas (Mason & Lewis, 2014).

No que concerne à saúde física, pessoas com obesidade que praticam ingestão compulsiva exibem um número de dias de doença superior, comparativamente a pessoas com obesidade sem este tipo de ingestão (Striegel et al., 2012).

Estes indivíduos, nomeadamente, do sexo feminino estão mais propensos a padecer de inúmeras doenças, entre elas, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II, relativamente a indivíduos obesos que não a praticam (Bulik et al., 2002; Mason & Lewis, 2014; Mitchison et al., 2013; Striegel et al., 2012). Num estudo de Higgins et al. (2013) indivíduos com diabetes *mellitus* tipo II possuem maior prevalência de ingestão compulsiva. Esta problemática está também associada à obesidade e à inatividade física (Vancampfort et al., 2014a, 2014b).

Adicionalmente, verificou-se uma associação inversa entre a ingestão compulsiva e a prática de exercício físico, isto é, a prática de exercício físico está relacionada com a diminuição na prevalência desta ingestão (Bertoli et al., 2015). O nível de atividade física de indivíduos com obesidade e com PIAC é três vezes menor do que indivíduos que não praticam este tipo de ingestão (Vancampfort et al., 2013). Outros estudos referem que homens com obesidade e que praticam ingestão compulsiva relatam mais preocupação com a imagem corporal e, conseqüentemente, praticam mais exercício físico (Berg et al., 2015).

A prática de exercício aeróbico e de *yoga* são fatores que potenciam a abstinência da ingestão compulsiva e, por conseguinte, a diminuição do IMC (Vancampfort et al., 2013). O supracitado conflui no aumento do bem-estar físico e mental (Vanderlinden et al. 2012).

No que compete à insatisfação com a imagem corporal, evidencia-se o desconforto e a preocupação com a imagem corporal em utentes com obesidade e com PIAC (Ahrberg, Trojca, Nasrawi, & Vocks, 2011; Nicoli & Junior, 2011). Conforme O’Dea (2004), a

autoestima é um fator protetor no que diz respeito ao desenvolvimento da insatisfação com a imagem corporal e ao desenvolvimento de doenças de cariz alimentar.

No que respeita à saúde psicológica, indivíduos com obesidade e ingestão compulsiva apresentam taxas mais altas das principais doenças psiquiátricas, nomeadamente, perturbações de ansiedade, de humor, de impulsividade, de abuso de substâncias, de características de alexitimia, de stress, de alterações do ciclo de sono (Hudson et al., 2007; Rosenbaum & White, 2015; Zeeck et al., 2011). As supracitadas possuem impacto negativo na prática da ingestão compulsiva, sendo comum verificarem-se como condição de comorbilidade da PIAC (Rosenbaum & White, 2015; Wilfley et al., 1997).

Grucza et al. (2007) e Haedt-Matt & Keel (2011) defendem que os sintomas depressivos são um fator de risco para indivíduos com obesidade virem a desenvolver PIAC; segundo outros autores estes sintomas concomitantemente com ingestão emocional e/ou externa também poderão constituir-se um fator de risco para a PIAC (Kessler et al., 2013; Mason & Lewis, 2014).

Indivíduos com PIAC percebem-se, essencialmente, segundo critérios de peso e forma corporal e, por isto, tendem a evidenciar sintomatologia depressiva, baixa autoestima, elevados níveis de perfeccionismo, pensamentos dicotómicos do tipo total controlo ou descontrolo no seu comportamento alimentar (Appolinario & Claudino, 2000; Napolitano et al., 2001).

Estudos revelam que homens com ingestão compulsiva encontram-se mais debilitados mentalmente e mulheres insatisfeitas com a forma do seu corpo e com o seu peso apresentam mais complicações físicas e mentais (Mitchison et al., 2013).

Obesidade, Ingestão Compulsiva, Consumo de Tabaco e Álcool

É frequente a coocorrência de problemas alimentares e problemas de uso/abuso de substâncias (Birch et al., 2007).

Várias investigações sugerem uma associação entre as perturbações alimentares e o consumo de tabaco, indivíduos com obesidade e ingestão compulsiva possuem maiores níveis de dependência de nicotina e menor probabilidade de cessação tabágica, quando comparados com indivíduos com obesidade sem este tipo de ingestão (Grucza et al., 2007;

White & Grilo, 2007; White et al., 2010). O consumo de tabaco está associado ao aumento da prevalência de ingestão compulsiva (Bertoli et al., 2015). Outros estudos defendem que muitos indivíduos começam a praticar ingestão compulsiva devido à cessação tabágica, com o intuito de suprimir os afetos negativos, paradoxalmente os fumadores fazem-no para suprimir o impulso em praticar ingestão compulsiva (White et al., 2010).

Num estudo realizado em mulheres com obesidade com e sem PIAC, constatou-se que ex-fumadoras com PIAC possuem níveis mais elevados de restrição alimentar e estratégias dietéticas mais rígidas (White & Grilo, 2007). Pelo contrário, segundo um estudo de Higgins et al. (2012) utentes com obesidade e que praticam ingestão compulsiva são menos propensos ao consumo de tabaco, comparativamente a indivíduos que não a praticam.

No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, segundo Stewart e Brown (2006) ingerir grandes quantidades de bebidas alcoólicas pode ser um fator preditor da prática de ingestão compulsiva, sendo este consumo susceptível de ocorrer em situações que envolvam emoções desagradáveis.

Deste modo, a presente investigação objetiva a exploração de fatores associados ao comportamento de ingestão compulsiva (i.e. satisfação com o suporte social, comportamento alimentar, estado de saúde, estilo de vida e variáveis sociodemográficas) numa amostra de participantes com obesidade residentes em Portugal continental e na ilha de São Miguel, Açores.

Atendendo à literatura revista é possível formular as seguintes hipóteses: a satisfação com o suporte social (amigos, família, intimidade e atividades sociais) está negativamente associada à prática de ingestão compulsiva; o comportamento alimentar, neste caso, uma maior frequência de ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar estão positivamente associados à prática de ingestão compulsiva; a prática de ingestão compulsiva tende a ser menos frequente em pessoas mais velhas; a existência de uma relação afetivo-sexual está negativamente associada à prática de ingestão compulsiva; a prática de ingestão compulsiva está positivamente associada a um IMC mais elevado; pessoas profissionalmente ativas tenderão a praticar menos frequentemente ingestão compulsiva; a prática de ingestão compulsiva está inversamente associada ao rendimento anual bruto do agregado familiar; a prática de ingestão compulsiva será mais frequente em pessoas com pior estado de saúde; pessoas que pratiquem exercício físico exibem menor frequência na prática de ingestão

compulsiva; quem consome álcool e tabaco tenderá a evidenciar uma prática de ingestão compulsiva mais frequente.

Para além da exploração de um modelo geral para a amostra total pretende-se, de igual modo, analisar as diferenças entre a subamostra de Portugal continental e a subamostra de São Miguel, no que à temática da ingestão compulsiva diz respeito.

Método

Desenho da Investigação

Este é um estudo observacional descritivo, uma vez que não envolveu qualquer intervenção e/ou manipulação de variáveis sendo, de igual modo, um estudo transversal, visto que a recolha dos dados da amostra ocorreu num único momento (Pais-Ribeiro, 1999a).

Participantes

Como critérios de inclusão, estipulou-se que os participantes tinham de ter 18 ou mais anos, um IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 e manutenção de obesidade há, pelo menos, 12 meses.

A amostra, por conveniência, intencional e *snow-ball*, é composta por 187 participantes com obesidade, com uma média de idades de 42 anos ($DP=14,362$) e com uma média de IMC de 36 ($DP=4,97539$). Destes, 93 participantes não possuem perturbação de ingestão alimentar compulsiva, 51 participantes possuem perturbação de ingestão alimentar compulsiva moderada e 43 destes participantes têm perturbação de ingestão alimentar compulsiva grave.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

| <i>Caraterísticas</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------------|----------|----------|
| <i>Localização Geográfica</i> | | |
| São Miguel, Açores | 70 | 38,4 |
| Portugal Continental | 117 | 62,6 |
| <i>Sexo</i> | | |
| Homens | 58 | 31 |
| Mulheres | 129 | 69 |
| <i>Relação Afetivo-sexual</i> | | |
| Sim | 123 | 67,6 |
| Não | 59 | 32,4 |
| <i>Habilitações Académicas</i> | | |
| Ensino Primário | 18 | 9,7 |
| Ensino Básico | 40 | 21,6 |
| Ensino Secundário | 48 | 25,9 |
| Ensino Universitário | 78 | 42,1 |
| <i>Situação Profissional</i> | | |
| Ativo | 122 | 65,6 |
| Não ativo | 64 | 35,4 |
| <i>Rendimento Anual</i> | | |
| ≤ 10.000 € | 61 | 35,5 |
| De 10.001 a 20.000 € | 48 | 27,9 |
| De 20.001 a 37.500 € | 40 | 23,3 |
| De 37.501 a >70.000 € | 23 | 13,4 |

| | | |
|---|-----|------|
| <i>Doença Recente</i> | | |
| Sim | 55 | 29,6 |
| Não | 131 | 70,4 |
| <i>Problema Psicológico Recente</i> | | |
| Sim | 150 | 81,1 |
| Não | 35 | 18,9 |
| <i>Consumo de Bebidas Alcoólicas</i> | | |
| Sim | 94 | 51,6 |
| Não | 88 | 48,4 |
| <i>Consumo de Café</i> | | |
| Sim | 139 | 74,7 |
| Não | 47 | 25,3 |
| <i>Consumo de Tabaco</i> | | |
| Sim | 56 | 30,1 |
| Não | 130 | 69,9 |
| <i>Prática de Exercício Físico</i> | | |
| Sim | 98 | 53,3 |
| Não | 86 | 46,7 |

Material

Na presente investigação aplicou-se a Escala de Compulsão Alimentar Periódica, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. Para além destes instrumentos, aplicou-se um questionário sociodemográfico, com o intuito de caracterizar a amostra no que concerne ao sexo, idade, existência de relação afetivo-sexual, habilitações académicas e rendimento anual bruto do agregado familiar. Adicionalmente, utilizou-se um questionário de saúde para obter informações relativas ao estado de saúde física e psicológica dos participantes, ao seu IMC (altura e peso), ao consumo de café, álcool e tabaco e à prática de exercício físico.

Escala de Ingestão Compulsiva

Aplicou-se a *Binge Eating Scale* (BES) de Gormaly et al. (1982), adaptada à população portuguesa por Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012), que descreve manifestações comportamentais, sentimentos e cognições associados à ingestão compulsiva, com o intuito de averiguar se os participantes em estudo praticam ingestão compulsiva e, se sim, classificar o respetivo grau de compulsão alimentar.

É um instrumento composto por 16 itens e por 62 afirmações, em que um exemplo de uma destas afirmações é: “Tenho o forte hábito de comer quando estou aborrecido. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito”; as afirmações variam entre ausência do comportamento e gravidade máxima do comportamento. O score atribuído às opções existentes para cada item variam numa escala ordinal do tipo Likert de 3 pontos e é pontuado de acordo com diretrizes propostas pelos autores da escala original. A pontuação final referencia o grau de gravidade da compulsão alimentar e é obtida através do somatório dos pontos de cada item. Deste modo, participantes com pontuações inferiores ou iguais a 17 não possuem PIAC, participantes com pontuações entre 18 e 26 pontos possuem PIAC moderada e participantes cujas pontuações são superiores ou iguais a 27 são participantes com PIAC grave.

Este é um instrumento cuja versão desenvolvida para a população portuguesa revela boas qualidades psicométricas, uma vez que a sua consistência interna apresenta um valor de alpha de Cronbach de 0,87 (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2012).

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

Utilizou-se o instrumento *The Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ), de Van Strien et al. (1986), adaptado à população portuguesa por Viana e Sinde (2003), para avaliar o estilo e o comportamento alimentar dos participantes em estudo.

Este é um instrumento composto por 33 itens, distribuídos por 3 subescalas, entre elas, a subescala da restrição alimentar, composta por 10 itens (e.g., “Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?”), a subescala da ingestão externa, que inclui 10 itens (e.g., “Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?”) e da ingestão emocional, com 13 itens (e.g., “Tem desejo de comer quando se sente irritado(a)?”).

As respostas são dadas com base numa escala ordinal do tipo Likert de 5 pontos e variam de “nunca” a “muito frequentemente”. Refere-se que cada uma destas subescalas é avaliada de forma isolada, sendo que a subescala com pontuação mais elevada demonstra o estilo alimentar dos participantes.

O instrumento revela boas qualidades psicométricas, uma vez que a subescala de ingestão emocional possui um valor de alpha de Cronbach de 0,94, a subescala de Restrição Alimentar 0,92, a subescala da Ingestão Externa 0,81 (Viana & Sinde, 2003).

Escala de Satisfação com o Suporte Social

Utilizou-se a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS), construída e validada por Pais-Ribeiro (1999b) para avaliar a satisfação dos participantes com a sua vida social.

O instrumento é composto por 15 afirmações, em que o participante assinala o seu grau de concordância com cada delas, através de uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos, que varia entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. Estas afirmações estão distribuídas por 4 subescalas distintas, sendo elas, satisfação com o suporte social amigos (e.g., “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”), satisfação com o grau de intimidade (e.g., “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), satisfação com o suporte social família (e.g., “Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família”) e, por último, satisfação com o suporte social proveniente das atividades sociais, (e.g., “Sinto

falta de atividades sociais que me satisfaçam”).

Esta escala é pontuada com base num score global, em que pontuações mais altas correspondem a uma maior satisfação com o seu suporte social.

Este é um instrumento que revela boas qualidades psicométricas, visto que a sua consistência interna apresenta um valor de alpha de Cronbach de 0,85. (Pais-Ribeiro, 1999b). A subescala satisfação com os amigos apresenta um valor de consistência interna de 0,83; a subescala de satisfação com o suporte intimidade possui uma consistência interna de 0,74; a subescala de satisfação com a família tem uma consistência interna de 0,74; a subescala da satisfação com as atividades sociais possui uma consistência interna de 0,64 (Pais-Ribeiro, 1999b).

Procedimento

A presente amostra foi selecionada por um processo de amostragem não probabilística por conveniência que decorreu, numa primeira fase, entre setembro de 2012 e junho de 2013 em Portugal continental. Mais tarde, com o intuito de alcançar uma maior abrangência geográfica e uma maior amplitude de participantes procedeu-se à recolha de dados na ilha de São Miguel, Açores, entre março e maio de 2016.

Na primeira etapa da investigação solicitaram-se as devidas autorizações ao Sr. Presidente do Conselho de Ética e, posteriormente, aos respetivos Srs. Diretores Clínicos da Instituição hospitalar e da clínica privada. Aquando da sua aprovação foram apresentados os objetivos e os procedimentos da presente investigação aos profissionais de saúde dos supracitados contextos, pelos investigadores responsáveis. Os referidos profissionais estabeleciam contacto com os utentes, informando-lhes sobre a investigação a decorrer, bem como os seus respetivos objetivos e, caso estes se demonstrassem interessados em integrar esta amostra, era função dos profissionais de saúde transmitirem esta informação aos investigadores em causa.

Não obstante, esta amostra foi também recolhida através das redes sociais, nomeadamente, via facebook e via e-mail. Para além de participantes que referenciaram a concretização desta investigação a outras pessoas – processo de amostragem *snow-ball*.

Deste modo, um dos psicólogos integrados na investigação contactava os possíveis participantes referenciados, quer por chamada telefónica, via e-mail ou pessoalmente, de

modo a aplicar um questionário de triagem com determinados critérios de inclusão, entre eles, idade superior ou igual a 18 anos, IMC igual ou superior 30 kg/m² e obesidade há, pelo menos, 12 meses. Caso os indivíduos cumprissem os critérios de inclusão, era-lhes facultado o consentimento informado e, após a assinatura do último, o questionário para validação das variáveis em estudo.

O mesmo procedimento foi praticado na recolha de dados dos participantes da ilha de São Miguel, Açores. Em que alguns destes participantes responderam ao questionário em formato online e os restantes em formato papel, em ambos os casos foram tidos em conta critérios de confidencialidade e de anonimato.

Análise Estatística

Objetivando testar as hipóteses acima formuladas, recorreram-se a testes estatísticos utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 23.0.

Assim, numa primeira instância, procedeu-se à análise da estatística descritiva da presente amostra, de modo a caracterizar os participantes em estudo.

De seguida, realizou-se a análise univariada, com aplicação do Teste T-Student para testar a existência de diferenças significativas entre as médias de duas amostras. Assim pretendeu-se compreender a existência, ou não, de diferenças significativas entre quem preencheu o questionário em formato *online* e a amostra que o preencheu em formato papel, relativamente à ingestão compulsiva, ao comportamento alimentar (ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar), à satisfação com o suporte social (família, amigos, intimidade e atividades sociais) e ao IMC. Para além disto, o mesmo teste foi utilizado para averiguar a existência de diferenças significativas entre a subamostra de Portugal continental e a subamostra de participantes da ilha de São Miguel. Adicionalmente, recorreu-se ao referido teste para verificar a existência de diferenças significativas entre diferentes grupos em termos de sexo (feminino *vs.* masculino), situação profissional (ativo *vs.* não ativo), consumo de álcool (consume de álcool *vs.* não consume álcool), tabaco (fumador *vs.* não fumador), e café (consume café *vs.* não consume café) estado de saúde (com doença *vs.* sem doença; com problema psicológico *vs.* sem problema psicológico), em relação à ingestão compulsiva.

Posteriormente, procedeu-se ao estudo de correlações com o intuito de averiguar a existência de associações entre a compulsão alimentar e as restantes variáveis em estudo. Realizou-se uma correlação de Pearson para verificar a associação entre a ingestão compulsiva e as variáveis referentes ao comportamento alimentar (ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar) e à satisfação com o suporte social (satisfação com o suporte social amigos, família, intimidade e atividades sociais). Adicionalmente, foi também considerada a associação entre determinadas variáveis sociodemográficas e de estilo de vida (idade, IMC, prática de exercício físico) e a ingestão compulsiva.

Através da correlação de Spearman pretendeu-se verificar a associação entre a ingestão compulsiva e as habilitações académicas e entre a primeira e o rendimento anual bruto do agregado familiar.

Após a execução da análise estatística univariada recorreu-se ao programa estatístico AMOS, integrado no SPSS, para proceder à análise multivariada dos dados, de modo a compreender as várias relações entre as variáveis em causa. Desenvolveu-se o modelo de medida avaliando a adequação do seu ajustamento e construiu-se o modelo estrutural com respetiva avaliação do seu ajustamento, seguido da exploração de preditores significativos referentes à ingestão compulsiva e das suas trajetórias entre as variáveis.

Resultados

Inicialmente, procedeu-se à análise fatorial confirmatória dos instrumentos em estudo, apresentados em seguida (figura 1, 2 e 3).

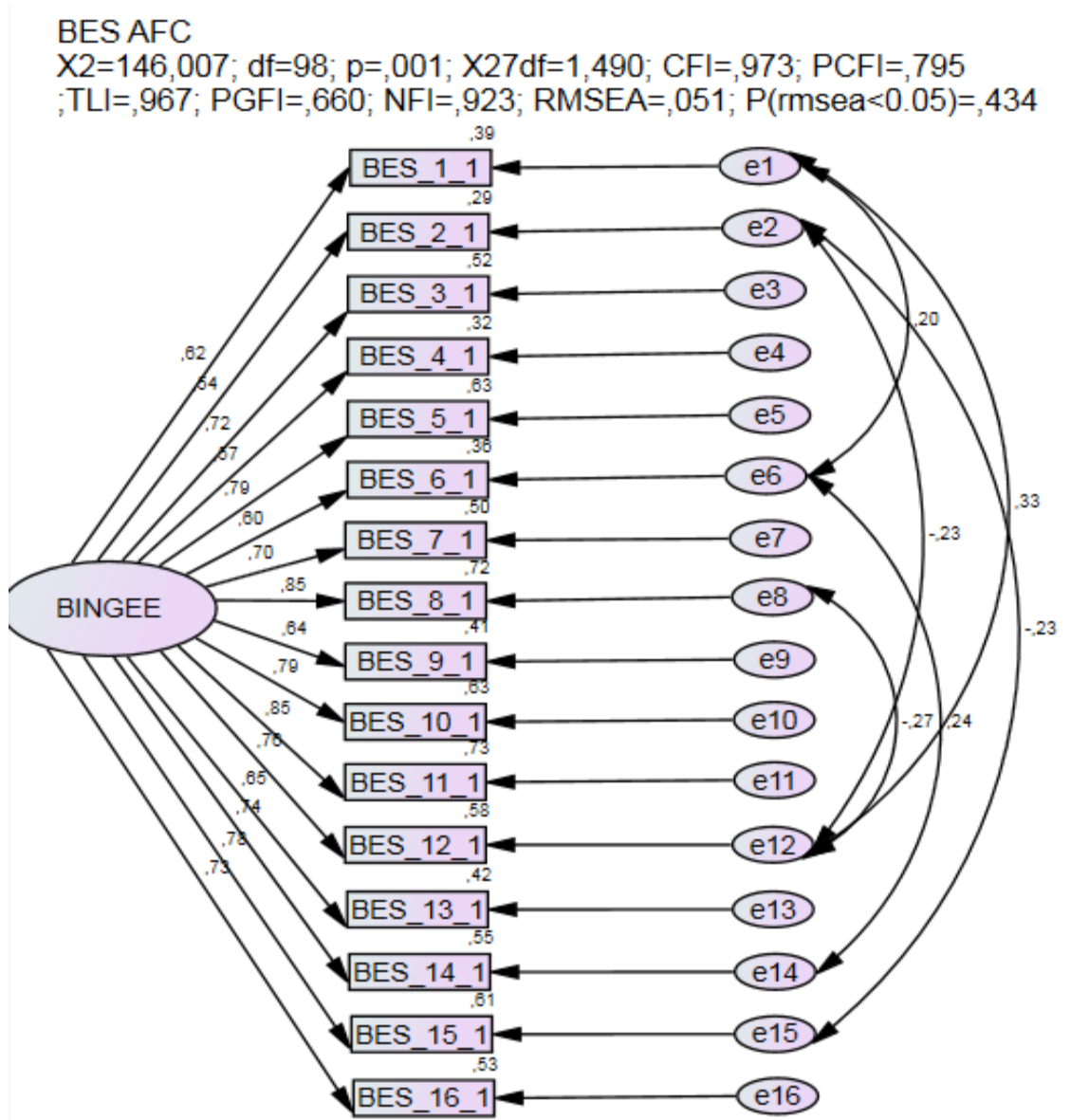


Figura 1 - Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Ingestão Compulsiva

AFC QHCA

$\chi^2=889,257$; $df=486$; $p=,000$;

$\chi^2/df=1,830$; $CFI=,922$; $PCFI=,849$;

$TLI=,916$; $PGFI=,669$; $NFI=,845$;

$RMSEA=,067$;

$P(rmsea<0.05)=,000$;

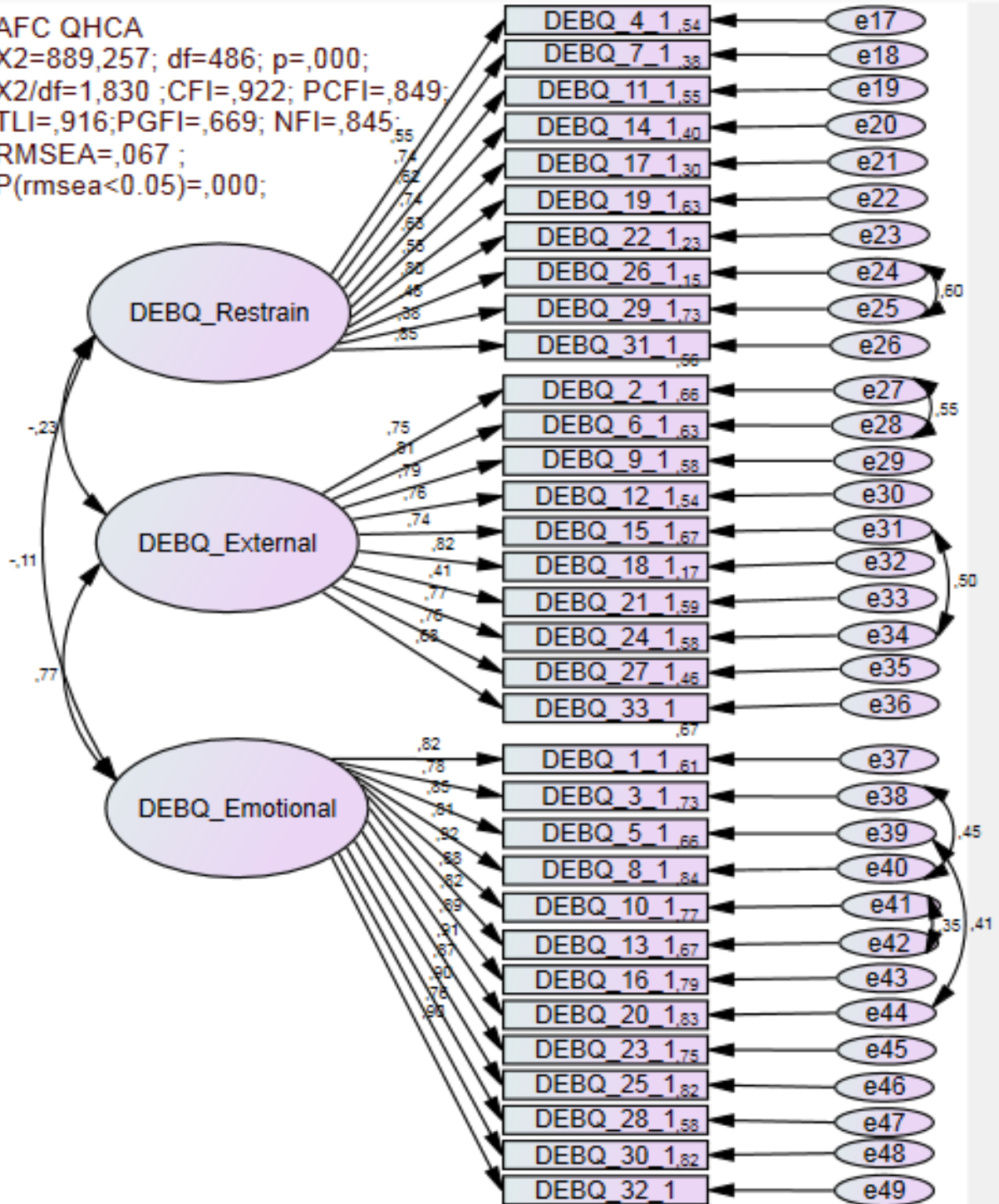


Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

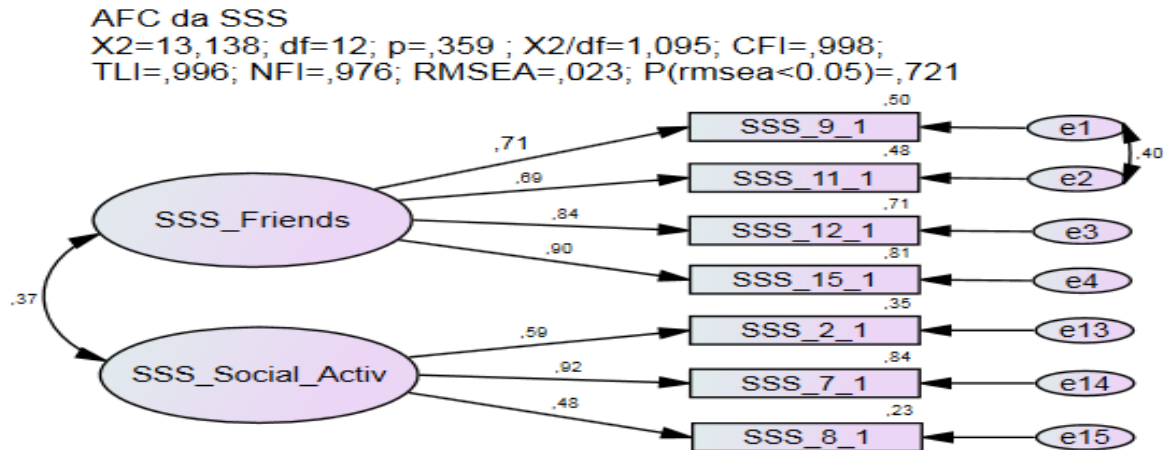


Figura 3 – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Satisfação com o Suporte Social

No que se refere ao instrumento Satisfação com o Suporte Social considera-se pertinente referir que, atendendo ao seu não aceitável ajustamento mediante a sua análise fatorial confirmatória, recorreu-se à sua análise fatorial exploratória, em que se excluiu as subescalas da satisfação com o suporte social família e a subescala da satisfação com o suporte social intimidade, devido às referidas saturarem em 3 fatores distintos, contrariamente às restantes.

Posteriormente, recorreu-se à aplicação do Teste T-Student utilizando-se, para tal, um nível de significância de 0,05. No mesmo concluíram-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita à subescala da ingestão externa e ao IMC ($t(185)=3,125$; $p=0,002$), ($t(119,467)=-5,128$; $p=0,001$), entre a amostra que preencheu o questionário em formato *online* e a amostra que o preencheu em formato papel.

Aplicou-se, novamente, o Teste T-Student para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes de Portugal continental e os participantes da ilha de São Miguel, Açores, não se verificando diferenças significativas entre os respetivos no que se refere à prática de ingestão compulsiva ($t(115,897)=-1,382$; $p=0,170$).

Através da correlação de Pearson verificou-se que a ingestão compulsiva possui uma correlação moderada positiva com a ingestão emocional ($r=0,599$; $p=0,001$) e com a ingestão externa ($r=0,514$; $p=0,001$). Assim, quanto mais grave é a compulsão alimentar mais frequentes são os comportamentos de ingestão emocional e de ingestão externa. Pelo

contrário, a ingestão restritiva não apresenta associação significativa com a ingestão compulsiva ($r=-0,010$; $p=0,895$).

A ingestão compulsiva possui uma correlação fraca negativa com a satisfação com a intimidade ($r=-0,354$; $p=0,001$), com a satisfação com os amigos ($r=-0,346$; $p=0,001$) e com a família ($r=-0,351$; $p=0,001$). Os dados sugerem que quanto maior for a satisfação dos participantes com o seu suporte social amigos, intimidade e família, menor será a gravidade da compulsão alimentar. Contudo, relativamente aos valores de correlação entre a satisfação com as atividades sociais e a ingestão compulsiva não se verificaram valores estatisticamente significativos ($r=-0,140$; $p=0,056$).

Os valores de correlação entre a ingestão compulsiva e a idade ($r=-0,27$; $p=0,718$), o IMC ($r=0,225$; $p=0,609$) e a prática de exercício físico ($r=-0,91$; $p=0,379$) verificaram-se estatisticamente não significativos.

Através da correlação de Spearman, verificou-se que a associação entre a ingestão compulsiva e as habilitações académicas ($r=0,027$; $p=0,714$) possui valores estatisticamente não significativos. No que respeita ao rendimento anual bruto do agregado familiar não se verificou, de igual modo, uma correlação estatisticamente significativa relativamente à ingestão compulsiva ($r=0,102$; $p=0,183$).

Com a aplicação do Teste T-Student não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com e sem problemas psicológicos e físicos no que concerne à ingestão compulsiva ($t(183)=-1,943$; $p=0,054$) e ($t(184)=0,074$; $p=0,943$).

Não se constataram diferenças significativas entre indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, entre indivíduos em situação profissional ativa e não ativa e entre indivíduos que estão numa relação afetiva e os que não estão, no que se refere à prática de ingestão compulsiva ($t(185)=-0,701$; $p=0,484$), ($t(176)=0,272$; $p=0,786$) e ($t(180)=-0,804$; $p=0,423$).

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e de café não se verificaram diferenças significativas entre indivíduos consumidores e indivíduos não consumidores, respetivamente, ($t(180)=-0,778$; $p=0,437$), ($t(88,122)=-0,778$; $p=0,437$) e ($t(184)=-0,66$; $p=0,510$).

Após a execução da análise estatística univariada, procedeu-se à análise multivariada dos dados, através da construção do modelo de medida em que, posteriormente, analisou-se

a qualidade do seu ajustamento: $X^2/df=1,520$, considerado um ajustamento bom, atendendo aos valores de referência ($]1;2]$ – ajustamento bom); $CFI=0,905$, considerado um bom ajustamento ($]0,9;1[$ - ajustamento bom); $TLI=0,900$, considerado um bom ajustamento ($]0,9;1[$ - ajustamento bom); $NFI=0,768$, considerado um ajustamento mau ($<.8$ – ajustamento mau); $RMSEA=0,053$, considerado um ajustamento sofrível ($]0,05; 0,1[$ - ajustamento aceitável) (Marôco, 2014).

Por fim, construiu-se o modelo estrutural, de modo a verificar, novamente, a qualidade do seu ajustamento: $X^2/df=1,673$, considerado um ajustamento bom, atendendo aos valores de referência ($]1;2]$ – ajustamento bom); $CFI=0,855$, considerado um ajustamento sofrível ($]0,8;0,9[$ - ajustamento sofrível); $TLI=0,843$, considerado um ajustamento sofrível ($]0,8;0,9[$ - ajustamento sofrível); $NFI=0,707$, considerado um ajustamento mau ($<.8$ – ajustamento mau); $RMSEA=0,060$, considerado um ajustamento aceitável ($]0,05; 0,1[$ - ajustamento aceitável); bem como as suas respetivas trajetórias entre as variáveis (Marôco, 2014) (figura 4 e tabela 2).

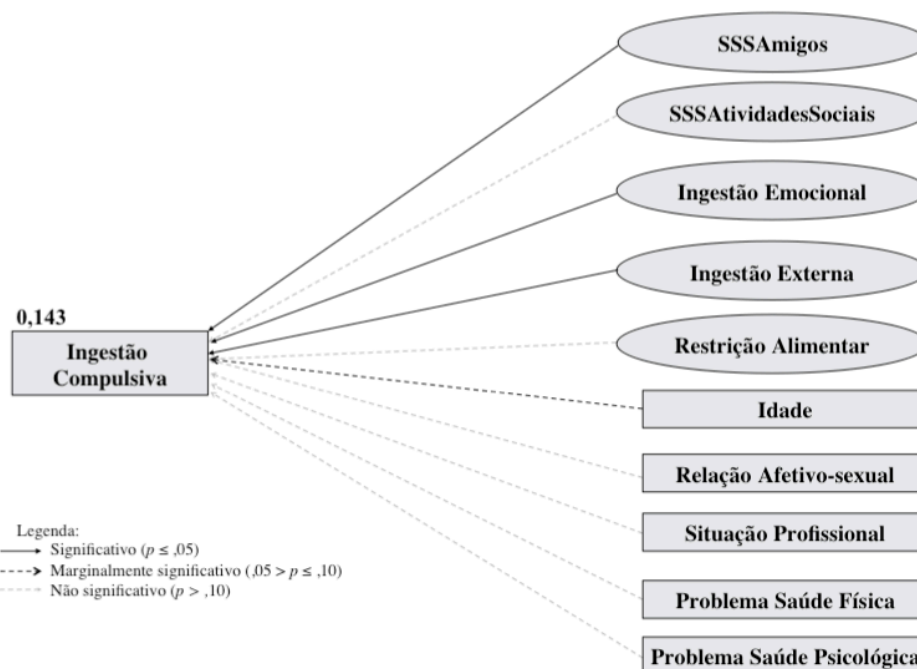


Figura 4 - Trajetórias Entre a Ingestão Compulsiva, o Comportamento Alimentar (Ingestão Emocional, Ingestão Externa e Restrição Alimentar), a Satisfação com o Suporte Social (Amigos e Atividades Sociais), Variáveis Sociodemográficas e de Saúde

Tabela 2 - Trajetórias Entre a Ingestão Compulsiva e o Comportamentos Alimentar (Ingestão Emocional, Ingestão Externa e Restrição Alimentar), a Satisfação com o Suporte Social (Amigos e Atividades Sociais), Variáveis Sociodemográficas e de Saúde

| Trajetórias | β | <i>EP</i> | <i>P</i> |
|---|---------------------------|------------------|-----------------|
| Ingestão Compulsiva <- S.S.S. Amigos | -,206 | ,063 | ,016 |
| Ingestão Compulsiva <- S.S.S. Atividades Sociais | -,007 | ,052 | ,923 |
| Ingestão Compulsiva <- Ingestão Emocional | ,530 | ,063 | *** |
| Ingestão Compulsiva <- Ingestão Externa | ,359 | ,067 | *** |
| Ingestão Compulsiva <- Restrição Alimentar | ,111 | ,074 | ,158 |
| Ingestão Compulsiva <- Idade | ,130 | ,003 | ,085 |
| Ingestão Compulsiva <- Situação Profissional | -,40 | ,089 | ,589 |
| Ingestão Compulsiva <- Relação Afetivo-sexual | ,109 | .017 | ,143 |
| Ingestão Compulsiva <- Problema Saúde Física | ,098 | ,089 | ,181 |
| Ingestão Compulsiva <- Problema Saúde Psicológico | ,078 | ,105 | ,285 |

*** $p < ,001$

Discussão

A presente investigação objetiva averiguar de que forma a ingestão compulsiva é influenciada pelo comportamento alimentar, pela satisfação com o suporte social, por variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida. Revela-se pertinente referir que o presente modelo explica 14,3% da variância da ingestão compulsiva nesta amostra, algo semelhante ao que outros modelos têm conseguido explicar no âmbito das ciências sociais.

Além disto, considera-se importante mencionar que ainda que se tenham identificado investigações anteriores que também exploraram associações univariadas entre algumas das variáveis em estudo como, por exemplo, entre a ingestão compulsiva e a obesidade (IMC igual ou superior a 30 kg/m²) (e.g., Higgins et al., 2013), não se encontraram estudos referentes a todas as correlações existentes na presente investigação (e.g., prática de ingestão compulsiva numa realidade insular vs. continental).

Deste modo, analisando os respetivos resultados, verificou-se que a ingestão compulsiva possui uma correlação positiva com a ingestão emocional, isto é, quanto mais grave é a ingestão compulsiva mais frequentes são os comportamentos de ingestão emocional. O supracitado é expresso pela literatura, uma vez que indivíduos com obesidade perante uma emoção negativa reagem, com maior frequência, ingerindo alimentos de forma excessiva, contrariamente a pessoas de peso normal que, geralmente, apresentam estratégias mais adaptativas (Nguyen-Rodriguez et al., 2009). Adicionalmente, emoções desagradáveis resultam na ingestão de alimentos que estimulam a produção e a circulação de neurotransmissores, responsáveis por sensações momentâneas de prazer e de bem-estar, o que justifica a recorrência a comportamentos de ingestão compulsiva (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000). Em indivíduos com obesidade e com PIAC, este tipo de ingestão é desencadeada por estados emocionais negativos, com sentimentos de baixa autoestima e culpabilização, e conseqüente necessidade de ingestão emocional, o que promove um ciclo vicioso entre a ingestão compulsiva e os referidos sentimentos negativos (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000; Masheb & Grilo, 2006; Pinto-Bastos et al., 2016).

Verificou-se, de igual modo, a associação entre a ingestão compulsiva e a ingestão externa, ou seja, quanto mais grave é a ingestão compulsiva mais frequentes são os comportamentos de ingestão externa. O mesmo foi concluído por Poínhos et al. (2013),

Racine et al. (2009) e Schulz e Laessle (2010). Para além disto, considera-se útil referir que a franca acessibilidade a um “ambiente alimentar tóxico” é, muitas vezes, responsável pelo excesso de peso e eventual desenvolvimento e manutenção da obesidade (Wadden, Brownell & Foster, 2002; Van den Bos & de Ridder, 2006). Deduz-se que esta acessibilidade possa contribuir para a severidade da obesidade e, por conseguinte, para a gravidade da ingestão compulsiva, associada à maior frequência do comportamento de ingestão externa.

Ainda analisando as correlações anteriormente referidas, Viana e Sinde (2003) concluíram uma associação significativa entre o comportamento de ingestão emocional e o comportamento de ingestão externa. Tal indica que uma ingestão desinibida perante emoções desagradáveis associa-se a estímulos fornecidos pelos alimentos que rodeiam o indivíduo. Assim, a emotividade perante estados emocionais negativos é, geralmente, uma característica de pessoas com acrescida reatividade a estímulos externos, neste caso, a estímulos de alimentos (Wardle, 1987).

Contrariamente à hipótese formulada, a ingestão compulsiva não possui associação com a restrição alimentar. Tal não foi verificado por Andrés e Saldaña (2014) que, no seu estudo, demonstraram que indivíduos com maior IMC e com ingestão compulsiva relataram maior frequência na prática de dieta, comparativamente a indivíduos que não recorrem a este tipo de ingestão. Porém, segundo Azevedo et al. (2004), se por um lado alguns destes indivíduos tentam restringir o consumo de calorias, outros abandonam quaisquer esforços respeitantes a esta prática, devido aos sucessivos fracassos experienciados neste âmbito.

Ao contrário do que era expectável, não se verificou associação entre o IMC e a ingestão compulsiva. O mesmo foi constatado no estudo de Rosenberger e Dorflinger (2013) e no estudo de Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012).

Todavia, segundo Telch et al. (1988), e Bruce e Agras (1992), a prevalência da ingestão compulsiva verificou-se tanto maior quanto mais elevado fosse o grau de obesidade dos indivíduos. Hudson et al. (2007) acrescenta que um IMC superior a 40 kg/m² está fortemente associado a PIAC.

Considera-se oportuno a dedução de justificações para o conferido, entre elas, o facto de 49,7% dos participantes em estudo possuírem um IMC inferior a 35 kg/m² e apenas 23% possuírem um IMC superior ou igual a 40 kg/m². O supracitado não é justificativo segundo a ótica de Mussel et al. (1996), uma vez que a ingestão compulsiva poderá ser um fator de

risco para o desenvolvimento da obesidade, e não o contrário, visto que à medida que os indivíduos praticam este tipo de ingestão, com o decorrer do tempo, aumentam o seu peso e podem, até mesmo, atingir a obesidade.

Outro possível justificativo poderá estar relacionado com a dificuldade, por parte dos indivíduos que apresentam IMC mais elevados, em admitir que praticam ingestão compulsiva, devido à consciência de que este não é um comportamento adequado (Quadros et al., 2006). Por último, atendendo a que o peso foi relatado pelos indivíduos, é possível que os mesmos o tenham subestimado, o que interfere diretamente com os resultados de IMC obtidos.

Não se verificaram diferenças significativas na prática de ingestão compulsiva entre os participantes de São Miguel e os de Portugal continental. Porém, atendendo à sua elevada incidência nacional, principalmente nos Açores, poderá ser favorecida por outros fatores, entre eles, gastronomia (e.g., consumo frequente de carnes vermelhas - nos meios rurais é a pecuária, muitas vezes, o principal meio de subsistência dos indivíduos); condicionantes ambientais e culturais que não favorecem a prática de exercício físico; fatores genéticos e hereditários; dificuldade no acesso a alimentos diversificados; desmotivação experienciada devido a insucessos anteriores na prática e na manutenção de uma dieta equilibrada.

Não se verificou associação entre a satisfação com as atividades sociais realizadas e a prática de ingestão compulsiva. Mas constatou-se-se que a ingestão compulsiva possui uma correlação negativa com a satisfação com o suporte social amigos, ou seja, quanto maior for a satisfação dos participantes com o seu suporte social amigos menor será a gravidade da ingestão compulsiva. O mesmo vai ao encontro do expresso por Almeida et al. (2011), que referem que indivíduos insatisfeitos com o seu suporte social recorrem com mais frequência ao comportamento de compulsão alimentar.

O apoio social está associado a comportamentos promotores de saúde (Mason & Lewis, 2016). No que respeita ao suporte social amigos, um estudo efetuado, revela que o contacto diário e/ou semanal com os amigos está associado ao menor risco de desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Hefner & Eisenberg, 2009). A satisfação com este tipo de suporte está também associada a uma menor probabilidade de compulsão alimentar em mulheres caucasianas (Mason & Lewis, 2016). Considera-se, assim, pertinente a facilitação de relacionamentos interpessoais que promovam amizades e favoreçam a

expressão de emoções e sentimentos de pertença, atendendo à estigmatização que estes indivíduos poderão perceber. Aliando-se ao supracitado, sugere-se a promoção de atividades que estimulem práticas promotoras de saúde (e.g., trilhos pedestres) na presença de amigos .

Não se verificou uma associação entre a ingestão compulsiva e a existência de uma relação afetivo-sexual. Todavia, estudos indicam que indivíduos que relatam mais comportamentos de ingestão compulsiva descrevem uma interação negativa com os(as) parceiros(as), justificando esta prática alimentar (Freitas et al., 2008; Whisman et al., 2012). O anteriormente descrito corrobora o que é referido por Schulz e Laessler (2011), uma vez que este tipo de ingestão é, muitas vezes, precipitado por relações conflituosas.

Segundo os resultados obtidos não se demonstraram associações entre a ingestão compulsiva e os problemas psicológicos. Por outro lado, são vários os estudos que evidenciam esta relação, nomeadamente, problemas psicológicos como ansiedade e depressão (Matos et al., 2002).

Outros estudos elaborados com indivíduos com obesidade e praticantes deste tipo de ingestão, para além dos problemas psicológicos associados, desenvolvem sentimentos de preocupação e insatisfação com o corpo, maior vulnerabilidade à obesidade, maior exposição a comentários depreciativos em relação ao seu corpo, ao seu peso e ao seu comportamento alimentar, bem como sentimentos de perda de controlo associados aos episódios de ingestão compulsiva (Cuadro & Baile, 2015; de Zwaan, 2001).

Assim, e contrariamente ao exposto pela literatura, estes resultados obtidos poderão estar relacionados com o estigma associado à perturbação mental e, por conseguinte, à procura de ajuda profissional especializada. Consequentemente, os referidos poderão tender a minimizar os seus sintomas devido a sentimentos de vergonha associados ao seu comportamento alimentar. Ou, até mesmo, poderá estar relacionado com a sua dificuldade em exprimir e identificar a sintomatologia experienciada, reforçando a importância da reeducação no que se refere às problemáticas alimentares e à importância de um acompanhamento psicológico nestas situações.

No que se refere à saúde física também não se verificou uma associação com a ingestão compulsiva, ao invés do que foi exposto por Bulik et al. (2002), que concluem que a ingestão compulsiva está associada a morbilidades médicas. Outros estudos defendem que as

consequências físicas associadas à maior gravidade deste tipo de ingestão são, geralmente, secundárias à obesidade (Dingemans & Van Furth, 2012; Napolitano et al., 2001; Sim et al., 2010; de Zwaan, 2001).

Adicionalmente, na presente investigação, a idade exibe uma associação marginalmente significativa com a ingestão compulsiva. No estudo da validação portuguesa da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, numa população de obesos, não se verificou uma associação entre a ingestão compulsiva e a idade (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2012). O mesmo aconteceu no estudo de Leitão et al. (2013) e de Rosenberger e Dorflinger (2013). Todavia, este resultado poderá estar relacionado com a discrepância significativa no que respeita às idades dos participantes ($M=42,30$; $DP=14,362$).

Não se verificou uma associação entre a ingestão compulsiva e a situação profissional dos participantes em estudo. Porém, segundo Pena e Bacallao (2000), indivíduos em situação profissional inativa evidenciam mais comportamentos de ingestão compulsiva. Acrescenta-se, ainda, que indivíduos que relatam a prática de ingestão compulsiva apresentam maiores limitações no cumprimento dos seus papéis ocupacionais, por exemplo, a nível laboral (Mitchison et al., 2013).

Relativamente às limitações referentes à presente investigação destacam-se a técnica de amostragem utilizada, isto é, método *snow-ball* por conveniência, pelo que estes resultados não poderão ser generalizáveis à restante população. Para além disto, esta é uma amostra constituída por 69% de mulheres sendo, por isto, recomendável uma amostra com uma proporção de homens e mulheres mais semelhante.

Ademais, o tipo de design utilizado condicionou os resultados das hipóteses exploradas, tendo em conta que a recolha de dados ocorreu num único momento, sem que houvesse um período de seguimento aos participantes, o que impede o estabelecimento de relações de casualidade entre as variáveis em estudo, evidenciando a pertinência de um estudo longitudinal.

Outra limitação está relacionada com a verificação de diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tipo de recolha dos dados (i.e., formato online vs. formato papel) quer na subescala de ingestão externa, quer na variável IMC relativamente à ingestão compulsiva.

Considera-se, também, pertinente mencionar como possível limitação a utilização do

critério de inclusão IMC igual ou superior a 30 kg/m². Uma vez que, apesar do IMC ter sido proposto pela WHO, objetivando a classificação do estado nutricional dos indivíduos, através da relação entre o seu peso e a sua altura, não avalia a composição corporal (Herédia et al., 2012; Nunes et al., 2009). Apresentam-se, de seguida, algumas das limitações referentes à sua utilização, entre elas, a relação com a proporcionalidade do corpo, isto é, indivíduos com pernas curtas terão IMC aumentado; a relação com a massa corporal sem gordura, nomeadamente em homens, devido ao desenvolvimento muscular que pode originar conclusões errôneas na identificação da obesidade e, por último, a correlação com a estatura que, apesar de baixa, pode ser significativa, particularmente, em idosos (Anjos, 1992; Ricardo & Araújo, 2002).

Salienta-se o facto da presente amostra ser constituída por indivíduos insulares, da ilha de São Miguel, Açores, que apresentam como particularidade o contexto em que estão inseridos. Visto esta tratar-se da região com maior incidência de obesidade a nível nacional e, por conseguinte, com multimorbilidades associadas (INE, 2015). Para além disto, a compreensão das variáveis que influenciam a prática da ingestão compulsiva poderão ser fundamentais para a elaboração de planos de intervenção e de sensibilização em populações de risco, incidindo na prevenção primária e secundária. Não obstante, o crescente conhecimento relativo às perturbações alimentares revela-se crucial no sentido de incentivar mais indivíduos a procurar tratamento para estas condições incapacitantes.

Propõe-se, no que concerne a investigações futuras, a possibilidade de exploração da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, dada a presença de itens que descrevem manifestações comportamentais e, por outro lado, itens que descrevem sentimentos e cognições associados à ingestão compulsiva, o que pode indicar a existência de dois subconstructos. Assim, parece-nos pertinente a exploração da validação deste instrumento para além do modelo de apenas um fator.

Além disto, sugerem-se estudos que testem as características ambientais na prática de ingestão compulsiva (e.g., meio rural vs. meio urbano; número de restaurantes fastfood na zona de residência); características dos alimentos ingeridos no período de compulsão (e.g., níveis de açúcar e/ou sódio e gordura); existência de diferenças do comportamento alimentar dos filhos vs. pais que praticam ingestão compulsiva - poderá ser um comportamento transmitido por influência social e/ou transgeracional. Para além do anterior, seria pertinente

a realização de um estudo qualitativo que avalie os determinantes pessoais e/ou situacionais que despoletam períodos de compulsão.

Apela-se, de igual modo, à necessidade de intervenções no âmbito da promoção de estratégias de coping adequadas, ao invés de recorrerem a comportamentos de ingestão emocional e externa. Além disso, intervenções relativas à facilitação de relacionamentos interpessoais satisfatórios, nomeadamente, através de atividades que fomentem práticas saudáveis e o estabelecimento de redes de apoio.

Em suma, a ausência ou a gravidade mínima da ingestão compulsiva está associada a uma menor frequência de ingestão externa e emocional e à satisfação com o suporte dos amigos.

Referências Bibliográficas

- Abreu, N., & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 177-183.
- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *European Eating Disorders Review*, 19, 375-381.
- Almeida, L., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol*, 67, 278-292.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrés, A., & Saldaña, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, 34, 944-950.
- Anjos, L. A. (1992). Índice de massa corporal (massa corporal.estatura⁻²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 26(6), 431-436.
- Appolinário, J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 28-31.
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiquiatria Clínica*, 31(4), 170-172.
- Baldam, E. A. P., Aguiar, S. S., Liberali, R., & Navarro, F. (2008). Tratamento da compulsão alimentar relacionada à obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 10(2), 362-375.
- Berg, K. C, Crosby, R. D, Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. D., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative Affect Prior to and Following Overeating-Only, Loss of Control Eating-Only, and Binge Eating Episodes in Obese Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641-653.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005) Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista Nutrição*, 18(1), 85-93.
- Berrington de Gonzalez, A. [et al.]. (2010). Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *The New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219.
- Bertoli, S., Leone, A., Ponissi, V., Bedogni, G., Beggio, V., Strepparava, M. G., & Battezzati, A. (2015). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutrition*, 1-7.

- Birch, C. D., Stewart, S. H., & Brown, C. G. (2007). Exploring differential patterns of situational risk of binge eating and heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 32, 433-448.
- Blomquist, K. K., Ansell, E. B., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2012). Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1088–1095.
- Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: a population-based investigation. *International Journal Eating Disorders*, 12, 365 – 373.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and Psychiatric Morbidity in Obese Women with and without Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72-78.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Transtornos Alimentarios*.
- Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. NBER Working Paper, Cambridge.
- Deurenberg, P., Weststrate, J. A., & Seidell, J.C. (1991). Body mass index as a measure of body fatness: age and sex-specific prediction formulas. *British Journal of Nutrition*, 65, 105-14.
- Devaux, Marion, et al. (2011), “Exploring the Relationship Between Education and Obesity”, *OECD Journal: Economic Studies*, 2011/1, 129-159.
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal Obesity Relat Metabolic Disorders*, 25(1), 51-5.
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord*, 45, 135–138.
- Duchesne, M., Appolinário, J., Rangé, B., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidence of cognitive-behavioral therapy in the treatment of obese patients with binge eating disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80 -92.
- Dymek-Valentine, M., Rienecke-Hoste, R., & Alverdy, J. (2004). Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. *Eat Weight Disord*, 9, 211.

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 155, 425–432.
- Ferreira, P., Pimenta, F., Leitão, M., Bernardino, A., & Leal, I. (2013). Obesidade: Prevalência, causas e consequências. In: Viana, T. C. & Leal, I. (Ed.) *Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (pp. 10-33). Lisboa: Placebo Editora.
- Flegal, K. M., Carrol, M. D., Ogden, C. L., Curtin, L. R. (2010). Prevalence and Trends in Obesity among US Adults, 1999-2008. *JAMA*, 303(3), 235-241.
- Francischi, R., Pereira, L., Freitas, C., Klopfer, M., Santos, R., Vieira, P., & Júnior, A. (2000). Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13(1), 17-28.
- Freitas, S., Lopes, C. S., & Coutinho, W. J. C. A. (2001). Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 215–20.
- Freitas, S. R., Appolinario, J. C., Souza, M. A., & Sichieri, R. (2008). Prevalence of BE and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *Int J Eat Disord*, 41, 471-478.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3, 387-296.
- Gois, I. M., & Bagnara, I. C. (2011). Obesidade: consequências e tratamento. *Revista Digital*, 16(156).
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982) The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
- Gruza, R. A., Przybeck, T. R. & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 124–131.
- Guenter, R. A. (2000). Obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 18(1), 59-70.
- Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón «binge eating disorder». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 77, 27-32.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychol Bull*, 137, 660–681.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self

- awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiat*, 79, 491–499.
- Herédia, T., Pimenta, F., Lima, M., Bernarda, L. & Simões, J. (2012). Body Mass Index (BMI): Are we using an informative measure in health-related studies? *Psychology & Health*, 27 (Supp. 1), 191.
- Higgins, D. M., Dorflinger, L., MacGregor, K. L., Heapy, A. A., Goulet, J. L., & Ruser, C. (2013). Binge eating behavior among a national sample of overweight and obese veterans. *Obesity*, 21(5), 900–903.
- Hilbert, A., Saelens, B., Stein, R., Mockus, D., Welch, R., & Matt, G. (2007a). Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 645–651.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C., & Pope, Jr. H. G. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*, 6, 348–58.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Inquérito Nacional de Saúde. Web site. Acedido Dezembro 10, 2015, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_est_boui=224733757&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Jambekar, S. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2003) Gender Differences en Shame in Patients with Binge-Eating Disorder. *Obesity Research*, 11, 571-577.
- Keränen, A. M., Savolainen, M. J., Reponen, A. H., Kujari, M. L., Lindeman, S. M., Bloigu, R. S., & Laitinen, J. H. (2009). The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. *Preventive Medicine*, 49, 32-38.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., & Shahly, V. et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 904–914.
- Kubik, J., Gill, R., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*, 2013, 1-5.
- Leitão, M., Pimenta, F., Herédia, T, & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma perda de peso bem-sucedida. *Alim Nutr. = Braz J Food Nutr.*, 24(4), 393-401.
- Limbirt, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care For Women International*, 31(2), 170-178.

- Lladós, M. G., & Sábado, J. T. (2011). *El trastorno por atracón ¿un nuevo trastorno alimentario?* Barcelona, España: Editorial Académica Española.
- Macht, M., Haupt, D., & Ellring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating Behaviors*, 6, 109–112.
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65- 71.
- Magalhães, P., & Motta, D. G. (2012). Uma abordagem psicossocial do estado nutricional e do comportamento alimentar de estudantes de nutrição. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, 37(2), 118-132.
- Marôco J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações* (2nd ed). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Masheb, R., & Grilo, C. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with Binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 39(2), 141-146.
- Mason, T.B., & Lewis, R. J. (2014). Profiles of binge eating: the interaction of depressive symptoms, eating styles, and body mass index. *Eat Disord*, 22, 450–460.
- Mason, T.B., & Lewis, R. J. (2016). Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African–American college women. *Eat Weight Disord*.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em paciente com obesidade grau III. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169.
- Meule, A., Allison, K., & Platte, P. (2014). Emotional Eating Moderates the Relationship of Night Eating with Binge Eating and Body Mass. *Eur. Eat. Disorders*, 22(2014), 147 -151.
- Mitchison, D., Mond, J., Slewa-Younan, S., & Hay, P. (2013). Sex differences in health related quality of life impairment associated with eating disorder features: a general population study. *Int J Eat Disord*, 46, 375–80.
- Moroshko, I., Brennan, L., & O'Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 12, 912-934.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., De Zwaan, M., et al. (1996) Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *International Journal of Obesity* 20(4): 324–331.
- Napolitano, M.A., Head, S., Babyak, M.A., & Blumenthal, J. A. (2001). Binge Eating

Disorder and Night Eating Syndrome: Psychological and Behavioral Characteristics. *International Journal of Eating Disorder*, 30, 193-203.

- Natacci, L.C., & Júnior, M. F. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista Nutrição*, 24(3), 383-94.
- Nicoli, M. G., & Junior, R. D. R. L. (2011). Transtorno da compulsão alimentar e percepção da imagem corporal entre estudantes universitários. *Comportamentos alimentares*, 12(4), 284-288.
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological Determinants of Emotional Eating in Adolescence. *Eat Disord*, 17(3), 211-224.
- Nunes, R. R., Clemente, E. L. S., Pandini, J. A., Cobas, R. A., Dias, V. M., Sperandei, S., & Gomes, B. M. (2009). Confiabilidade da classificação do estado nutricional obtida através do IMC e três diferentes métodos de percentual de gordura corporal em pacientes com diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 53(3), 360-367.
- O'Dea, J. A. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*, 12, 225-39.
- Oliveira, A., Rostila, M., Leon, A., & Lopes, C. (2013). The Influence of Social Relationships on Obesity: Sex Differences in a Longitudinal Study. *Obesity*, 21(8), 1540-1547.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Pais-Ribeiro, J. (1999b). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(16), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores.
- Pena, M. & Bacallao, J. (2000). La obesidade en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: La Obesidad en la Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica. *Publicación Científica*, 576, 3-11.
- Pfattheicher, S., & Sassenrath, C. (2014). A regulatory focus perspective on eating behavior: how prevention and promotion focus relates to emotional, external, and restrained eating. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-8.
- Picot, A. K. y Lilienfeld, L. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98-107.

- Pinto-Bastos, A., Ramalho, S. M., Conceição, E., & Mitchell, J. (2016). Disorderer Eating and Obesity. In: Ahmad, S., & Iman, S. (Eds.) *Obesity: A Pratical Guide* (pp. 309-316). UK: Springer.
- Póinhos, R., Oliveira, B. M. P. M., & Correia, F. (2013). Eating behaviour patterns and BMI in Portuguese higher education. *Appetite*, 71, 314-320.
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 906-918.
- Quadros, M. R. R., Bruscatto, G. T., & Filho, A. J. B. (2006). Compulsão Alimentar em Pacientes no Pré-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Psicol. Argum. Curitiba*, 24(45), 59-65.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. S. (2006). Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Uma Ênfase em Fatores Ambientais que Contribuem para a Obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), 193-211.
- Racine, S. E., Culbert, K. M., Larson, C. L., & Klump, K. L. (2009). The possible influence of impulsivity and dietary restraint on associations between serotonin genes and binge eating. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1278–1286.
- Reagan, P., & Hersch, J. (2005) Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample. *International Journal Eating Disorders*, 38, 252-256.
- Rebelo, A., Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 25(3), 467-77.
- Ricardo, D. R., & Araújo, C. G. S. (2002). Índice de massa corporal: Um questionamento científico baseado em evidências. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79(1), 61-69.
- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Rosenbaum, D. L., & White, K. L. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887-898.
- Rosenberger, P. H., & Dorflinger, L. (2013). Psychosocial factors associated with binge eating among overweight and obese male veterans. *Eating Behaviors*, 14(3), 401-4.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. *Obes. Rev.* 14, 477–495.
- Schlundt, D. G., Taylor, D., Hill, J. O., Sbroc, T., Pope- Cordle, J., Kasser, T., & Arnold, D. (1991). A behavioural taxonomy of obese female participants in a weight- loss program. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 1551-1558.
- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behavior in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 15(4): 287–293.
- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2011). Induzida pelo estresse laboratório comportamento alimentar em mulheres obesas com transtorno de compulsão alimentar. *Appetite*, 58(2), 457-461.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Sim, L, Mcalpine, D, Grothe, K., Himes, S, Richard, G., COckerill, B. & Clark, M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 0:85(8), 746-751.
- Sobal, J. (1991). Obesity and socioeconomic status – a framework for examining relationship between physical and social variables. *Medical Anthropology*, 13(3), 231-247.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S.Z., Wadden, T., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M.J., Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137– 153.
- Stewart, S. H., & Brown, C. G. (2006). Challenges in understanding the co-prevalence of disordered eating and substance use problems and in responding with integrated services. In N. Poole, & L. Greaves (Eds.), *Highs & Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use* (pp. 355–362). Toronto, ON, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. In C. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2 ed., pp.

103–107). New York London: The Guilford Press.

- Striegel, R. H., Bedrosian, R., Wang, C., & Schwartz, S. (2012). Why men should be included in research on binge eating: Results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 233–240.
- Svaldi, J., Dorn, C. & Trentowska, M. (2011), Effectiveness for interpersonal problem solving is reduced in women with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 19, 331–341.
- Tapadinhas, A.R., & Pais Ribeiro, J. (2008). Ingestão Compulsiva e Gestão das Emoções na Obesidade. In: I. Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7o congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.85-88). Lisboa: ISPA.
- Tapadinhas, A., & Ribeiro J. (2012). Validação da escala de ingestão compulsiva (BES): um estudo com uma amostra de obesos portugueses. *9th Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 1331-6.
- Telch, C. F. & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768–776.
- Terres, N., Pinheiro, R., Horta, B., Pinheiro, K., & Horta, L. (2006). Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 627-633.
- Vancampfort, D., De Herdt, A., Vanderlinden, J., Lannoo, M., Soundy, A., Pieters, G., & Probst, M. (2014a). Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 216, 97–102.
- Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., De Hert, M., Soundy, A., & Vanderlinden, J. (2014b). Clinical correlates of global functioning in obese treatment seeking persons with binge eating disorder. *Psychiatria Danubina*, 26, 256–260.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., & Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disability and Rehabilitation*, 35, 2191–2196.
- Van den Bos, R., & Ridderb, D. (2006). Evolved to satisfy our immediate needs: Self control and the rewarding properties of food. *Appetite*, 47, 24-29.
- Vanderlinden, J. L., Adriaensen, A., Vancampfort, D., et al. (2012). A cognitive- behavioral therapeutic program for patients with obesity and binge eating disorder: short- and long-term follow-up data of a prospective study. *Behav Modif*, 36, 670–86.

- Vandervoort, D. (1999). Quality of social support in mental and physical health. *Curr Psychol*, 18, 205–221.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Roosen, R. G., Knuijman-Hijl, W. J., & Defares, P. B. (1985). Eating behavior, personality traits and body mass in women. *Addictive Behaviors*, 10, 333-343.
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Venzon, C. N., & Alchieri, J. C. (2014). Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *Psico*, 45(2), 239-249.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20 (4), 611-624.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 510–525.
- Wardle, J. (1987). Eating style: A validation study of the Dutch eating behaviour questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 161–169.
- Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H. & Bulik, C. M. (2012), Marital functioning and binge eating disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 385–389.
- White, M., & Grilo, C. (2007). Symptom Severity in Obese Women with Binge Eating Disorder as a Function of Smoking History. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 77–81.
- White, M., Masheb, R., & Grilo, C. (2010). Self-reported weight gain following smoking cessation: a function of binge eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 572-575.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report?. *Behaviour Research and Therapy*, 35(12), 1151-1159.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.

Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva.

World Health Organization (2015). Obesity and Overweight. Web site. Acedido Dezembro 10, 2015, em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). (n.d.) Obesity. Web site. Acedido Dezembro 10, 2015, em:http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.

Yager, J., Rorty, M., & Rossotto, E. (1995). Coping Styles Differ Between Recovered and Nonrecovered Women with Bulimia Nervosa, But Not Between Recovered Women and Non-Eating-Disordered Control Subjects. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 18(2), 87-94.

Yanovski, S. Z. (2002). Binge eating in obese persons. In C.G. Fairburn & K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (Vol. 2., pp 403–407). New York: Guilford Press.

Yanovski, S.Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 117–120.

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and Eating in Binge Eating Disorder and Obesity. *Eur Eat Disorders*, 19, 426–437.

Anexos

Anexo A: Outputs

| Sexo | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Feminino | 129 | 69,0 | 69,0 | 69,0 |
| | Masculino | 58 | 31,0 | 31,0 | |
| | Total | 187 | 100,0 | 100,0 | |

| Idade | | |
|------------------------|---------|-----------------|
| N | Valid | 184 |
| | Missing | 3 |
| Mean | | 42,30 |
| Median | | 41,00 |
| Mode | | 22 ^a |
| Std. Deviation | | 14,362 |
| Skewness | | ,303 |
| Std. Error of Skewness | | ,179 |
| Kurtosis | | -,587 |
| Std. Error of Kurtosis | | ,356 |
| Minimum | | 18 |
| Maximum | | 84 |

| IMC | | |
|------------------------|---------|--------------------|
| N | Valid | 187 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 36,3089 |
| Median | | 35,0128 |
| Mode | | 31,65 ^a |
| Std. Deviation | | 4,97539 |
| Skewness | | ,943 |
| Std. Error of Skewness | | ,178 |
| Kurtosis | | ,720 |
| Std. Error of Kurtosis | | ,354 |
| Minimum | | 30,02 |
| Maximum | | 56,12 |

| Local de Recolha | | | | | |
|-------------------------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | PortugalContinental | 117 | 62,6 | 62,6 | 62,6 |
| | Sao Miguel | 70 | 37,4 | 37,4 | 100,0 |
| | Total | 187 | 100,0 | 100,0 | |

| Nível de Compulsão Alimentar | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|---------|---------------|---------|
| | | | | Cumulative | |
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | Sem compulsão (<=17) | 93 | 49,7 | 49,7 | 49,7 |
| | Moderada (18-26) | 51 | 27,3 | 27,3 | 77,0 |
| | Grave (>=27) | 43 | 23,0 | 23,0 | 100,0 |
| | Total | 187 | 100,0 | 100,0 | |

| Relação Afetivo-sexual | | | | | |
|-------------------------------|--------|-----------|---------|---------------|---------|
| | | | | Cumulative | |
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | Não | 59 | 31,6 | 32,4 | 32,4 |
| | Sim | 123 | 65,8 | 67,6 | 100,0 |
| | Total | 182 | 97,3 | 100,0 | |
| Missing | System | 5 | 2,7 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Situação profissional | | | | | |
|------------------------------|------------|-----------|---------|---------------|---------|
| | | | | Cumulative | |
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | active | 122 | 65,2 | 68,5 | 68,5 |
| | retiered | 25 | 13,4 | 14,0 | 82,6 |
| | unemployed | 31 | 16,6 | 17,4 | 100,0 |
| | Total | 178 | 95,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 9 | 4,8 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Rendimento total anual bruto do agregado familiar | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------|---------|---------------|---------|
| | | | | Cumulative | |
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | 10.000 euros or less | 61 | 32,6 | 35,5 | 35,5 |
| | from 10.001 to 20.000 euros | 48 | 25,7 | 27,9 | 63,4 |
| | from 20.001 to 37.500 euros | 40 | 21,4 | 23,3 | 86,6 |

| | | | | | |
|---------|--------------------------------|-----|-------|-------|-------|
| | from 37.501 to 70.000 euros | 17 | 9,1 | 9,9 | 96,5 |
| | superior to 70.001 euros | 6 | 3,2 | 3,5 | 100,0 |
| | Total | 172 | 92,0 | 100,0 | |
| Missing | System | 15 | 8,0 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Educational Level | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 4 years or less (primary school) | 18 | 9,6 | 9,7 | 9,7 |
| | 6 years (primary school) | 15 | 8,0 | 8,1 | 17,8 |
| | 9 years (middle school) | 25 | 13,4 | 13,5 | 31,4 |
| | 12 years (high school) | 48 | 25,7 | 25,9 | 57,3 |
| | Bachelor (3 years in college) | 33 | 17,6 | 17,8 | 75,1 |
| | Graduate (5 years in college) | 28 | 15,0 | 15,1 | 90,3 |
| | Master (7 years in college) | 13 | 7,0 | 7,0 | 97,3 |
| | PhD (11 years in college) | 4 | 2,1 | 2,2 | 99,5 |
| | Other | 1 | | | 100,0 |
| | Total | 185 | | | |
| Missing | System | 2 | | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Doença Física | | | | | |
|----------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 131 | 70,1 | 70,4 | 70,4 |
| | Yes | 55 | 29,4 | 29,6 | 100,0 |
| | Total | 186 | 99,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,5 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Problema Psicológico | | | | | |
|-----------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 150 | 80,2 | 81,1 | 81,1 |
| | Yes | 35 | 18,7 | 18,9 | 100,0 |
| | Total | 185 | 98,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 2 | 1,1 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Consumo de Bebidas Alcoólicas | | | | | |
|--------------------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 88 | 47,1 | 48,4 | 48,4 |
| | Yes | 94 | 50,3 | 51,6 | 100,0 |
| | Total | 182 | 97,3 | 100,0 | |
| Missing | System | 5 | 2,7 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Consumo de Tabaco | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 130 | 69,5 | 69,9 | 69,9 |
| | Yes | 56 | 29,9 | 30,1 | 100,0 |
| | Total | 186 | 99,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,5 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Consumo de Café | | | | | |
|------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 47 | 25,1 | 25,3 | 25,3 |
| | Yes | 139 | 74,3 | 74,7 | 100,0 |
| | Total | 186 | 99,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,5 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

| Prática de Exercício Físico | | | | | |
|------------------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | No | 86 | 46,0 | 46,7 | 46,7 |
| | Yes | 98 | 52,4 | 53,3 | 100,0 |
| | Total | 184 | 98,4 | 100,0 | |
| Missing | System | 3 | 1,6 | | |
| Total | | 187 | 100,0 | | |

Anexo B: Questionário de Triagem

1 - Quanto pesava antes de começar a perder peso? _____ kg.

2 - Quanto peso perdeu desde o momento que começou a perder peso até hoje? _____ kg

3 - Pedimos-lhe agora ajuda para perceber em que momento (há quanto tempo) atingiu uma perda de 7% do seu peso corporal.

- a) Para calcular a quantos quilos correspondem os 7% no seu caso pessoal basta multiplicar o seu peso inicial (antes de começar a perder peso) por 7 e depois dividir o resultado por 100.

Exemplo:

Peso inicial = 90Kg

Então $90 \times 7 / 100 = 6,3\text{kg}$ (7% do peso corporal)

Por favor calcule agora 7% do seu peso e insira esse número (que corresponde a quilos) no espaço em branco, na fórmula que se segue:

Peso inicial (quilos que tinha antes de começar a perder peso) $\times 7 / 100 =$ _____ kg

- b) Agora localize-se por favor no tempo: há quanto tempo aproximadamente (em que mês, e de que ano) atingiu essa perda de 7% do seu peso corporal?

Mês _____; Ano _____.

c) E durante quanto tempo (meses ou anos) manteve esta perda de peso, ou seja, não aumentou o seu peso acima dos 7% perdidos (por ex., se o peso inicial é 90 kg e se os 7% do peso corporal equivalem a 6,3kg, durante quanto tempo conseguiu manter esta perda de 6,3kg (ou seja, $90\text{kg} - 6,3\text{kg} = 83,7\text{kg}$) sem voltar a aumentar de peso acima dos 83,7kg)?

4 - Quanto pesa actualmente? _____ kg. E qual a sua altura? _____ m.

Anexo C: Consentimento Informado

Estudo sobre Comportamento Alimentar e Obesidade

Consentimento Informado

A presente investigação, elaborada na especialidade de Psicologia da Saúde, da responsabilidade de Maria Rita Albergaria (Mestranda em Psicologia da Saúde, ISPA-Instituto Universitário), sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta (William James Centre for Research; ISPA), é financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia; referência SFRH/BPD/77799/2011).

Esta investigação estuda fatores associados à obesidade e ao comportamento alimentar.

Neste âmbito, convido-o(a) a participar na presente investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes, para que possamos conhecer de uma forma mais abrangente e objetiva como é que os portugueses experienciam a obesidade e gerem o seu comportamento alimentar.

Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente anónimos e confidenciais. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados da investigação contactando a investigadora responsável por email.

Muito obrigada pela sua participação,
A investigadora responsável,
Maria Rita Albergaria,
e-mail: maria_albergaria@hotmail.com

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)

Estudo sobre Comportamento Alimentar e Obesidade
Consentimento Informado

A presente investigação, elaborada na especialidade de Psicologia da Saúde, da responsabilidade de Maria Rita Albergaria (Mestranda em Psicologia da Saúde, ISPA-Instituto Universitário), sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta (William James Centre for Research; ISPA), é financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia; referência SFRH/BPD/77799/2011).

Esta investigação estuda fatores associados à obesidade e ao comportamento alimentar.

Neste âmbito, convido-o(a) a participar na presente investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes, para que possamos conhecer de uma forma mais abrangente e objetiva como é que os portugueses experienciam a obesidade e gerem o seu comportamento alimentar.

Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente anónimos e confidenciais. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados da investigação contactando a investigadora responsável por email.

Muito obrigada pela sua participação,
A investigadora responsável,
Maria Rita Albergaria,
e-mail: maria_albergaria@hotmail.com

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 D: Questionário

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Local onde reside: _____
 - a) Sexo: _____
 - b) Idade: _____
 - c) Estado civil: Casado(a)/ União de Facto ___ Divorciado(a)/ Separado(a)___
Solteiro(a)___ 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)___ Inactivo(a) (Reformado(a)/ Desempregado(a)/
Outra) ___
 - g) Habilitações literárias: 4 anos de escolaridade ou menos ___ 6 anos de escolaridade___
9 anos___ 12 anos___ Bacharelato/ Licenciatura ___ Mestrado ___ Doutoramento

 - 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 - Saúde geral e Peso:

1. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim___ Não___
 - i) Se sim, qual(uais)? _____
2. Foi recentemente submetido a alguma cirurgia? Sim___ Não___
 - i) Se sim, qual(uais)? _____
2. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim___ Não___
 - i) Se sim, qual(uais)? _____
3. Qual o seu peso actual? _____ kg
4. E a sua altura? _____ m
5. Qual foi o **peso mais alto** que teve em toda a vida adulta ___ kg
6. Qual o **peso mais baixo** que teve em toda a vida adulta? ___ kg

B - Consumo de tabaco, álcool e café

7. É fumador(a)? Sim, sou fumador(a)___ Não, sou ex-fumador(a)/ Não, nunca fumei ___
8. Consome bebidas alcoólicas? Sim ___ Não ___
9. 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 ___

C – Exercício físico e peso:

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

De seguida irá encontrar alguns questionários que o convidam a explorar vários aspectos da sua vida. Por favor preencha **todas as questões**. Não existem respostas certas nem erradas.

Os meus agradecimentos pela sua atenção e sinceridade!

E.I.C.

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

| | | |
|---|--|--|
| 1 | | Não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou com o tamanho do meu corpo, quando estou com outras pessoas. |
| | | Sinto-me preocupado(a) com a imagem que passo aos outros, mas normalmente isso não me faz sentir desiludido(a) comigo mesmo(a). |
| | | Fico constrangido(a) com a minha aparência e peso, o que me faz sentir desiludido(a) comigo mesmo(a). |
| | | Sinto-me muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e repugnância de mim próprio(a). Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento. |

| | | |
|---|--|--|
| 2 | | Não tenho qualquer dificuldade em comer devagar e de maneira apropriada. |
| | | Embora pareça que como depressa e vorazmente, no fim não me sinto empanturrado(a) por ter comido demais. |
| | | Por vezes tenho tendência a comer rapidamente e, depois, sinto-me desconfortavelmente cheio(a). |

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

| | | |
|----|--|--|
| | | Ao longo do mês, tenho períodos regulares em que como grandes quantidades de comida, tanto às refeições como fora delas. |
| | | Como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, por vezes, até um pouco enjoado(a). |
| 9 | | Em geral, a minha ingestão de calorias não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. |
| | | Às vezes, depois de comer demais, tento fazer dieta para reduzir a ingestão de calorias ao mínimo para compensar o excesso de calorias ingerido. |
| | | Tenho o hábito regular de comer em excesso durante a noite. Parece que nunca tenho fome de manhã, mas como demais ao final do dia. |
| | | Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente não como, seguido de outras em que como excessivamente. Como até não poder mais ou passo fome. |
| 10 | | Normalmente sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”. |
| | | De vez em quando, sinto uma compulsão para comer que não consigo controlar. |
| | | Frequentemente sinto um impulso intenso para comer que não sou capaz de controlar, mas noutras ocasiões, posso controlar os meus impulsos para comer. |
| | | Sinto-me incapaz de controlar o impulso para comer. Tenho medo de não ser capaz de parar. |
| 11 | | Não tenho qualquer problema em parar de comer quando me sinto cheio(a). |
| | | Geralmente consigo parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, como em excesso o que me faz sentir desconfortável. |
| | | A partir do momento em que começo a comer, tenho dificuldades em parar e geralmente sinto-me desconfortável depois de uma refeição. |
| | | Como não consigo parar de comer quando quero, por vezes tenho de provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar esta sensação de enfartamento. |
| 12 | | Como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a). |
| | | Por vezes, quando estou com outras pessoas, não como tanto como gostaria, por me sentir inibido. |
| | | Quando estou com outras pessoas, frequentemente como só uma pequena quantidade de comida porque me sinto muito envergonhado(a). |
| | | Sinto-me tão envergonhado(a) por comer demais que o faço quando sei que ninguém, vai ver. Sinto que ando a comer às escondidas. |
| 13 | | Como as três refeições por dia, com apenas um lanche ocasional entre as refeições. |
| | | Como três refeições por dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições. |
| | | Quando faço lanches pesados, tenho o hábito de saltar as refeições principais. |
| | | Há alturas em que parece que estou continuamente a comer, não faço as refeições principais. |

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

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

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

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)? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca me sinto irritado(a) |
| 2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Tenho sempre qualquer coisa para fazer |
| 4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente O meu peso não se altera |
| 5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido(a) ou desanimado(a)? |

| | | | | |
|---|-----------|----------|----------------|----------------------|
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| Nunca me sinto deprimido(a) ou desanimado(a) | | | | |
| 6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, come mais do que o habitual? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado(a) com o seu peso? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho(a)? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| Nunca me sinto só | | | | |
| 9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 10. Sente desejo de comer quando alguém o(a) deixa “em baixo”? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| Nunca me sinto “em baixo” | | | | |
| 11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 13. Tem desejo de comer quando se sente zangado(a)? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| Nunca me sinto zangado(a) | | | | |
| 14. Controla minuciosamente o que come? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer? | | | | |
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
| 19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte? | | | | |

| |
|---|
| Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca como demasiado |
| 20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca me sinto ansioso(a) ou tenso(a) |
| 21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 22. Come menos propositalmente para não aumentar o seu peso? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 24. Quando passa por uma confeitaria ou snack-bar, sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca me sinto impaciente |
| 26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido(a)? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca me sinto aborrecido(a) |
| 29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado(a)? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Nunca me sinto amedrontado(a) |
| 31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |
| 32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado(a) ou desiludido(a)? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |

| |
|--|
| Nunca me sinto desapontado(a) ou desiludido(a) |
| 33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa? Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente |

S. S. S.

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de 5 colunas com várias hipóteses de resposta que expressam a sua concordância com frase. Por favor marque uma cruz na resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar.

| | Concordo totalmente | Concordo na maior parte | Não concordo, nem discordo | Discordo na maior parte | Discordo totalmente |
|--|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio | | | | | |
| 2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| 3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| 4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer | | | | | |
| 5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer | | | | | |
| 6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| coisas íntimas | | | | | |
| 7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam | | | | | |
| 8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) | | | | | |
| 9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família | | | | | |
| 10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família | | | | | |
| 11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família | | | | | |
| 12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho | | | | | |
| 13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos | | | | | |
| 14. Estou satisfeito(a) com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos | | | | | |
| 15. Estou | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

E.D.I.

Esta escala mede uma variedade de atitudes, sentimentos e comportamentos. Alguns itens relacionam-se com comida e comportamento alimentar. Outros perguntam sobre sentimentos para consigo próprio(a). Não existem respostas certas nem erradas, por isso seja o mais honesto(a) possível nas suas respostas. Leia por favor cada afirmação e assinale a coluna que mais se adequa ao seu caso.

| | Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 2. Acho que o meu estômago é grande demais | | | | | | |
| 4. Como quando estou preocupado | | | | | | |
| 5. Empanturro-me com comida | | | | | | |
| 9. Acho as minhas coxas muito gordas | | | | | | |
| 12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo | | | | | | |
| 19. Sinto-me satisfeito com a forma do meu corpo | | | | | | |
| 28. Já me aconteceu comer demais e sentir que não conseguia parar | | | | | | |
| 31. Gosto da forma das minhas nádegas | | | | | | |
| 38. Penso em empanturrar-me com comida | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 45. Penso que as minhas ancas são largas demais | | | | | | |
| 46. Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora | | | | | | |
| 53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso | | | | | | |
| 55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo | | | | | | |
| 59. Acho que as minhas nádegas são grandes demais | | | | | | |
| 61. Como ou bebo às escondidas | | | | | | |
| 62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo | | | | | | |

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo E: Autorização Conselho de Ética

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PêlosoAlentejo

Exma. Senhora
Prof. Doutora Filipa Pimenta
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA - Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 LISBOA

Prof. Doutor João Lobo Antunes (PSIC/PNE)
Vice-Presidente
Prof. Doutora Maria Luísa Figueira (GNL)
Presidente
Dra. Ana Luísa Figueira (GDC)
Prof. Doutor Carlos Delfino Inês (PSN)
Dra. Clara Pedro (GNL)
Dra. Helena Almeida Santiago (PSN)
Dra. Inês Gonçalves (GNL)
Dra. Maria do Carmo Pinheiro (PSN)
Dra. Maria Margarida Rosa (GNL)
Prof. Doutor António Botelho (PNE)
Prof. Doutor António José Almeida (PNE)
Prof. Doutor João Lobo Antunes (PSIC/PNE)
Prof. Doutor José António Magalhães (PNE)
Prof. Doutora Maria do Lito Duarte (GNL)

Lisboa, 13 de fevereiro de 2011

Assunto: Projecto de Investigação "Weight loss during midlife: factors and processes associated with successful weight loss and obesity, and the efficacy of a community-based intervention for weight loss, healthy nutrition and exercise with middle-aged women"

Relator - Dr. António Miguel Rosa

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe above, na reunião em 7 de Dezembro de 2011, por parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado aguardar confirmação da ausência da Directora do Serviço envolvido, actualmente sancionada.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Cónestis da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

Comissão de Ética Clínica
Doutoranda: Ana Cristina Pimental Neves e Patrícia Fernandes
Tel. +351 21 780 54 05, Fax +351 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-025 Lisboa

www.ispa.is
Alameda das Linhas de Torres, 172
1760-001 LISBOA
Tel. 217 988 000 - Fax. 217 548 2