

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual

Filomena Maria Coutinho Pereira

Orientador(es): Prof. Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Prof. Doutor José Branco de Sampaio

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em
Doenças Metabólicas e do Comportamento Alimentar

2016

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 22 de Novembro de 2016.

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa

Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual

Filomena Maria Coutinho Pereira

Trabalho de Dissertação entregue à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, para a obtenção do Grau de Mestre em Doenças Metabólicas e do Comportamento Alimentar, sob Coorientação Científica da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco e do Professor Doutor Daniel José Branco de Sampaio

Agradecimentos

“O sentimento de gratidão é importante num homem: ninguém chega muito longe se esquece aqueles que estavam ao seu lado quando precisou.”
O Vencedor está Só, Paulo Coelho

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco por tudo! Pelos momentos de cumplicidade, amizade, partilha de conhecimentos, por estar sempre lá. Pela imprescindível orientação, por me ensinar a voar

Ao Professor Doutor Daniel Sampaio pela minuciosa e incansável orientação

À Maria do Carmo, minha mulher-guerreira, tudo dá e pouco se lhe pede

À Maria Beatriz, a “pessoinha” que deu brilho a este percurso

À Carla, irmã mais velha e de amor incondicional e ao Rui sempre pela alegria

À Milene minha super-amiga, companheira das mais emocionantes aventuras e crescimentos

À Susana, à Mariline, à Cariana, ao Ricky, aos “Amigos para Sempre”, sempre pela força, persistência e por acreditarem em mim

Aos meus afilhados de curso, Carla, Sara, Guadalupe, Marcelo, Mariana, Carlos, Ana Correia, Ana Costa, Jéssica, ..., e a minha Madrinha Ana Patrícia, pelo apoio, motivação, por orgulhosamente me fazerem entrar na vida deles

Àqueles que com carinho me acolheram e me fizeram evoluir em conhecimento: Dr. Paulo Mendes, Dra Albertina Ferraz, Dra Cecília Ferreira, Dra Ana Nunes, Dra Fátima Viana e Dona Cremilde, Dona Clarinda e especialmente à Professora Doutora Isabel Ribeiro, pelo seu atento aconselhamento na componente de tratamento estatístico das variáveis aqui em estudo.

Aos meus amigos a “preto e branco”, meus “Homens do Leme”, especialmente ao João por todo o tipo de lágrimas

Aos que são e aos que considero irmãos

Aos meus professores que de degrau a degrau me ajudaram na subida desta escada de conhecimento

Ao meu “refém”

Às “pedras” no caminho

Àqueles que aceitaram participar neste estudo, desde a partilha de saberes ao preenchimento dos Instrumentos de Recolha de Dados... a minha gratidão respeitosa.

Resumo

A alimentação e a sexualidade emergem como Necessidades Básicas do Homem, dependentes de conexões de múltiplos sistemas envolvidos (muscular, neuro-endócrino, metabólico e reprodutor) mas também componentes de emoções, sentimentos, prazer. No sentido de operacionalizar uma metodologia capaz de aceder às questões de investigação subjacentes às interações entre estas duas necessidades aparentemente distintas em seres humanos com normopeso e sobrepeso, foram traçados os seguintes objetivos: Conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes em consulta de nutrição e dietética; Conhecer o nível de satisfação sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC); Conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável Satisfação Sexual da amostra e o seu nível de Compulsão Alimentar Periódica. Assim, foi realizado um estudo de carácter transversal, exploratório e quantitativo, descritivo e correlacional, no qual, após seleccionar uma amostra compatível com os objetivos, foram aplicados os seguintes Instrumentos de Recolha de Dados: um questionário de caracterização do participante, o Índice de Satisfação Sexual (ISS) e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), ambos traduzidos e adaptados à população portuguesa. A análise estatística foi realizada em programa estatístico informático SPSS versão 23. Os resultados da análise descritiva revelam uma amostra de 306 pacientes, com 69,3% do género feminino e 30,7% do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, havendo 30,1% dos elementos da amostra que são solteiros, 53,6% casados, 6,2% divorciados, 2,3% viúvos e 7,8% da amostra vive em união de facto. Do ponto de vista das variáveis em estudo, e em resposta ao primeiro Objetivo formulado, verificou-se que a Compulsão Alimentar Periódica (CAP), se distribui por três níveis, com 219 respondentes (71,6% da amostra) que não apresentam CAP, seguindo-se 49 utentes (16% da amostra) que apresentam CAP moderada e, finalmente em menor numero, 38 utentes (12,4% da amostra) que apresentam CAP grave. Relativamente a esta variável, verificou-se que mesmo em indivíduos com IMC na categoria de Peso Normal (4,5% e 1,5% desta categoria) apresentam CAP Moderado e CAP Grave respetivamente. Esta evidência esclarece que sujeitos com peso normal e com perfil aparente “normal” podem de facto apresentar comportamentos de compulsão alimentar. No estudo relativo ao nível de Satisfação Sexual (SS), em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC), verificou-se que o valor médio de ISS se apresenta

tanto mais elevado quanto mais elevado é o Grau de Obesidade, o que indica que estes grupos se encontram insatisfeitos com a sua sexualidade, e tanto mais, quanto maior o nível de IMC.

A análise correlacional comprovou que existe correlação positiva, estatisticamente significativa ($p < ,205$; $\alpha < ,000$), entre a Insatisfação Sexual da amostra e o seu Nível de Compulsão Alimentar Periódica. Além desta, verificou-se correlação estatística e altamente significativa, com efeito de triangulação, entre as variáveis CAP, ISS e IMC.

Palavras-chave: Satisfação Sexual, Compulsão Alimentar Periódica, Índice de Massa Corporal, Obesidade.

Abstract

As basic human needs, diet and sexuality depend on the connections of multiple systems (muscular, neuro-endocrine, metabolic and reproductive), as well as aspects related to emotions, feelings and pleasure. In this study, a methodology was implemented to incorporate research questions underlying the interaction between these two apparently different needs. The study involved diet and nutrition patients with normal weight, as well as overweight ones, in order to determine their level of Binge Eating. The objectives were the following: to determine the level of sexual satisfaction among patients with different levels of Body Mass Index (BMI) and to determine whether there is a correlation in the sample, significant or not, between Sexual Satisfaction and the level of Binge Eating. Therefore, after selecting a sample compatible with the objectives, a transversal, exploratory and quantitative, descriptive and correlational study was carried out. The instruments for data collection were the following: a questionnaire to describe the participants, the Index of Sexual Satisfaction (ISS) and the Binge Eating Scale (BES), both of which were translated and adapted to the Portuguese population. The statistical analysis was carried out with the statistics software program SPSS, version 23. The results of the descriptive analysis show a sample of 306 patients, of which 69.3% are female and 30.7% are male, with ages ranging from 18 to 64 years old. In addition, 30.1% of the participants in the sample are single, 53.6% are married, 6.2% are divorced, 2.3% are widowed and 7.8% of the sample are unmarried partners. Concerning the variables of the study and responding to the first stated objective, the study shows that the Binge Eating Scale (BES) is divided into three levels, with 219 respondents (71.6% of the sample) who are non-binging, followed by 49 patients (16% of the sample) with moderate binge and finally, in smaller numbers, 38 patients (12.4% of the sample) with severe bingeing. Furthermore, the study shows that even those with a BMI in the healthy weight range (4.5% and 1.5% in this category) show a moderate BES and a severe BES respectively. This demonstrates that people with normal weight or with an apparently “normal” profile can in fact show binge eating behaviors.

In the study related to the level of Sexual Satisfaction (SS) of patients on different scales of the Body Mass Index (IMC), the average rate of ISS increases with the degree of obesity, indicating that these groups are dissatisfied with their sexuality, which increases with the level of BMI.

The correlational analysis confirmed the existence of a statistically significant ($p < .005$; $\alpha < .000$) positive correlation between the sexual dissatisfaction of the sample and the level of binge eating. Furthermore, there was a highly significant statistical correlation between the BES, ISS and BMI variables, with a triangulation effect.

Key words: Sexual satisfaction, Binge eating, Body Mass Index, Obesity.

INDICE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP- Compulsão Alimentar Periódica

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECAP – Escala de Compulsão Alimentar periódica

IMC- Índice de Massa Corporal

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

ISS – Índice de Satisfação Sexual

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAIDEIA – Plataforma Aberta – Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional

ÍNDICE DE FÍGURAS

Fig. 1: Estruturas Límbicas Hipotalâmicas	38
Fig. 2: Estruturas do sistema de recompensa do cérebro, também conhecido como sistema mesolímbico-mesocortical: reúne a área tegmental ventral (ATV), o núcleo accumbens, a amígdala, o hipocampo, o córtex pré-frontal, giro do cíngulo e o córtex orbitofrontal.....	40
Fig. 3 Núcleos Hipotalâmicos envolvidos na sexualidade	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentagem da população portuguesa por sexo e IMC, 2014	48
Gráfico 2: Percentagem de população portuguesa com Excesso de Peso e Obesidade por Faixa Etária, 2014.....	49
Gráfico 3: Percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o número de utentes nos Centros de Saúde Primários (2010-2014)	49
Gráfico 4: Percentagem de pessoas com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos nos Centros de Saúde Primários (2010-2014)	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Esquema de Recompensa Alimentar	42
Tabela 2: Representação esquemática entre tipologias de Obesidade e IMC	47
Tabela 3: Representação esquemática entre o nível de gravidade da Compulsão Alimentar e frequência de episódios de Compulsão Alimentar	52
Tabela 4: Níveis da Teoria Ecológica.....	61
Tabela 5: Fatores influenciadores da Satisfação Sexual.....	62
Tabela 6: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Origem Geográfica da amostra	75
Tabela 7: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos das variáveis relativas ao Género e Classe Etária da amostra	85
Tabela 8: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Género e Estado Civil.....	86
Tabela 9: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Classe Etária e Estado Civil	86
Tabela 10: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Número de pessoas do Agregado Familiar e Género	87
Tabela 11: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Género e Habilitações Literárias/Profissionais.....	87
Tabela 12: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Número de parceiros sexuais que teve/tem e Género.....	88
Tabela 13: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Idade da Primeira Relação Sexual e Género	89
Tabela 14: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Frequência de Relações Sexuais por Semana e Estado Civil	90
Tabela 15: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Frequência de Relações Sexuais por Semana e Género	91
Tabela 16: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Considera as relações sexuais importantes na sua vida? e o Género.....	91
Tabela 17: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)? e Género.....	92

Tabela 18: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Origem e Gravidade da CAP	94
Tabela 19: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Faixa Etária e Gravidade da CAP da amostra.....	95
Tabela 20: Apresentação da distribuição dos valores da amostra absolutos e percentuais das variáveis: Categorias de IMC e Gravidade da CAP da amostra	97
Tabela 21: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Categorias de IMC e Origem Geográfica	99
Tabela 22: Distribuição dos valores da variável: Nível de ISS	101
Tabela 23: Valores de Correlação Ró de Spearman entre CAP, ISS e IMC da amostra.	102
Tabela 24: Análise de Correlação de Spearman entre as variáveis: ISS, CAP, Considera as relações Sexuais importantes na sua vida? e Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?	103
Tabela 25: Análise de Correlação de Ró de Spearman entre as variáveis amostra: Frequência de relações sexuais por semana, Considera as relações sexuais importantes na sua vida? e Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?	104
Tabela 26: Análise de Correlação (Ró de Spearman) entre as variáveis da amostra ISS, CAP, Número de Parceiros Sexuais, Idade da Primeira Relação Sexual, IMC e Habilitações Literárias e Profissionais	106

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	13
ÍNDICE DE FÍGURAS	15
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	17
ÍNDICE DE TABELAS	19
INTRODUÇÃO	23
1. CONSTRUTO TEÓRICO.....	31
1.1. COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	34
1.1.1. Da Alimentação como Necessidade Humana Básica à Alimentação Hedonista	34
1.2. SATISFAÇÃO SEXUAL	56
1.2.1. Da Sexualidade como uma Necessidade Básica Humana	57
1.3. COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E SATISFAÇÃO SEXUAL - UMA RELAÇÃO EM ESTUDO.....	64
1.4. CONSTRUINDO UMA HIPÓTESE DE TRABALHO	69
2. METODOLOGIA	71
2.1. TIPO DE ESTUDO	74
2.2. MATERIAIS E MÉTODOS	74
2.2.1. População e Amostra.....	74
2.2.2. Instrumentos de Recolha de Dados	76
2.2.3. Metodologia de Aplicação dos IRD	78
2.2.4. Metodologia de Análise Estatística	80
2.2.5. Problemáticas e Constrangimentos	81
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	83
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	85
3.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	93
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
5. CONCLUSÕES.....	123

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
--	------------

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Parte-se da convicção da pertinência relativamente à interação entre a forma como comemos e a forma como amamos e nos amamos. Acredita-se que a nossa vida é fortemente influenciada pela relação destas variáveis. Não só, mas também parece, aparentemente, que do ponto de vista sexual a satisfação e ou insatisfação está dependente da imagem... de alguma forma o comportamento alimentar parece também estar neste contexto envolvido... Independentemente do que cada um de nós pensa, relativamente à atribuição de importância da imagem, o facto é que - e desde a arte até à publicidade, passando pelas ciências sociais - a imagem importa. E importa também a nível sexual, na sua expressão e consecução. Mas é muito mais importante para os seres humanos que de algum modo, vivem uma relação de turbulência ou pelo menos de inquietude com a sua imagem, devido a erros ou vícios que emergem no seu comportamento alimentar... e de como este facto parece estar relacionado com as suas escolhas, oportunidades e realizações a nível sexual. A este propósito resgatam-se os autores, que por terem estudado estes fenómenos, defendem, a partir dos resultados obtidos que existe uma relação evidente, porque é estatisticamente significativa, entre o peso corporal das pessoas - e portanto com a imagem respetiva que o volume corporal assumir - e o seu Índice de massa corporal (IMC), com o seu distanciamento das questões sexuais, nomeadamente com redução do interesse sexual, e que nesta realidade, serão as mulheres obesas, aquelas pessoas que apresentam maiores prejuízos. O facto é que se verifica que estas pessoas obesas e do sexo feminino, têm tendência a perceber as suas vivências sexuais menos confortáveis e menos prazerosas, além do que, atribuem menor qualidade à sua vida sexual (1; 2). Mas não é exclusivo do sexo feminino, porque no estudo também em pessoas com a imagem corporal de obesidade, identificados como amostra de obesos, que foi desenvolvido por Adolfsson e cols (2004), tiveram oportunidade de constatar que as pessoas obesas apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida sexual em comparação com os outros sujeitos, considerados no grupo com mais baixo IMC. Mas além disto também constataram que uma elevada proporção de homens obesos assumiram a vivência de experiências sexuais involuntárias, em comparação com os outros grupos de IMC (3), facto que envolve indistintamente, homens e mulheres, nesta percepção menos prazerosa da sua vida sexual.

Por estes motivos, este estudo, busca refletir acerca do quanto a forma e os contextos de expressão sexual, podem ser elementos moderadores, nesses e desses hábitos alimentares dos seres humanos e vice-versa. Ou seja, se houvesse uma Questão iniciática à investigação, para despertar a atenção ao leitor, poder-se-ia colocar a questão assim: será que existe alguma relação entre os comportamentos assumidos como de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e os comportamentos vividos reconhecidos como o conjunto de percepções e atitudes implícitos ao conceito que reconhecemos como (in)Satisfação Sexual (ISS)?

O fato é que a bibliografia atual vem revelando alguma relação entre Compulsão Alimentar Periódica e sentimentos de (In) Satisfação Sexual (SS): a este propósito, Poggiogalle (2014) ao concluir que existe correlação entre o aumento de Índice de Massa Corporal (IMC) e a redução de saúde sexual (4) coloca em análise a questão de como é que as pessoas de maior nível de IMC se relacionam sexualmente para apresentarem menor qualidade na sua saúde. Curiosamente, parece haver espaços de resposta a esta questão em alguns estudos, veja-se como Viveiros e colaboradores (2012) parecem apresentar alguma resposta ao concluírem nos seus estudos que pessoas obesas apresentam maior dificuldade em vivenciarem a sexualidade (5) e Boyes (2009), também veio apresentar nesta temática uma relação estranha: de fato as mulheres com maior IMC apresentaram no seu estudo, menor qualidade nas relações e com homens menos desejáveis (6) o que de alguma forma vem ampliar o campo de questões para as variáveis em estudo. Pese embora Yaylali (2010) apresente conclusões divergentes no seu estudo, ao afirmar que o IMC, orgasmo, peso e Satisfação Sexual (SS) estão negativamente relacionados (7), não deixam de ser estimulantes estas reflexões autorais em conjunto, para a temática que aqui se pretende abordar.

Porque faz sentido estudar estas relações e com estas variáveis? A quem serviria este estudo?

Em A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015, pode ver-se com este relatório trata a temática do ponto de vista epidemiológico:

“O sedentarismo e o excesso de ingestão de calorias explicam os índices altos de prevalência do excesso de peso, incluindo a obesidade. (...) mais de 35% das crianças com idades entre os seis e os oito anos têm corpulência excessiva (índice de massa corporal elevado para a idade e sexo) e que mais de 14% já são obesas. (...) na população entre os 10 e os 18 anos o excesso de peso é superior a 30% e a obesidade cerca de

8% [17]. Em relação à população adulta entre os 18 e os 64 anos aqueles indicadores são de 54% para o excesso de peso e de 14% para a obesidade.” (8).

Mas não só o mesmo relatório trata a temática na perspetiva da população adulta, evidenciando alguma preocupação, que aqui se considera pertinente relembrar:

“nos adultos de meia-idade (...) as doenças crónicas não transmissíveis, como doenças oncológicas, cérebro e cardiovasculares, respiratórias crónicas, diabetes e obesidade constituem preocupação que impõe um diagnóstico precoce, a fim de assegurar resposta rápida” (8).

Considerando este volume populacional, e as respetivas consequências em matéria de obesidade e sua variável moderadora - o comportamento alimentar - é pertinente pensar que de alguma forma este estudo diz respeito ao conjunto de atitudes e/ou comportamentos que como causa ou consequência poderão aqui ser refletidos, ou pelo menos abordados.

Assim, para clarificar os termos, assume-se que o Objeto de Estudo desta Investigação é a relação entre a Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e o Índice de Satisfação Sexual (ISS).

Para aceder a este estudo foram definidos os seguintes Objetivos:

- Conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes em consulta de nutrição e dietética;
- Conhecer o nível de satisfação sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC);
- Conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável Satisfação Sexual da amostra e o seu nível de Compulsão Alimentar Periódica.

Neste sentido, e para dar resposta aos objetivos proposto foi necessário traçar um trajeto metodológico. Assim, para estudar as variáveis aqui assumidas como objeto de estudo, serão utilizadas duas escalas traduzidas e adaptadas a população portuguesa: O Índice de Satisfação Sexual (ISS) ou Index of Sexual Satisfaction, de Hudson e cols (1998) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Pechorro e cols (2009), e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) de Gormally e cols (1982), que serão aplicadas a amostras selecionadas em diferentes zonas geográficas de Portugal (Porto, Bragança, Mirandela, Figueira da Foz, Vila Real, Lamego), em contexto de consulta de nutrição.

Trata-se de um estudo de caracter quantitativo, com análise descritiva e correlacional, aos resultados obtidos.

Este trabalho divide-se essencialmente em 5 capítulos.

- O primeiro, expõe o construto teórico que fundamenta a pertinência da colocação das variáveis em estudo para o desenvolvimento deste trabalho, e divide-se em 4 subcapítulos:
 - O primeiro subcapítulo aborda a Compulsão Alimentar Periódica. Neste espaço parte-se do conceito da alimentação não somente como uma Necessidade Humana Básica, mas também como fonte de prazer, envolvendo o sistema límbico e o sistema de recompensa da dopamina. Aqui serão expostas as relações entre a compulsão alimentar e a obesidade, passando pelas emoções como variáveis condicionantes e condicionadoras do comportamento alimentar humano. Assim, serão progressivamente abordados: o sistema límbico, como epicentro do processo, os neurotransmissores e as hormonas envolvidos no processo do controlo objetivo e subjetivo do controlo da alimentação como necessidade básica. Definem-se os termos de Obesidade e de Compulsão Alimentar Periódica (CAP), com base nos autores considerados para o estudo.
 - O segundo subcapítulo diz respeito a Satisfação Sexual. Parte-se também do seu conceito como Necessidade Humana Básica, aborda-se a sua componente neurológica, descreve-se e define-se esta variável, nomeadamente a partir do conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), e dos autores como DeLamater (1991), Davidson, Darling e Norton (1995) e de Lawrance e Byers (1995). Foca-se como é influenciadora e influenciável pelas características pessoais genéticas e socialmente adquiridas, bem como pelo IMC e pelo género, e apresentam-se os estudos considerados pertinentes, que revelaram as relações entre esta e outras variáveis, no sentido de enquadrar a pertinência de aqui ser assumida como objeto de estudo.
 - O terceiro subcapítulo foca-se na relação entre a Satisfação Sexual e a Compulsão Alimentar Periódica, com base em bibliografia que apresenta estudos com esta relação, nomeadamente os resultados de Larsen e Cols

(2005), de Poggiogalle e Viveiro (2012), e ainda Yaylali (2010) que afirma que IMC, orgasmo, peso e satisfação sexual estão negativamente relacionados e os estudos de Castellini (2010), Arceluz (2012) e Eddy (2008) focam que pessoas com Compulsão Alimentar Periódica apresentam maior insatisfação com a vivência da sua sexualidade o que se associa com a impulsividade em comer.

- No quarto subcapítulo, e partindo dos pressupostos dos resultados que foram sendo apresentados nos subcapítulos anteriores, apresentam-se os Objetivos e a Hipóteses de Investigação, de forma enquadrada, e que em conjunto, fundamentam e orientam o fio condutor para o desenvolvimento do trajeto metodológico desta investigação.
- O segundo capítulo apresenta a Metodologia propriamente dita, englobando: a tipologia de estudo, população e amostra, a especificação dos Instrumentos de Recolha de Dados utilizados, sua autoria e descrição relativamente à operacionalização das variáveis mensuradas através do seu preenchimento; a metodologia e seleção dos testes para a análise estatística e as problemáticas e constrangimentos inerentes ao desenvolvimento do processo de investigação;
- O terceiro capítulo foca a apresentação de resultados, no qual será caracterizada a amostra, relativamente às variáveis demográficas e àquelas que foram consideradas pertinentes para auxiliar a compreensão das variáveis dependentes em estudo. Também se apresentará na parte final a análise de correlação entre as variáveis dependentes – CAP e ISS – e as variáveis independentes. Será apresentado este estudo correlacional com alguma reflexão preliminar, para preparar o capítulo da Análise e discussão seguinte;
- No quarto capítulo apresentar-se-á a discussão dos resultados do estudo e a sua comparação em relação aos resultados encontrados no decorrer do estado da arte. Esta apresentação iniciará pelas características demográficas amostrais, seguidas das variáveis independentes, apresentadas respeitando a numeração das tabelas que em Apresentação de Resultados lhe foram dando origem, e progressiva e sucessivamente serão comparados estes resultados com os estudos apresentados em construto teórico. A parte final apresentará os resultados relativos a cada Objetivo e Hipótese formulada, suas análises e comparações de corroboração e ou refutação com os estudos prévios apresentados;

- No quinto e último capítulo serão apresentadas as conclusões bem como as propostas de futuros trabalhos de pesquisa, a partir das novas Questões de Investigação emergentes dos resultados, bem como algumas considerações finais relativas à pertinência da educação e investigação na área da alimentação.

1. CONSTRUTO TEÓRICO

1. CONSTRUTO TEÓRICO

Este é por definição o capítulo em que se apresenta o objeto de estudo, como elemento de atenção e relação com outras variáveis. Assim, serão apresentadas a Compulsão Alimentar Periódica e a Satisfação Sexual, como variáveis em estudo, mas integradas nos seus contextos biopsicosocioculturais, tanto quanto possível, e quanto possa interessar aos objetivos aqui definidos para a investigação proposta.

Além desta exposição também serão apresentados os resultados mais recentes e pertinentes que a bibliografia científica disponibiliza, tanto relativamente ao estudo de cada uma destas variáveis isoladamente, quanto aos resultados encontrados acerca das relações entre as variáveis em estudo.

Pelo facto de estar dentro da área de formação e motivação, a Compulsão Alimentar será tratada de forma mais abrangente e profunda, apresentando este fenómeno a partir da Alimentação como Necessidade Humana Básica até ao seu extremo patológico denominado Compulsão Alimentar.

A satisfação sexual terá uma abordagem mais restrita, e procurará apenas a sua definição de termos até à expressão de Satisfação e Insatisfação sexual.

1.1. COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Este subcapítulo pretende abordar a variável Compulsão Alimentar Periódica (CAP) de uma forma mais ampla, tentando perspetivar a componente alimentar do ponto de vista fisiológico, até à compreensão do fenómeno que a CAP significa para os humanos a nível biopsicossocial e cultural. Assim, iniciar-se-á uma apresentação da alimentação como necessidade humana básica, passando pela observação breve dos tipos de controlo que o corpo dispõe para a sua saciação/ vivência, para depois abordar a perspetiva da alimentação como fenómeno hedonista, do qual se retira não só saciedade, mas prazer reconhecidamente gratificante.

1.1.1. Da Alimentação como Necessidade Humana Básica à Alimentação Hedonista

*(...) Meu prazer mais refinado, / não sou eu quem vai senti-lo.
É ele, por mim, rapace, / e dá mastigados restos
à minha fome absoluta. (...)
In contradições do Corpo, Carlos Drummond de Andrade*

A alimentação é assumidamente um fenómeno de vida e de sobrevivência na vida. Foi conceptualmente esquematizada por Maslow nos anos 80, como uma Necessidade Humana Básica (NHB), como aquilo que é imprescindível, indispensável e absolutamente necessário à sobrevivência (9). Neste sentido, o corpo está ontológica e geneticamente preparado, para desencadear impulsos “motivadores” que conduzem o comportamento do homem, no sentido de satisfazê-lo. Ou seja, o ato de comer, é assim um comportamento ao qual não podemos escapar. Não se trata de uma opção. É uma necessidade de vida (9).

Este estatuto da alimentação, pode ser modificador - em perceção e comportamento – de quase todos os contextos que dizem respeito à comida. Pelo fato de se tratar de uma necessidade básica, e diretamente relacionada com a existência e sobrevivência, comer - tal como beber, respirar, vascularizar, sexo, socializar, eliminar (9) - é uma das bases e pontos de partida para estabelecer o comportamento humano neste sentido específico. Na verdade genética, não é o ser humano que domina a necessidade, o ser humano é dominado por ela. Esta necessidade é controlada pelo impulso da fome. Numa situação de fome, o ser humano, tende a perceber - mais ou menos intensamente, e dependendo do tempo de privação ou do tipo de estímulo - apenas os contextos e estímulos que visam satisfazê-la, moldando assim os seus comportamentos relativos a

esta componente alimentar. A fome é imperativa: privado de alimento, o ser humano sente-se ameaçado, e ao sentir-se ameaçado, modifica o seu comportamento. Podem ocorrer atitudes de defesa pessoal por sentimento de ameaça à vida e a fome, encontra-se no tipo de estatuto que pode desencadear atitudes de ataque, defesa, roubo ou mesmo confronto físico e morte para obter alimento. Não é portanto assumível que a alimentação seja um fenómeno ocasional. Ao contrário, é visceral. Do ponto de vista fisiológico, comemos porque necessitamos de saciar a fome (9; 10; 11).

Mas o que aqui deve questionar-se é como é que um fenómeno como a alimentação, regulado por uma pulsão, passa do estatuto de NHB para um estatuto de gratificação, de prazer... ou seja, quando e como é que a alimentação se assume como um fenómeno hedonista, inclusivamente como um recurso para a obtenção do prazer?

Pode acontecer por motivações diferentes, com diferentes desencadeantes, conscientes e/ou inconscientes, mas para melhor compreender este processo valerá a pena relembrar alguns pontos essenciais relativos ao seu controlo, ao nível biológico, psicológico, social e cultural, mas, sem deixar, todavia, esquecida, a arquitetura neurobiológica e neuro hormonal da alimentação como NHB.

O Controlo da Alimentação como NHB – Do Sistema Límbico ao Sistema de Recompensa

(...) *A gente não quer só comer/A gente quer comer/
E quer fazer amor/ A gente não quer só comer/
A gente quer prazer/ Pra aliviar a dor... (...)*
Música: Comida, Titãs

O controlo da alimentação é multiorgânico e sistémico. Ou seja, há vários órgãos e sistemas a colaborar para o desencadeamento e saciação desta Necessidade Básica. De entre os diversos sistemas com esta responsabilidade, considera-se algum destaque ao sistema límbico e às suas estruturas, já que o “sistema límbico” foi expandido para significar todo o circuito neural que controla o comportamento emocional e os impulsos motivacionais (12) que curiosamente, e como à frente se verificará, são também elementos moderadores da alimentação. Além desta estrutura serão também abordados elementos de responsabilidade no controlo da alimentação tal como as hormonas mais representantes no processo – leptina e grelina – e os neurotransmissores envolvidos, nomeadamente a dopamina, pelo seu contributo ao mecanismo percetivo de prazer, a partir da ingesta alimentar.

Do Sistema Límbico

Inicia-se assim esta exploração, a partir do sistema límbico, para abordar uma parte importante do sistema límbico: o hipotálamo com as suas estruturas relacionadas. Além do seu papel no controle comportamental, estas áreas controlam muitas condições internas do corpo, como a temperatura corporal, a osmolaridade dos líquidos corporais e também o impulso de comer e beber, bem como o peso corporal.

Estas funções internas são consideradas coletivamente, como funções vegetativas do cérebro, e o seu controle está intimamente relacionado com o comportamento (12).

Todavia não há exato consenso relativamente à topografia estrutural para o controlo alimentar, porque as estruturas anatómicas do sistema límbico, estão em justaposição, e apresentam-se como um complexo interconectado de elementos da base do cérebro, com fortes dinâmicas na interação funcional.

Localizado no meio de todos estes elementos, encontra-se o hipotálamo, que, do ponto de vista fisiológico, é considerado um dos elementos centrais do sistema límbico, sendo contornado por outras estruturas subcorticais deste sistema incluindo o septo, a área para olfatória, o epitálamo, o núcleo anterior do tálamo, porções dos núcleos da base, o hipocampo e a amígdala.

O hipotálamo, que representa menos de 1% da massa do cérebro, é uma das mais importantes vias de saída de controlo do sistema límbico, e controla a maioria das funções vegetativas e endócrinas do corpo em geral, bem como muitos aspetos do comportamento emocional (12)

Assim, neste conjunto estrutural de justaposição anatómica e funcional, a bibliografia apresenta como ideia assumida, que o sistema límbico influencia componentes essenciais como as emoções, as respostas viscerais às emoções, a motivação, o humor (estado de espírito) e sensação de dor e prazer, mas o que importa sobretudo aqui é a sua associação aos instintos básicos de sobrevivência, como a reprodução e sobretudo a procura de comida e água.

Nomeadamente, nesta prestação da moderação de comportamento alimentar, é assumido que uma das principais fontes de estímulo sensorial para o sistema límbico é constituída pelos nervos olfativos, considerando que o cheiro ou a ideia de comida, estimulam a sensação de fome no hipotálamo, o que motiva a procura de comida, havendo muitos animais que apresentam a capacidade de farejar água, mesmo a grandes distâncias (13).

Cabe aqui pontuar que esta justaposição estrutural e funcional, deixa também evidenciar que as mesmas estruturas podem, através das mesmas funções, mediar simultaneamente

outras necessidades básicas, nomeadamente a da reprodução, sendo que em animais como cães e gatos, é essa mesma deteção olfativa que torna o animal capaz de detetar feromonas – moléculas essenciais para a sua reprodução enquanto espécie - libertadas no ar, para atrair outro animal da mesma espécie, usualmente do sexo oposto, e é essa mesma função que faz com que as feromonas libertadas pelas mulheres possam nomeadamente, influenciar os ciclos menstruais de outras mulheres (12).

Porque será então que existe esta multiplicidade de funções, que parecendo confusa, resulta expressivamente funcional para a vida?

Esta resposta pode encontrar-se na organização anatómica e funcional das estruturas hipotalâmicas. No global, o hipotálamo é uma região anatómica do diencefalo localizada no terceiro ventrículo e na lâmina terminal (limite interno), tálamo (limite superior), que na parte de baixo, se conecta com a hipófise através do talo hipofisário.

Nesta zona localizam-se diferentes núcleos hipotalâmicos que estão implicados na regulação de funções como a memória, a emoção e a homeostasia do organismo.

A anatomia de todos estes núcleos, é muito complexa devido à grande quantidade de elos, e aos seus limites topográficos muitas vezes imprecisos, e sobretudo às suas múltiplas conexões funcionais (14).

Vejam os como podem ser observados estes núcleos, no que respeita à sua posição e interfuncionalidade complexa:

Conceptualmente, mas sem divisão definida estrutural, os núcleos podem dividir-se em 4 zonas: anterior, posterior, medial e lateral, assumindo como critérios: um plano coronal que passa pelo talo hipofisário para a divisão ântero-posterior e um plano sagital à altura do fornix para a divisão latero-medial (15).

Esta brevíssima abordagem aqui, serve só para lembrar o quanto e como é complexo e interrelacionado este conjunto de estruturas, no que toca às suas funções.

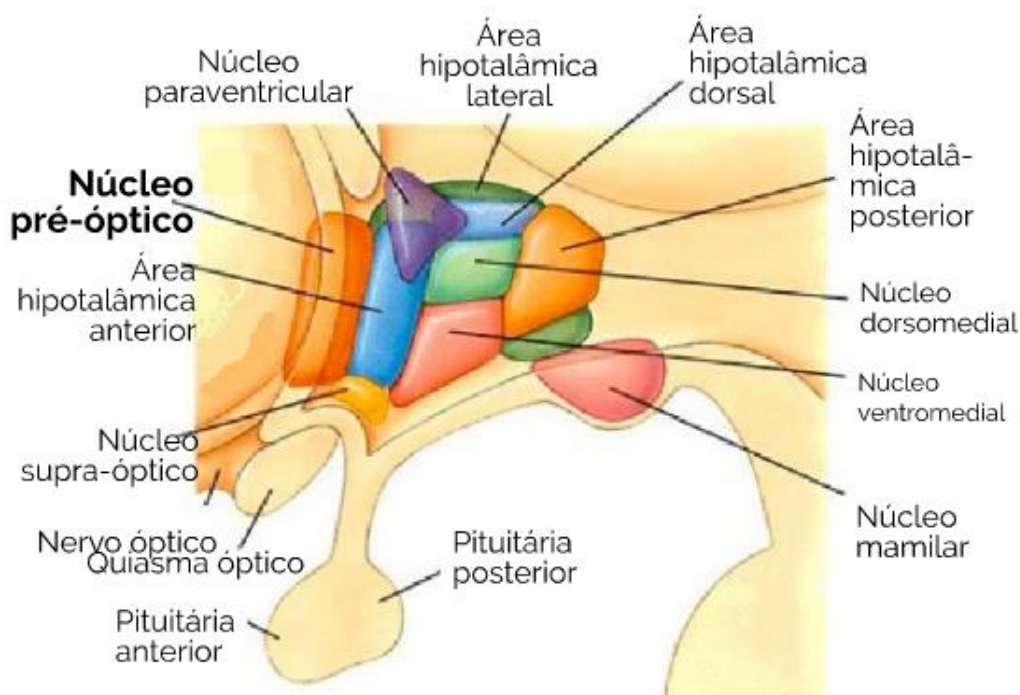
Assim:

- Num primeiro grupo, inserem-se os Núcleos anteriores-mediais: o Núcleo Supraóptico, o Núcleo anterior, o Núcleo supraquiasmático e outros três núcleos mais direcionados para a necessidade básica aqui em estudo, que são: o Núcleo pré-ótico medial, com funções de regulação da temperatura corporal; o Núcleo sexual dimórfico com participação nas condutas sexuais; o Núcleo paraventricular que é o principal produtor da oxitocina, mas que ao produzir também hormona antidiurética, acaba por intervir em funções de controlo da sede, e além disto, participa na resposta ao stress e –

que interessa aqui referir - na ingesta para saciação da fome. Portanto neste primeiro grupo encontram-se funções de homeostasia asseguradas ligadas à sexualidade, fome e sede.

- Num segundo grupo, inserem-se os Núcleos postero-laterais, que integram o Corpo mamilar, mas sem funções definidas para esta área em estudo.
- Num terceiro grupo, estão os Núcleos laterais, com o Núcleo tuberal lateral e a Área hipotalâmica lateral, considerada o centro regulador da ingesta hídrica e do apetite. Assim, também estes núcleos estão envolvidos na alimentação.

Fig. 1: Estruturas Límbicas Hipotalâmicas



- Num quarto e último grupo, estão os Núcleos postero-mediais com funções essenciais para a alimentação: o Núcleo Arcauto, que além de ser produtor de hormonas hipofisotrópicas e da dopamina (DA) do sistema porta hipofisário-hipotálâmico, também apresenta funções na homeostasia do organismo, nomeadamente na regulação da saciedade; o Núcleo dorso medial que também intervém nas funções reguladoras da saciedade; o Núcleo ventromedial que além de intervir no comportamento defensivo, parece participar no comportamento sexual feminino e finalmente a Área hipotalâmica posterior, com funções efectoras de resposta fisiológica para a regulação da temperatura corporal. Em suma, neste grupo há dois núcleos que interagem na saciedade e um outro

na componente sexual, que em justaposição e interação, concorrem, portanto, para a homeostasia ao nível destas duas necessidades básicas.

Outra justaposição funcional interessante é a relação do hipocampo com o sistema límbico e com memória, ao tornar-se provavelmente decisiva para a sobrevivência, por tornar um animal capaz de se recordar onde encontrar comida.

Outra função ligada à alimentação, a saciedade, é também regulada pela interação entre os núcleos do hipotálamo, o cíngulo e outras porções do sistema límbico, provocando um sentimento de satisfação associado à saciedade (12): após uma ingestão alimentar, o centro da saciedade no hipotálamo é estimulado, o centro da fome é inibido e a pessoa sente-se saciada.

A este propósito da interação estrutural, cabe ainda mencionar, que a saciedade, como fenómeno comportamental – mas não só – pode estar alterada quando há lesões do sistema límbico: podem ocorrer alterações comportamentais patológicas, desde o surgimento de um apetite voraz ao aumento da atividade sexual - muitas vezes inapropriada – e comportamentos de docilidade, incluindo a perda das respostas normais de medo e ira. Como o hipocampo faz parte do lobo temporal, a lesão desta porção pode também levar a uma perda da capacidade de formação da memória.” (12).

Esta área hipocampal de subestruturas torna-se assim multi abrangente, no que diz respeito não só ao desencadear de um comportamento com a finalidade de saciação de uma necessidade básica, como a obtenção de prazer subjetivo ligado à sua saciação.

Das Neurohormonas ao Sistema de Recompensa da Dopamina

Como se apontou, o comportamento alimentar humano é multifatorial, ou seja, há vários fatores que o moldam, entre eles, não só os fatores ambientais e sociais, mas também alguns mecanismos biológicos como os mecanismos homeostáticos e não homeostáticos ou hedónicos. De entre os mecanismos homeostáticos, o metabolismo dispõe de reguladores hormonais de fome, de saciedade e dos níveis de adiposidade: **a leptina, a grelina e a insulina**, são importantes neurohormonas que atuam nos circuitos cerebrais hipotalâmicos e do tronco cerebral, estimulando ou inibindo o apetite e o sentimento de saciação, de forma a manter um equilíbrio energético adequado (16).

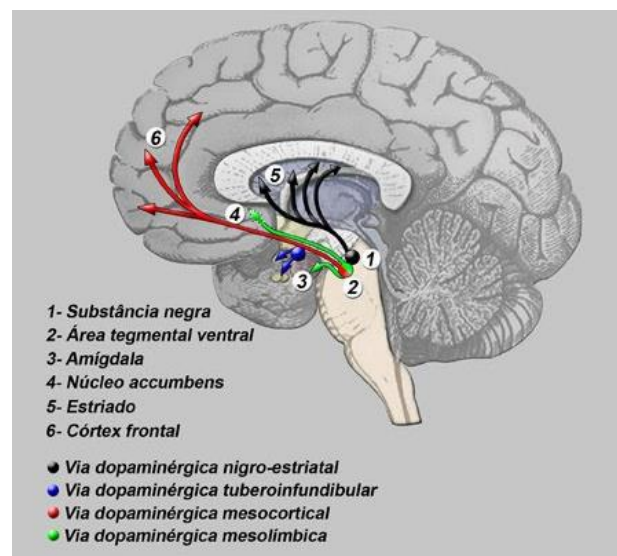
Como se vem apresentando, verifica-se que o ato de comer e o controlo do apetite, não se limitam somente a mecanismos neuro anatómicos nem metabólicos, mas também a **mecanismos cognitivos e emocionais**.

Por exemplo, e tal como foi abordado, o sistema córtico-límbico permite a interação com o ambiente que oferece o alimento, incluindo a procura do alimento e o seu

armazenamento, levando em conta a experiência subjetiva alimentar, a disponibilidade e o custo associado. Por um lado, a componente sensorial, nomeadamente a visão, o sabor e a palatabilidade dos alimentos tornam-se elementos fundamentais nessas escolhas, e por outro lado, o contexto social mais ou menos específico onde se vive, o ambiente relacional e os hábitos e regras sociais – e com maior ou menor regularidade também algumas religiosas - também determinam as escolhas alimentares.

Todavia, a influência límbica é maior que a necessidade metabólica do alimento, no sentido da saciação da alimentação como necessidade básica, e neste contexto existe um mecanismo importante no processo, mediado pela **dopamina**, conhecido como o Sistema de Recompensa da dopamina ou sistema mesolímbico-mesocortical (Figura 1).

Fig. 2: Estruturas do sistema de recompensa do cérebro, também conhecido como sistema mesolímbico-mesocortical: reúne a área tegmental ventral (ATV), o núcleo acumbens, a amígdala, o hipocampo, o córtex pré-frontal, giro do cíngulo e o córtex orbitofrontal



Fonte - <http://i.imgur.com/fu8gx78.jpg>

O que é o Sistema de Recompensa da Dopamina?

De uma forma sumária e elementar, trata-se de um conjunto de estruturas, que do ponto de vista funcional e dinâmico, resulta num sistema de recompensa (cerebral) que tem como função promover e estimular comportamentos que contribuem para a manutenção da vida e da espécie, como a alimentação, proteção, sexo, entre outros, que quando ativado, proporcionará sensações de prazer e satisfação.

Este sistema de recompensa cerebral leva a que alimentos pouco saborosos não sejam consumidos em excesso, enquanto alimentos com elevada palatividade sejam consumidos em excesso, mesmo após terem sido atingidas as necessidades energéticas.

O que este fenómeno do sistema de recompensa trás como consequência, é que, por um lado, estes alimentos - normalmente ricos em açúcar e gordura – acabam por influenciar a expressão de sinais metabólicos de fome e de saciedade no sentido de prolongar a sua ingestão, e por outro lado, aumentam a motivação para a sua procura, e portanto, para a sua obtenção e degustação.

Este prazer obtido pela ingestão de alimentos palatáveis – saborosos e estimuladores do desencadeamento do sistema de recompensa - funciona como uma motivação poderosa que em certos sujeitos se pode sobrepor aos sinais homeostáticos e promover o aumento de peso, facto consequencial que comprova como os sistemas básicos do cérebro podem desencadear potenciais implicações para perturbação do comportamento alimentar (17).

Assim, o sistema mesolímbico funciona como centro de recompensa no qual vários mensageiros químicos, tais como:

- **serotonina, encefalina, dopamina, acetilcolina**, entre outros atuam conjuntamente para **libertar dopamina** no nucleus acumbens (NAc).

Este circuito está implicado no prazer desencadeado por recompensas neurais e, constitui a base neural para fenómenos relacionados com a adição. Embora várias zonas cerebrais fazerem parte deste circuito, os neurónios dopaminérgicos parecem ser uma zona chave (18).

De forma explicativa, e para melhor compreensão, torna-se importante salientar que os sistemas mesolímbicos cerebrais - especialmente os que envolvem a dopamina - são particularmente importantes para o “*wanting*”, e, a este propósito, Lemmens e colaboradores (2011) verificaram que indivíduos com sobrepeso possuem um aumento do “*wanting*” pós-prandial, bem como da ingestão energética na ausência de fome. Mas além deste resultado, constataram também que há diminuição do “*liking*” pós-prandial em comparação com indivíduos com normopeso em situações de stress, sugerindo deste modo, uma dificuldade na obtenção de recompensa.

Este estado de “não recompensa” leva a nova procura de alimento, o que pode resultar num aumento de consumo – não raramente compulsivo – e consequencialmente num aumento ponderal. Apesar de o “*Liking*” e “*Wanting*” estarem intimamente

relacionados, também foi verificado, que o comportamento motivado pela recompensa pode ocorrer mesmo em circunstâncias de ausência de prazer (10).

A “recompensa alimentar”, segundo Berridge e colaboradores, consiste num processo composto por 3 componentes essenciais (19) entre o que se gosta de (*liking*), o que se quer (*wanting*) e ou que se aprende a gostar/preferir cognitivamente (*learning*), como a seguir se apresenta:

Tabela 1: Esquema de Recompensa Alimentar

Recompensa Alimentar		
" <i>Liking</i> " Componente hedónica	" <i>Wanting</i> " Motivação de incentivo	" <i>Learning</i> "
• Reação hedónica que se manifesta no comportamento e em sinais neurais que são gerados essencialmente em sistemas cerebrais subcorticais; • Exemplo: antecipação do prazer obtido através da ingestão de alimentos de elevada palatividade	Componente Motivacional, despoletado por estímulos de recompensa o que induz a procura de alimentos, traduzindo-se num aumento do apetite, <i>craving</i> , e outros comportamentos associados a motivação aumentada para obter alimentos	Aprendizagem: Permite-se emergir ou que sejam feitas associações.

Fonte: Adaptado de Berridge e Colaboradores (2009) (19)

O que há a considerar acerca da Dopamina?

O papel da dopamina (DA) na recompensa alimentar tem sido tema de grande debate. A hipótese mais consensual é a que defende que **a dopamina promove a motivação para a obtenção de recompensa**, não desempenhando assim um papel central na resposta hedónica, mas sim na motivação para obtenção da mesma. Todavia, a recompensa envolve uma grande variedade de emoções (antecipação, expectativa, prazer, memória) que são difíceis de isolar (17). Por exemplo, a bibliografia apresenta a este respeito, que alimentos com elevada palatividade estão associados à libertação de dopamina no núcleo estriado dorsal, estando os níveis de DA libertada relacionado com o nível de prazer obtido através da ingestão. Estudos indicam que na obesidade parece existir uma menor capacidade de sinalização da dopamina (DA): indivíduos obesos apresentam uma menor capacidade para sinalização da dopamina (DA) (17), considerando – segundo os resultados obtidos - que indivíduos obesos apresentam uma menor disponibilidade de recetor D2 da DA (D2DA) em comparação com indivíduos de peso normal bem como

uma menor ativação dopaminérgica da DA estriada, em resposta à ingestão de alimentos de elevada palatividade (17; 11).

Estudos apontam que as mulheres que aumentam de peso, evidenciam uma redução na resposta dopaminérgica, perante a ingestão de alimentos de elevada palatividade, relativamente em mulheres com peso estável (11; 20). Além disto, o estudo realizado por Wang e colaboradores (17) propõe a teoria da “**hipofunção dopaminérgica**”: a hiperfagia resulta da adaptação do cérebro dos indivíduos obesos, para compensar a diminuição da função dopaminérgica. Assim, uma atividade e disponibilidade dopaminérgica diminuída promovem a ingestão alimentar (18).

Concluindo, verifica-se de facto que estruturas e elementos proteicos estão implicados neste processo.

Pela multiplicidade de elementos envolvidos e pela transversalidade de funções, torna-se, portanto, possível que o significado subjetivo da sensação de prazer possa ser experienciado, nesse sentido de transversalidade de funcional, após ou durante alguns comportamentos ligados à saciedade de uma ou várias necessidades básicas.

Este fenómeno, pode experienciar-se, tornando assim perceptível uma sensação subjetiva de prazer - que seria originalmente de cariz sexual – elemento comum a outra necessidade, como a alimentação.

Este pode ser um dos fenómenos explicativos que tornam a alimentação, não só uma necessidade básica de ingesta calórica como obtenção de energia, mas também um fenómeno vivido como uma experiência hedonista, com o elemento de sensação de prazer, durante a ingesta. Esta duplicidade de sensações – saciação fisiológica e prazer – colocam a alimentação, com o estatuto dessa mesma duplicidade: a alimentação torna-se uma necessidade básica de saciação fisiológica e emocional, com carácter hedonista.

Alimentação Hedonista - comer como sentimento de prazer

Por tudo o atrás descrito, alimentar-se é assumidamente um comportamento que pode ser de prazer e ou desprazer. Nesta longitude de sentimento subjetivo de prazer, podem estar envolvidos vários fatores de natureza biológica, psicológica, social ou cultural.

Por exemplo, a conceção cultural da abstinência religiosa à carne de porco ou de vaca, poderão tornar um prato suculento numa experiência repelente ou repulsiva, em que a sensação da alegria, se substitui pela sensação de nojo.

Noutra dimensão, de natureza mais psicossocial, a ingesta de um prato de “carbonara” italiana, pode ser desprazeroso para alguém com intenção assumida de autoimposição

de redução da ingesta. Dito de outra forma, a alimentação é efetivamente um fenómeno multifatorial em termos de causas e consequências comportamentais, sendo certo que, por norma, está ligada a sensações mais ou menos transitórias de prazer, com intensidades e motivações variáveis.

Assim, torna-se compreensível que: a alimentação pode ser iniciada por numerosos estímulos externos e internos.

Os externos, que englobam estímulos visuais, auditivos e olfativos relacionados com o alimento, ciclo diurno, temperatura, programações temporais de acesso ao alimento, a densidade relativa de predadores e alimento num nicho ambiental, estímulos sociais e, nos seres humanos, preferências culinárias, rituais étnicos e religiosos e sofrimentos psicológicos. Todos os estímulos internos para iniciar a alimentação estão relacionados com o metabolismo. “ (21).

Ainda dentro da perspetiva da alimentação como fenómeno hedonista, não poderia ser esquecido o aspeto palativo da ingesta, origem percetiva das preferências de alimentos ou recusa por outros.

Todavia, na saciação e controlo da alimentação, o paladar vai mais além do que uma experiência sensorial. Envolve o valor nutricional, não se cingindo apenas ao sabor dos alimentos, mas também ao aroma, à visão, à audição e até mesmo à textura, o que pode afetar substancialmente as preferências alimentares. Importa referir que a espécie humana apresenta o sabor inato a doce: líquido amniótico possui glicose, frutose, aminoácidos e ácidos gordos, o que justifica que alimentos ricos em açúcar e em gordura serem considerados mais palatáveis do que alimentos com baixos teores destes nutrientes tanto por indivíduos obesos como de normal peso (21).

A título de exemplo, refira-se que o padrão alimentar atual é caracterizado por elevada abundância e variedade de alimentos ricos em açúcar e gordura apresentando sabor apelativo e elevada densidade energética, o que, associado com o sedentarismo têm tornado o ambiente contextual alimentar cada vez mais obesogénico (21).

Terminada esta abordagem ao conjunto de controlos relacionados com a alimentação como necessidade básica, o próximo subcapítulo apresentará a componente da Compulsão Alimentar, como variável em estudo.

Da Compulsão Alimentar à Compulsão Alimentar Periódica

“A verdadeira felicidade é impossível sem verdadeira saúde, e a verdadeira saúde é impossível sem um rigoroso controle da gula.” Mahatma Gandhi

Partindo dos pressupostos abordados, esta problemática parece ser um síndrome de elementos patológicos biológicos complexos e o contexto social que progressivamente se vem tornando cada vez mais exigente relativamente à imagem corporal. A problemática da Compulsão Alimentar, emerge do fenómeno obesidade e vice-versa, em causas e consequências. Todavia para ser bem compreendido este fenómeno será abordado em conjunto, a triangulação de variáveis, que se julga serem moderadoras no processo.

A palavra obesidade aparece documentada pela primeira vez no ano de 1611 por Randle Cotgrave no Oxford English Dictionary (22). A palavra surge diretamente do Latim *obesitas* “gordura, corpulência”, de *obesus* “que comeu a sua própria gordura”, participio passado de *obdere* “comer tudo, devorar”, de *ob* “superior” + *edere* “comer”, da língua francesa *Obésité* (22; 23).

O significado atribuído às pessoas com excesso de peso e obesidade tem variado de acordo com as diferentes épocas e lugares geográficos: quando a comida era escassa era vista como sinal de prosperidade e bem-estar, sendo comum nos altos funcionários da Europa na Idade Média e do Renascimento e nas Antigas civilizações da Ásia Oriental (22). O ato de comer ajudava igualmente a organizar regras da hierarquia social (por exemplo: mulheres e crianças eram excluídas da mesa comum), impor limites e fronteiras sociais, políticas, religiosas, entre outras (24).

Uma palavra sobre a relação entre Obesidade e Compulsão Alimentar

A Compulsão Alimentar é o transtorno alimentar mais predominante estando presente em todos os países, ocorrendo com frequência razoavelmente semelhante na maioria dos países industrializados: Estados Unidos, Canadá, muitos países da Europa, Austrália e Nova Zelândia.

A sua importância clínica está relacionada com o aumento do risco e manutenção de indivíduos com obesidade, bem como excesso de peso; com morbididades do foro psiquiátrico (depressão e ansiedade, normalmente aliadas com a excessiva preocupação com a comida e forma e peso corpóreos); desregulação endócrina; problemas interpessoais, incluindo problemas no desempenho de papéis sociais; alexitimia e dificuldades na identificação e regulação emocional, alterações de humor; transtornos

de personalidade e abuso de substâncias, tais fatores apresentam impacto socioeconómico negativo originário da redução da qualidade de vida bem como no aumento da utilização dos serviços de saúde, maior morbilidade e mortalidade (25; 26; 27). Assim, a compulsão alimentar afeta um segmento significativo de indivíduos obesos mas também não obesos (28; 29): sua prevalência na população em geral varia entre 0,7% e 12,2% enquanto na população com obesidade é de 30% (48; 45). Ressalta-se ainda que a compulsão alimentar é mais prevalente em indivíduos que procuram tratamento para emagrecer do que na população em geral (25; 28).

A compulsão alimentar e a perda de controlo da ingestão, ocorrem em crianças e estão associadas a maior percentagem de gordura corporal, ganho de peso e consequências psicológicas. Embora considerada uma patologia da idade adulta, cada vez surgem mais estudos, que apontam que pode ter início na infância e/ou na adolescência ou idade adulta jovem assim, quanto mais precoce for o início dos episódios de compulsão alimentar pior a evolução e mais complexas serão as intervenções (26; 25), sendo comum em amostras de adolescentes e universitários.

Foca-se que o descontrole na ingestão ou a compulsão alimentar periódica podem representar a fase prodrómica dos transtornos alimentares para alguns indivíduos. Em muitos indivíduos com transtorno de compulsão alimentar, o hábito de fazer dieta era recorrente. A mudança de diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar para outros transtornos alimentares é pouco comum, o que se pode dar ao fato de os pacientes com transtorno de compulsão alimentar que procuram tratamento apresentarem faixa etária superior aos que apresentam bulimia nervosa ou anorexia nervosa (30).

O transtorno de compulsão alimentar está associado ao excesso de peso e obesidade, todavia, apresentam aspetos distintos. Primeiramente, os níveis de valorização excessiva de peso e formas corporais são maiores em indivíduos obesos com transtorno de compulsão alimentar do que os pares sem transtorno; seguidamente, as taxas de comorbidade psiquiátrica apresentam-se significativamente maior em indivíduos com transtorno do que aqueles que não o apresentam; evidencia-se o sucesso prolongado de tratamentos psicológicos em pacientes obesos com transtorno de compulsão alimentar em contraste com a ausência dos mesmos tratamentos em obesos sem compulsão alimentar.

Por fim ressalta-se que pacientes obesos que apresentam compulsão alimentar têm maior probabilidade de recaídas após tratamento para perda de peso bem como depressão, abuso de álcool e drogas, insatisfação com a imagem corporal; verifica-se

que em pacientes obesos com indícios de compulsão alimentar submetidos a cirurgia bariátrica, o comportamento alimentar persiste ou é agravado após cirurgia (25; 31). Para uma melhor compreensão deste enquadramento da obesidade na Compulsão alimentar apresentar-se-á uma breve abordagem a esta variável, seja do ponto de vista conceptual, seja do ponto de vista epidemiológico.

Obesidade – definindo os termos

Obesidade e excesso de peso, de acordo com a OMS, são as terminologias para intervalos de peso que estão acima do que é considerado saudável, para uma determinada altura, pelo que se torna útil para identificar faixas de peso que apresentam maior probabilidade para desenvolver determinadas patologias e/ou outros problemas de saúde (32). O instrumento aplicado é o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo uma medida indirecta de mensurar a gordura corporal, medida fácil e rápida de aplicar e economicamente barata, cujo cálculo centra-se no peso a dividir pela altura ao quadrado, em fórmula matemática resulta em: $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{Altura})^2 \text{ (m)}} \quad (33)$. Assim, é categorizada, de acordo com o Centro de Controlo das Doenças da OMS (32; 34), como:

Tabela 2: Representação esquemática entre tipologias de Obesidade e IMC

Baixo Peso	<18,5kg/m ²
Peso Normal	18,5-24,9kg/m ²
Excesso de Peso (Pré-obesidade)	25- 29,9 kg/m ²
Obesidade Grau I	30,0-34,95 kg/m ²
Obesidade Grau II	35,0-39,95 kg/m ²
Obesidade Grau III	> 40,0 5kg/m ²

Origem: Organização Mundial de Saúde (OMS)

Embora se apresente como resultado do desequilíbrio energético (quando se consome mais calorias do que as que são despendidas pelo organismo (35), é uma patologia complexa sendo influenciada: por fatores genéticos, atividade física, hábitos alimentares (3), mas também por fatores sociais, psicológicos, emocionais, económicos, endócrinos e metabólicos e as suas mais diversas interações (29).

Estudos atuais consideram a obesidade uma síndrome metabólica (36), sendo já uma expressiva e perturbadora epidemia mundial com proporções de 1 bilião e 300 milhões de adultos com critério de excesso de peso e obesidade, respetivamente, atingindo 30% da população europeia. A obesidade não só apresenta implicações no presente mas também nas gerações futuras (33).

Embora apresente proporções epidémicas, verifica-se que nem todas as pessoas expostas aos mesmos ambientes se tornem obesas e nem todos os indivíduos obesos apresentem a mesma distribuição de gordura corporal ou padeçam das mesmas patologias (34).

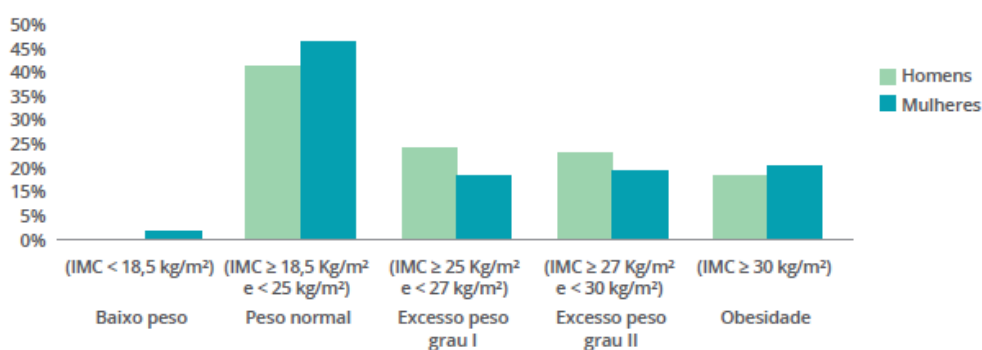
Seja como for, apresenta-se como fator precipitante para doenças crónicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, cancro, osteoporose, aterosclerose, apneia e problemas de sono, problemas de fertilidade, aumento da mortalidade e morbilidade mas acarreta também problemas psicológicos associados com atratividade física, social e estigmatização, níveis de depressão mais elevados e redução da qualidade de vida (37; 3; 38; 39).

Os Perturbação do Comportamento Alimentar têm apresentado um número crescente entre a população sendo considerado um problema de saúde pública (1), e considerando a sua relação com a obesidade, faz sentido, poder observar alguns dados epidemiológicos nacionais, acerca desta componente, considerada importante em termos de saúde pública.

Assim, segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde, levado a cabo pela Direcção Geral de Saúde em 2014 “*mais de metade da população portuguesa (52,8%) com 18 ou mais anos tinha excesso de peso.*

O aumento da obesidade verificou-se sobretudo no sexo feminino e na população com idades entre 45 e 74 anos” (40) (Gráfico. 1), o que corresponde de sobremaneira à população ativa e capaz de reaprender novos comportamentos alimentares.

Gráfico 1: Percentagem da população portuguesa por sexo e IMC, 2014

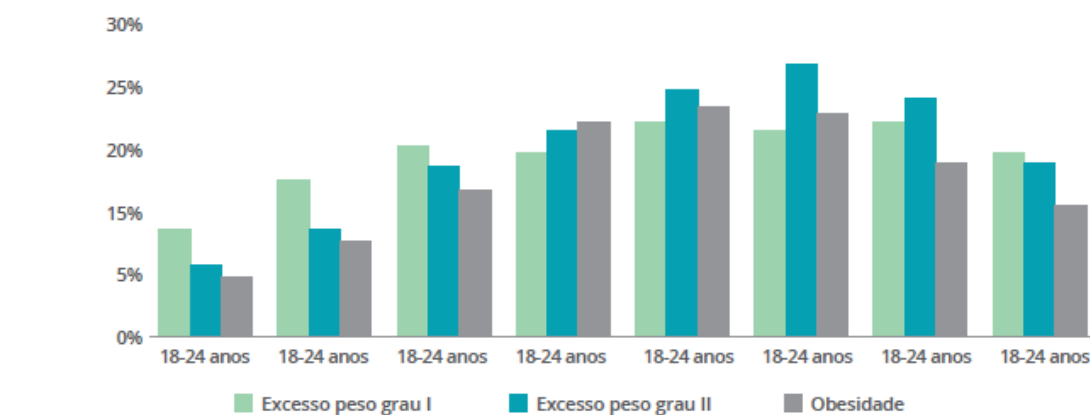


Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

Este ponto torna-se essencialmente neste trabalho, pelas variáveis em estudo e pela possível modificação comportamental alimentar.

No gráfico seguinte poderemos ver como a colocação dos gráficos de barras apresentam a maior concentração de excesso ponderal nos indivíduos entre os 18 e os 24 anos. Considera-se que neste escalão etário de jovens adultos os seus comportamentos alimentares podem estar relacionados com os espaços que mais frequentam, nomeadamente, a escola e os espaços de natureza social propriamente ditos.

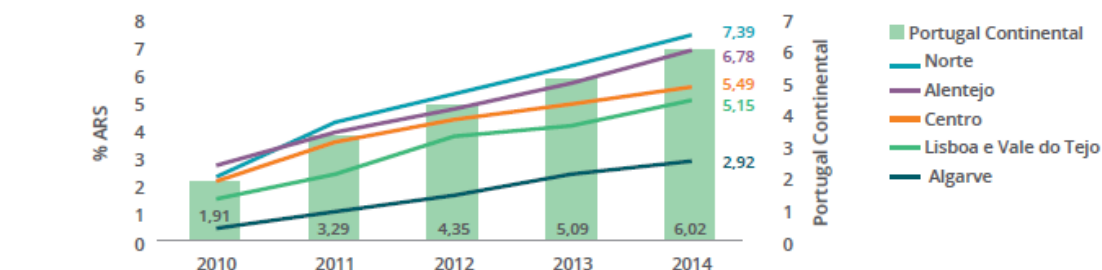
Gráfico 2: Percentagem de população portuguesa com Excesso de Peso e Obesidade por Faixa Etária, 2014



Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

Pese embora nos últimos anos se verifique um número crescente de pacientes com excesso de peso e obesidade em todo Portugal Continental, existem desigualdades desse crescimento nas diferentes zonas geográficas (40) (Gráfico.2 e Gráfico 3), sendo que a maior prevalência de obesidade se tem mantido, no Norte de Portugal por oposição ao menor peso que tem continuado a persistir no Sul de Portugal.

Gráfico 3: Percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o número de utentes nos Centros de Saúde Primários (2010-2014)



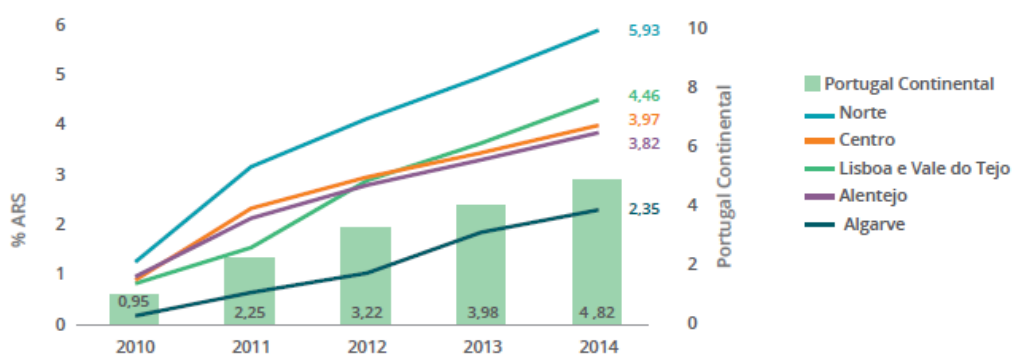
Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

Curiosamente, é o Norte de Portugal, por oposição ao Sul, a região que insere comportamentos alimentares com maior consumo de alimentos culturalmente

processados, nomeadamente o fumeiro, a carne de porco e a utilização de confeção alimentar com menos grelhados e cozidos.

O gráfico 4 apresenta a imagem dos utentes com sobrepeso, em que se regista a mesma diferença entre o Norte e o Sul de Portugal, além de que, e apesar das campanhas que têm sido desenvolvidas em educação da saúde nesta área comportamental, esta diferença se tem tornado mais evidente.

Gráfico 4: Percentagem de pessoas com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos nos Centros de Saúde Primários (2010-2014)



Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

No que concerne às perturbações do comportamento alimentar, os dados epidemiológicos em Portugal são escassos, estando focados essencialmente na anorexia e na Bulimia e em adolescentes e jovens adultos (41). Num estudo realizado por Carmo e Colaboradores (1999) nos distritos de Lisboa e Setúbal, numa amostra de 2398 estudantes do ensino secundário, verificou-se que a prevalência da Anorexia dizia respeito a 0,37% da população, que a síndrome parcial se verificava em 12,6% da amostra, e em 7% da amostra apenas perturbação da imagem corporal, em 38%, o desejo de perder peso das jovens com peso normal ou baixo, e finalmente, excesso de peso em 15,3% da população em estudo (42). Um outro estudo desenvolvido no Norte de Portugal (2004) envolvendo 486 estudantes universitárias em dois campus universitários, revelou prevalências de um peso inferior ao normal em 25% das participantes, sendo que o desejo de perder peso caracterizava 70% das participantes. Destas, apenas 7% tinha um peso superior ao normal e 19% tinha um peso inferior ao normal. Além destes dados, também se registou que 29 destas participantes relatavam cumprir os critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa, e foram verificados 50 casos

de perturbação de ingestão alimentar compulsiva e 1 caso parcial de anorexia nervosa (43).

De acordo com a quinta edição publicada em Maio de 2013, do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento alimentar que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos, o que compromete a saúde física ou o funcionamento psicossocial, sendo exemplo: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimenta.

Embora a obesidade não esteja incluída no DSM-5 como um transtorno mental, existem associações entre a obesidade e uma panóplia de transtornos mentais, como é o caso da compulsão alimentar, transtorno depressivo e bipolar, esquizofrenia bem como o efeito colateral de alguns medicamentos psicotrópicos o que é importante para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais, como transtornos depressivos (44).

As doenças do comportamento alimentar ocorrem essencialmente em adolescentes e em jovens adultos (13 aos 19 anos), sendo o género feminino o mais suscetível deste tipo de patologias (45).

Tal como foi já apresentado no capítulo inicial, também a bibliografia apresenta que a origem dos transtornos alimentares é multifatorial, existindo a interação de diversos fatores de risco: culturais, familiares, individuais, sociais, género, padrões estéticos, experiências traumáticas, dificuldade em formação de identidade, predisposição biológica, genéticas e neuro endócrinas (45; 44).

Para uma definição de termos de Compulsão Alimentar

De acordo com o DSM-5, a Perturbação ou Transtorno de Ingestão Alimentar Compulsiva (*Binge Eating Disorder*) foi pela primeira vez listada como uma doença do comportamento alimentar autónoma (46). Ocorre quando há episódios de ingestão de uma elevada quantidade de alimentos significativamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período e em circunstâncias idênticas num curto intervalo de tempo, exemplo: dentro de um período de duas horas pelo menos uma vez por semana durante três meses (47). A compulsão alimentar está inclusa no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do transtorno da personalidade.

Ressalta-se que a Compulsão Alimentar é caracterizada essencialmente pelo sofrimento marcado e assenta em três dos seguintes pilares (44; 48).:

- comer muito mais rapidamente que o normal;
- ingerir alimentos até à sensação de desconforto;
- ingestão de grandes quantidades de alimentos mesmo sem a presença de fome física;
- comer sozinho por causa do sentimento de vergonha pela quantidade de alimentos que ingere
- presença de sentimentos de desgosto de si mesmo, depressão ou culpa após a elevada ingestão

Assim, existe:

- Remissão Parcial quando após todos os critérios satisfeitos a hiperfagia ocorre com uma frequência média inferior a um episódio por semana;
- Remissão Completa, em que previamente satisfeitos todos os critérios de compulsão alimentar mais nenhum se deteta durante um período de tempo sustentado (44).

O nível de gravidade da Compulsão Alimentar baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar:

Tabela 3: Representação esquemática entre o nível de gravidade da Compulsão Alimentar e frequência de episódios de Compulsão Alimentar

Nível de Gravidade	Frequência por Semana
Leve	1 a 3 episódios
Moderada	4 a 7 episódios
Grave	8 a 13 episódios
Extrema	14 ou mais episódios

Origem: Adaptado do DSM-5, 2013

O contexto em que a ingestão alimentar ocorre afeta a estimativa do clínico quanto a ingestão excessiva ou não: uma quantidade de comida que seria considerada excessiva para uma refeição normal não ocorre numa refeição comemorativa, em que essa refeição é considerada típica.

A Compulsão Alimentar (CA) não se limita necessariamente a um único contexto: um individuo pode comer compulsivamente num restaurante e continuar quando chega a casa. Todavia, lanches contínuos com pequenas quantidades de alimentos ao longo do dia não é considerado compulsão alimentar (44). Para ser realmente considerado um episódio de compulsão alimentar a ocorrência do consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada pela sensação de falta de controlo. Assim, considera-se a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de começar – mesmo que não seja absolutamente desta maneira - uma forma de CA. Por exemplo, alguns utentes indicam uma ingestão compulsiva enquanto o telefone toca (por exemplo) mas possuem a

capacidade de parar ao detetarem a presença de alguém. Já com outros pacientes, verifica-se que afirmam que desistiram de controlar os esforços para controlar a ingestão, mas a perda de controlo mesmo assim pode ser considerada presente; noutros casos afirmam que compulsão alimentar por ser planeada (44). A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível, os indivíduos geralmente sentem vergonha dos problemas alimentares que possuem e tentam ocultar a sintomatologia. Durante episódios de compulsão alimentar, o tipo de alimento ingerido varia entre diferentes indivíduos quanto no mesmo indivíduo, pelo que indica que a compulsão alimentar se caracteriza mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que por um nutriente específico.

Emoções como variáveis de comportamentos de Compulsão Alimentar

«... há dias em que comia um boi...!»

M.V.F. (paciente em consulta)

O ato de comer, para além dos aspetos fisiológicos, sociais e ambientais, pode ser afetado pelas emoções (49). Na compulsão alimentar, o antecedente mais comum é o afeto e/ou estados emocionais mais negativos, mas também: *stress* interpessoal, baixa autoestima, imagem corporal negativa, restrições dietéticas, maiores índices de depressão, transtornos de humor, sentimentos negativos referentes ao peso e forma corpórea onde a compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo (44; 25; 50).

Estados específicos – mais ou menos transitórios ou não – tal como o sentimento de frustração, o medo, a própria raiva, a ansiedade e a angústia são “estados de corpo” (em Damásio 2005) difíceis de gerir pelo próprio, desencadeiam necessidades inconscientes de “algo” aparentemente tranquilizador”, algo aparentemente “reconfortante”, e assim, de forma mais ou menos evidente e expressiva, podem levar ao desenvolvimento de comportamentos menos racionais, que na sua extremação, podem desenvolver a compulsão alimentar. Nestas situações, de grande sofrimento ou inquietação para o sujeito, o comportamento do comer excessivo surge também – consciente ou inconscientemente - pela incapacidade em distinguir a fome física (necessidade de alimentos) por sensações e sentimentos desconfortáveis, sendo central a anedonia (incapacidade de sentir prazer), por outro lado a compulsão alimentar aparece como alívio temporário de estados emocionais negativos, em momentos de aflição e como ameaças ao ego (51).

Surge assim a regulação das emoções associada ao comportamento alimentar, aparecendo como exemplos os seguintes contextos emocionais: a alegria como impulsora do aumento do apetite, da ingestão de alimentos e de comer hedônico, enquanto a raiva, por oposição, se associa ao aumento da sensação de fome e à maior tendência de comer compulsivamente. Estas associações foram mais fortes em pacientes obesos em comparação com pacientes não obesos. Neste sentido, verifica-se que um maior controlo da ingestão alimentar e da fome emocional está relacionada com a redução da compulsão alimentar e com o sucesso na perda de peso (44; 52; 53; 54; 55; 56).

Assim, foca-se que estados de humor negativos influenciam os comportamentos alimentares em indivíduos com transtorno do comportamento alimentar: pacientes que apresentam compulsão alimentar mais grave são igualmente os que apresentam níveis mais elevados de depressão e/ou ansiedade bem como pior qualidade de vida, podendo a compulsão alimentar servir como tentativa de aliviar emoções negativas (49; 48; 57).

Outro fator importante é a perceção da imagem corporal onde a literatura aponta que imagem corporal distorcida no qual há a crença que o individuo está acima do peso pode conferir vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar, especificamente compulsão alimentar periódica e sofrimento psíquico (58) no qual existe a preocupação de fazer dieta o que na maioria das vezes ocorre sem acompanhamento nutricional adequado o que conduz a práticas alimentares não saudáveis: variando entre restrições alimentares severas ao comer compulsivamente (59).

Frequentemente, a compulsão alimentar ocorre em indivíduos de peso normal mas também com sobrepeso e obesidade (48; 44).

O transtorno de compulsão alimentar é mais frequente associado a indivíduos com obesidade e sobrepeso que procuram tratamento.

Todavia, a maioria dos indivíduos obesos não padece de compulsão alimentar recorrente: indivíduos obesos com transtorno de compulsão alimentar consomem mais calorias e apresentam mais prejuízos funcionais, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior co morbilidade psiquiátrica em comparação com outros indivíduos obesos sem transtorno de compulsão alimentar (44; 60).

A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados como na bulimia e não ocorre exclusivamente durante a bulimia nervosa ou anorexia nervosa (44).

Uma última definição de Compulsão Alimentar Periódica

A Compulsão Alimentar Periódica (CAP ou *Binge Eating*) define-se como uma perturbação do comportamento alimentar no qual existe a ingestão de uma elevada quantidade de comida num determinado intervalo de tempo - duas horas – nos últimos seis meses, associada com a sensação de perda de controlo em relação ao que come e quando come, não existindo comportamentos compensatórios inadequados e patológicos (vómitos, uso abusivo de laxantes, exercício físico excessivo) e seguindo-se episódios de desconforto psicológico mas também períodos que alteram entre compulsão e restrição alimentar (61; 2; 47; 59; 45).

Neste âmbito, é de referir que a bibliografia atual apresenta estudos que curiosamente apontam que a co morbilidade psiquiátrica em pacientes obesos parece estar relacionada à gravidade da CAP e não a gravidade da obesidade (44; 47).

O próximo subcapítulo apresentará a segunda variável em estudo. Aí será apresentada a Satisfação sexual e componentes relacionadas

1.2. SATISFAÇÃO SEXUAL

“Não posso ver mérito algum em se ter vergonha da sexualidade”
Sigmund Freud

A razão por que aqui se apresenta uma abordagem acerca da relação entre estas duas variáveis – aqui assumida também como variável em estudo – é o facto de progressivamente a bibliografia científica vir colocando em destaque que de entre os efeitos adversos da obesidade, aparecem também, como bem documentados, os contextos relativos à função sexual, e colocando esta necessidade funcional, como um tópico em crescimento.

Nomeadamente, alguns estudos longitudinais apontam que a obesidade está associada com falhas no envolvimento da atividade sexual e no desejo sexual, dificuldades na performance sexual e evitamento de encontros sexuais (28; 62; 63; 64), e porque também aparece a sexualidade como variável protetora, já que, Chen e os seus colaboradores (2009) apontam para uma relação inversa entre a função sexual e o risco de mortalidade (65).

Aqui iniciar-se-á uma apresentação da sexualidade como necessidade humana, e nesta perspetiva, serão focadas algumas variáveis de contexto, para a compreensão das suas interações e consequências, seja em termos de vivência, seja em termos de privação ou recalçamento.

A este propósito, e só no sentido de clarificar a perspetiva aqui a ser focada, relembra-se o defendido por Reich (1988, citado por Volpi ¹(2008) ao posicionar a sexualidade no epicentro das funções fundamentais para a vida, ao expressar: *“Sexualidade é simplesmente a energia vital produtiva. A sua repressão significa, não somente no campo médico, mas de forma ampla e geral, perturbação das funções vitais fundamentais [...]”* (66).

E será neste sentido também, nesta perspetiva interativa e multifatorial, que este subcapítulo colocará a sexualidade, para poder abordar a problemática da Insatisfação sexual.

¹ Volpi (2008) no artigo “A Evolução da sexualidade e as suas causas e consequências, a sua repressão ao longo do desenvolvimento físico, energético e emocional: perspetiva psico-cultural” cita Reich para reforçar a ideia de que a incidência de episódios de neurose, se relacionam com a vivência insatisfatória da sexualidade: «... reich ainda reafirmou o cerne somático e psíquico das neuroses, numa vivência insatisfatória da sexualidade» (página 2, linhas 10-11).

A utilização dos conceitos e palavras deste autor, Reich, neste texto, tem somente o propósito de referir essa relação - considerada pertinente para o que se pretende estudar como variáveis em análise - entre a vivência sexual e o estado mental das populações.

1.2.1. Da Sexualidade como uma Necessidade Básica Humana

A noção da sexualidade como necessidade básica não é recente. No século passado autores na área da saúde, tal como Wanda Horta, de entre as Necessidades Básicas, consideraram que estava o Sexo e a Sexualidade, em que a autora inseria: a reprodução humana, a vivência da sexualidade como fonte de prazer imediato ou contínuo, como o alívio de tensões, como variável de aumento da autoestima e satisfação das necessidades de amor e gregárias.

À luz da pirâmide da hierarquia das necessidades, seja na conceção de Maslow seja na conceção de João Mohana, a sexualidade, sua existência e componentes comportamentais, dizem respeito – segundo os autores - a uma necessidade básica de segundo nível, suscitada depois de satisfeitas as consideradas necessidades fisiológicas ou vitais de primeiro nível. Nesta perspetiva, a sua prática contribui para o equilíbrio físico, emocional e mental, evitando situações de desconforto originadas pelo stress, ansiedade, ou qualquer outro estado de corpo que seja considerado de menor bem-estar subjetivo justamente por falta de exercício da sexualidade.

Para além dos resultados acima descritos como benéficos da prática do sexo, embora de dimensão secundária, a reprodução destaca-se como o principal impacto da sua prática mediante condições previamente criadas para o efeito.

Este facto pode induzir a constatação segundo a qual na consecução dos benefícios imediatos da prática do sexo, pode resultar a reprodução dos seres.

Mas não é somente esta perspetiva que aqui se quer apresentar. Neste estudo importa mais explorar a componente de motivação e de emergência da sexualidade.

Essa componente em que por consequência se pode chegar a comportamentos alterados senão patológicos. Neste sentido, Volpi e Leszczynski,(2008) (66) defendem que:

«A superação ou o recalçamento serão responsáveis diretos pela formação ulterior do carácter, o qual será tanto mais saudável e menos neurótico quanto maior o vigor biológico, herança da primitiva capacidade de autorregulação do organismo, empregado para superar os obstáculos impostos ao desenvolvimento psico emocional. Da mesma forma, o contrário é verdadeiro: se a neurose sobrepujar a saúde, a instalação do carácter neurótico serão o inescapável destino.»

Além desta perspetiva, do ponto de vista concetual, a sexualidade é inegavelmente, uma parte integrante nas relações íntimas e um aspeto fulcral na vida tanto de homens como

de mulheres, afetando a qualidade de vida e o bem-estar físico e emocional (67; 1; 68). Não se nucleariza apenas ao ato sexual mas também ao erotismo, ao prazer, ao envolvimento emocional, ao amor e à reprodução (67; 65).

Segunda a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é um aspecto fulcral nos seres humanos ao longo de toda a vida e engloba a atividade sexual (relações sexuais), gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Todavia, não se restringe somente à biologia e ao sexo engloba igualmente afetos, envolvimento emocional, valores, crenças, atitudes sendo influenciada por uma panóplia de micro e macro sistemas, tais como: sociais, culturais, políticos e educacionais (67; 69).

Neste sentido, a OMS define sexo como as características biológicas que definem o ser humano como feminino e masculino (69) e Saúde Sexual como o (69):

“bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade não se restringindo apenas à ausência de doença, disfunção ou enfermidade, pelo que requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, possibilidade de relações sexuais seguras e agradáveis, livres de coerção, discriminação e violência bem como o respeito e cumprimentos dos direitos sexuais de todas as pessoas”.

Sexualidade – da componente Neurológica

Do ponto de vista histoneurológico, e tal como já foi apresentado, a sexualidade é também gerida por alguns dos núcleos hipotalâmicos (Fig.2), em conjunção com outras necessidades, nomeadamente a alimentação, sendo certo, todavia que no que respeita à sexualidade, há núcleos específicos, mas não exclusivamente:

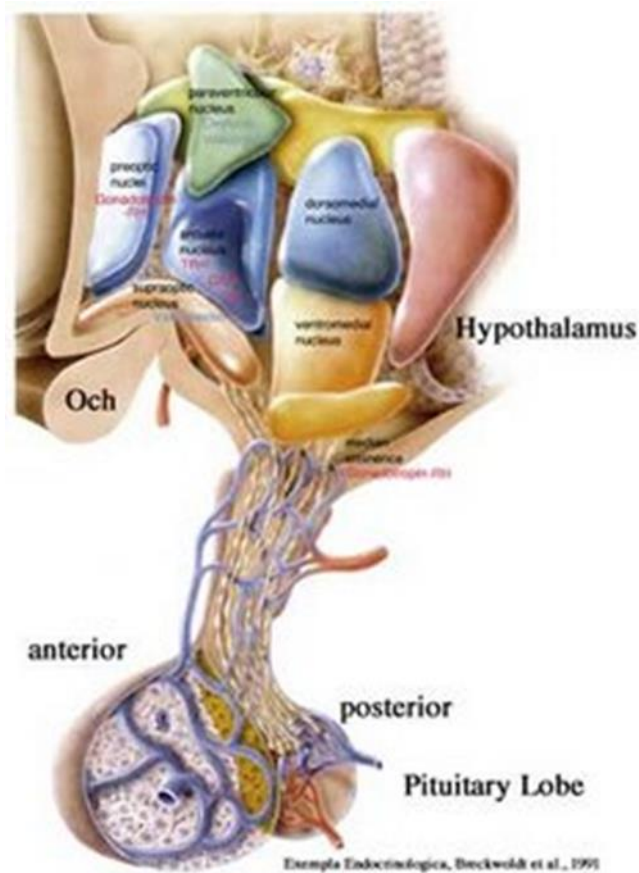
- o Núcleo sexual dimórfico – um dos Núcleos anteriores-mediais hipotalâmicos - tem funções identificadas em alguns comportamentos sexuais, principalmente masculinos. Todavia, este conjunto de núcleos está orientado para funções de homeostasia nomeadamente relacionadas com a componente sexual e de ingestão hídrica e de alimento. Além deste, também o Núcleo ventromedial intervém no comportamento sexual feminino e no comportamento defensivo.

Ou seja, no seu conjunto interativo, as subestruturas límbicas moderam não uma, mas várias necessidades básicas, e a alimentação e a sexualidade são também dependentes desses mesmos processos. Um bom exemplo desse fenómeno é o fato de se reconhecer que o cíngulo (circunvolução límbica) assume um “centro de satisfação” para o encéfalo

e associa-se ao sentimento de satisfação após uma refeição, mas não só... também após uma relação sexual. A percepção de prazer, e de satisfação sexual está aqui também ancorada.

Além destas componentes estruturais, a sexualidade engloba uma interação complexa entre vários sistemas: neurotransmissores, sistema muscular, vascular, sistema endócrino/hormonal mas também por fatores psicológicos (39; 70) .

Fig. 3 Núcleos Hipotalâmicos envolvidos na sexualidade



Todavia, e em suma, o hipotálamo é muito importante em numerosas funções, desde as relacionadas com a saciedade alimentar até às componentes percetivas das emoções e do humor, bem como as sensações relacionadas com o prazer sexual... estas subestruturas estão tão relacionadas com o sentimento de sentir-se relaxado e “sentir-se bem” após uma refeição, como com outros sentimentos de prazer em outras áreas de comportamento – nomeadamente o sexual já apontado -, e até mesmo, sentimentos não prazerosos e de grande intensidade, mas ligados a fenómenos adaptativos e à

sobrevivência - como a raiva e o medo - estão também relacionados com o funcionamento do hipotálamo.” (10)

Independentemente desta rede estrutural, há um sem número de variáveis contextuais evidentemente relevantes. A sexualidade é bio psico socio cultural, e como tal, a projeção das suas interações é muito abrangente.

Por exemplo, cabe lembrar como as relações conflituantes na interação familiar e acontecimentos stressantes durante o ciclo de crescimento do indivíduo, especialmente aqueles relacionados com a sexualidade bem como à identificação pessoal, são apontados como fatores precipitantes para o desenvolvimento de inúmeras patologias uma vez que apresentam um papel desestruturante da personalidade, da autoestima e da autoimagem o que pode originar alterações da percepção nas mudanças corporais e psíquicas, podendo operar como fator etiológico dos transtornos alimentares (30).

Seja como for todo o equilíbrio do sistema humano está intrínseca e extrinsecamente voltado para a homeostasia e portanto, para a Satisfação Sexual.

Da Satisfação Sexual

Uma componente essencial, embora considerada a última etapa do ciclo da resposta sexual da sexualidade humana é a Satisfação Sexual (SS) (71).

Mais especificamente – e porque aqui se trata de uma variável em estudo – aponta-se que a Satisfação Sexual emerge como a dimensão psicológica mais avaliada na área das disfunções sexuais, apesar de não existir ainda consenso definitivo quanto à sua definição e operacionalização.

Alguns autores, adiantam os seus conceitos, e nomeadamente, DeLamater (1991) propõe como sendo a in/satisfação sexual, o grau no qual a atividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais; já Davidson, Darling e Norton (1995) apontam que o sentimento de satisfação sexual está intrinsecamente ligado às experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas atuais e aspirações futuras (citados por Pechorro, 2009).

Na tentativa de aperfeiçoar o conceito, Pinney, Gerrard e Denney identificaram duas dimensões: a satisfação sexual geral, que se foca nos tipos e frequência de atividades sexuais e a satisfação com o seu companheiro atual, assim sendo, a satisfação sexual teria uma componente pessoal e uma interpessoal: de um lado os desejos da pessoa e por outro, os comportamentos do parceiro. Assim, a insatisfação sexual pode ter origem tanto nas disfunções sexuais na própria pessoa ou no companheiro ou existir

independentemente da existência de disfunções sexuais, sendo frequente encontrar pessoas que querem ter atividade sexual, ficam excitadas, têm orgasmos e, mesmo assim se sentem insatisfeitas o que originou o diagnóstico de falta de prazer sexual (72). Uma das definições mais aceitas é a proposta de Lawrance e Byers (1995) (71): “...resposta afetiva decorrente de uma avaliação subjetiva das dimensões positivas e negativas associadas com o próprio relacionamento sexual”.

Segundo a OMS, a Satisfação Sexual é um componente essencial da saúde sexual e um direito sexual sendo resultado de bem-estar sexual e indicador da qualidade de vida global: elevada satisfação sexual está associada a melhorias no estado de saúde física e psicológica, melhor qualidade de vida, melhor comunicação com o parceiro, assertividade sexual, boas relações com crianças e familiares, estado socioeconómico mais elevado bem como baixa crença religiosa (69; 71; 73; 74)

Tabela 4: Níveis da Teoria Ecológica

Microsistema	Distúrbios psicológicos, psicotrópicos; saúde física, doença, deficiência, menopausa; procedimentos cirúrgicos (vasectomia, histerectomia); gravidez (tipo de parto); tabaco e álcool; bem-estar e qualidade de vida; personalidade (egoísmo, perfeccionismo, capacidade de resolver problemas, autonomia, domínio ambiental, crescimento pessoal, satisfação com a vida, autorrealização, auto estima, autoconceito, autoconceito sexual, auto confiança); antropometria (peso, IMC, imagem corporal); papel sexual (atitudes sexuais, pensamentos sexuais, importância atribuída ao sexo, pornografia, culpa sexual, abuso sexual, homofobia, experiências sexuais anteriores, número de parceiros sexuais, orientação sexual); variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, local de residência)
Mesosistema	Relação do casal (satisfação com o relacionamento, intimidade. Compromisso, amor, apoio, equidade, frequências das relações sexuais, comportamento sexual, comportamento hedonista, interesse sexual e motivação, contraceptivos, lubrificante, ansiedade no desempenho); infertilidade
Exossistema	Apoio social, discriminação; <i>stress</i> (financeiro, família, trabalho), relações na família, afetos, paternidade, estado socioeconómico, responsabilidade
Macrossistema	Religião, espiritualidade, conflitos culturais
Modelo Ecológico: variáveis associadas com a Satisfação Sexual	

Origem: Níveis da Teoria Ecológica, Adaptado pela autora a partir de Henderson e colaboradores (2009) (73)

Neste sentido, verifica-se que a Satisfação Sexual pode ser afetada pelo próprio indivíduo mas também pelas características relacionais, variáveis sociais, ambientais, religião entre outros o que conduz à teoria ecológica, isto é, o desenvolvimento humano é afetado pela interação de quatro níveis inter-relacionados: microsistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (71; 73), níveis esses dispostos por camadas que leva dos fatores mais proximais para os mais distais em relação a variável estudada (73) (tab4).

O estudo da Satisfação Sexual centra-se essencialmente no casal, onde se aponta que a interação entre sexualidade, comunicação, dificuldades com a gestão de energia estão fortemente associadas com a insatisfação no relacionamento. Assim, a satisfação sexual está associada com o funcionamento do casal, frequência sexual, comunicação sexual, satisfação com o relacionamento, intimidade física não sexual e intimidade emocional. Assim, em contexto relacional, a satisfação sexual está relacionada com o prazer mutuo e de experiências sexuais positivas e não da ausência de conflito ou disfunção (74). (Tabela 2).

Disfunção Sexual, segundo a OMS, é definida como “várias maneiras que o individuo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele ou ela desejaria” (69).

Assim, verifica-se que a sexualidade é vivenciada por homens e mulheres de diferentes maneiras.

Em homens a sexualidade resulta do desejo, atracção sexual e comportamento sexual, tal é influenciado por centros de excitação localizados no trato espinhal e no cérebro (sistema límbico) fisiologicamente, a função sexual masculina envolve a obtenção e manutenção da ereção peniana, emissão do esperma, ejaculação e o orgasmo, sendo orientadas pelo tato e por estímulos visuais, o que são influenciados por fatores ambientais e socioculturais, sofrendo evolução ao longo dos anos (75) .

Tabela 5: Fatores influenciadores da Satisfação Sexual

Satisfação Sexual	
Experiência Sexual Individual	Dimensões relacionais
Sentimentos Positivos	Sexualidade lúdica
Prazer	Criatividade
Orgasmo	Ações fora do desejo
Abertura Sexual	Frequência Sexual
Excitação	Intimidade
Desejo	Mutualidade
	Expressão de Sentimentos
	Romance

Origem: Fatores que influenciam a Satisfação Sexual, adaptado pela autora a partir de Pascoal e colaboradores (2014) (74)

No género masculino, a obesidade está associada com a diminuição da qualidade de vida sexual, baixa satisfação sexual, aumento da disfunção erétil, comprometimento vascular peniano, ereção, ejaculação, orgasmo e desejo sexual (75) outros estudos afirmam que o IMC é um risco independente da função sexual, sendo que a obesidade

aumenta a adiposidade abdominal sendo regulador de inflamação, função endotelial e resistência à insulina, estigmatização mas também fatores como sedentarismo, tabagismo e alcoolismo afetam a função sexual masculina (75; 76).

No gênero feminino, estudos comprovam que a sexualidade é influenciada por uma vasta panóplia de fatores entre eles: histórico-sexuais, gênero, idade, valores, crenças, aspetos familiares, religiosos, educacionais ou pelas características da mulher (baixa autoestima, percepção negativa da imagem corporal, fatores emocionais, depressão, ansiedade) (61), bem como estudos apontam que uma imagem corporal negativa leva à existência de menos frequência sexual, decréscimo do prazer sexual ou do orgasmo (63; 77; 78; 79), estando a sexualidade feminina afetada, arrasta consigo consequências a nível familiar, divórcios e a nível da reprodução (64). Todavia, a relação entre o IMC e a função sexual feminina é ainda pouco estudada e a pouca produção científica não é uniforme (76).

1.3. COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E SATISFAÇÃO SEXUAL - UMA RELAÇÃO EM ESTUDO

“Sempre encontrei no sexo uma grande virtude consoladora, e nada adoça mais as minhas aflições vindas dos meus problemas do que sentir que uma pessoa amável se interessa por ele.”

Jean-Jacques Rousseau

Desde os primórdios, a humanidade vem desenvolvendo e apresentando o culto ao corpo que acarreta consequências para os prazeres advindos dele bem como para os relacionamentos afetivo-sexuais dos indivíduos (80; 81).

De acordo com os estudos realizados no âmbito dos Perturbação do Comportamento Alimentar, a obesidade surge associada a Compulsão Alimentar neste sentido destaca-se como ato compensatório perante as dificuldades emocionais e relacionais.

O ato de comer passa a substituir o prazer sexual, servindo para esconder desejos sexuais e escapar ao sexo. Tal conduta origina a inibição emocional de controlo não-clínico no qual se verifica que nesses pacientes existe um aumento de sentimentos e a sensação de estarem gordos, diminuição a autoestima, aumento de emoções reprimidas e sentimentos de fracasso e autorrejeição (82; 5; 58).

Nesta linha de pensamento, os hábitos alimentares abrangem um processo complexo da sexualidade humana, por um lado por via da nutrição por outro lado pela multiplicidade de aspetos psicológicos envolventes.

As emoções aparecem como primordiais para o controlo básico do sistema comportamental do Homem como é exemplo a fome. Estudos atuais apontam que personalidade e emoções favorecem a ligação entre alimentação e sexualidade: pessoas emocionalmente desreguladas apresentam sexualidade impulsiva e Perturbação do comportamento alimentar (83).

Segundo uma revisão da Literatura desenvolvida por Macht (2008), as emoções afetam não só as respostas ao ato de comer mas também aos processos de ingestão e metabolismo: o ato de comer e o sentimento de satisfação física podem satisfazer e equilibrar sentimentos negativos (stress, ansiedade, raiva, tristeza, solidão) uma vez que há a libertação de oxitocina (hormona libertada pela excitação sexual, orgasmo, massagem e consumo de gordura) (3; 84).

A presença de uma perturbação do comportamento alimentar, tal como a compulsão alimentar periódica, e as suas consequências podem afetar significativa e negativamente várias áreas, como: social, saúde, física, laboral, atividade sexual, entre muitas outras.

Todavia, a função sexual raramente é tomada em conta como componente durante o período de tratamento, á exceção de abuso sexual em história traumática.

O abuso sexual na infância tem sido relatado entre 5-10% da população, sendo associado a resultados adversos, tais como: alcoolismo, diabetes, tentativas de suicídio, transtornos psicológicos e emocionais, ansiedade, fome emocional, compulsão alimentar, perturbação do sono e aumento de inflamação (85; 86; 87).

Um outro estudo realizado por Salwen e colaboradores (2014), envolvendo 187 pacientes com obesidade extrema verificaram: 61% apresentava historial de abuso na infância, 30,5% apontava para abuso interpessoal e 15% apresentam sintomatologia significativa de depressão (85).

Outro estudo desenvolvido por Alvarez e Colaboradores (2007) envolvendo 11115 mulheres não grávidas verificou que mulheres que relatavam exposição ao abuso infantil eram mais propensas a padecer de obesidade apresentando *odds ratio* 1,32 (95% de intervalo de confiança) (88).

Todavia, Larsen e Colaboradores (2005), nem estudo envolvendo 157 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica verificou que 23% dos participantes (todas mulheres) apresentavam história de abuso na infância, mas não houve diferenças entre pacientes com e sem história de abuso na infância no que concerne ao peso e à saúde física existindo diferença nos níveis de depressão: pacientes com história de abuso na infância apresentam maiores níveis de depressão (89).

Assim, durante a infância, o abuso sexual e físico está associado com a duplicação da probabilidade de obesidade e excesso de peso e depressão. Um potencial esclarecimento para esta relação centra-se no fato da compulsão alimentar se apresentar como “função adaptativa” dos pacientes obesos face ao abuso sexual na infância (90; 91; 86).

Evidência científica mostra que alterações no IMC estão diretamente relacionados com o interesse sexual (1; 3), neste sentido evidenciam-se alguns estudos a seguir apresentados.

Olhando para a Compulsão e a Sexualidade

O fenómeno de Compulsão Alimentar Periódica e a Satisfação Sexual vem revelando alguma relação:

Poggiogalle concluiu que existe relação entre o aumento do IMC e a redução da Saúde Sexual; Viveiro (2012), também nesta temática, concluiu que pessoas obesas apresentam maior dificuldade em vivenciarem a sexualidade (5) e Boyes (2009) afirma

que mulheres com maiores IMC apresentam menor qualidade nas relações e com homens menos desejáveis. Estudos com conclusões divergentes: Yaylali (2010) afirma que IMC, orgasmo, peso e satisfação sexual estão negativamente relacionados.

De acordo com Kaneshiro e colaboradores (2008), envolvendo uma amostra de 7643 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, concluíram que o IMC não é significativamente associado com a orientação sexual, com a idade da primeira relação sexual, frequência de relações sexuais heterossexuais e o número de parceiros masculinos embora mulheres obesas e com sobrepeso relatem nunca terem tido envolvimento sexual (92).

O estudo realizado por Huber e seus Colaboradores (2014) envolvendo 185 mulheres concluiu que não existe associação entre o IMC ou Razão Cintura/Anca e a frequência de relações sexuais por semana bem como mulheres com excesso de peso e obesidade não se envolvem em menos relações sexuais devido ao seu tamanho corporal (93).

Karenen et al (2010), na pesquisa dedicada a esta temática, concluíram que a anedonia está associada com a alimentação descontrolada, fome emocional e compulsão alimentar e indivíduos obesos sem anedonia apresentavam maior redução de peso em follow-up (52).

Ainda se retomam para este conjunto de evidências, os resultados encontrados por Costa e seus colaboradores (2010), quando realizaram um estudo envolvendo 40 mulheres obesas, onde verificaram que as pacientes obesas portadoras de CAP evidenciavam mais frequentemente imagem corporal negativa, embora o comportamento sexual não evidenciasse alterações estatisticamente significativas, todavia, terão concluído também que as pacientes portadoras de CAP apresentavam maior risco para o desenvolvimento de disfunções sexuais (61).

De acordo com investigação levada a cabo por Bajos e seus colaboradores (2012), não existem diferenças na disfunção sexual (falta de desejo sexual, excitação, relações sexuais dolorosas) entre mulheres obesas ou com excesso de peso em comparação com as de peso normal, todavia, evidenciaram que o desejo sexual diminui com o aumento do IMC, bem como pessoas com obesidade relatam ter menos parceiros sexuais do que pessoas com normopeso, o que não significa que haja por isso menor atividade sexual, porque, não foram verificadas diferenças em termos de frequência de relações sexuais (94).

Outros autores focam que o peso corporal e o IMC estão significativamente relacionados com a redução do interesse sexual, sendo que mulheres obesas apresentam

maiores prejuízos – no sentido de considerarem menos prazeroso – bem como atribuírem menor qualidade à sua vida sexual (76; 77; 95).

Segundo os resultados obtidos nos estudos de Castellini e colaboradores (2010) verificou-se que mulheres obesas reportam pior função sexual do que mulheres com peso normal sendo que a fome emocional está associada com a disfunção sexual (2).

O IMC elevado – tal como aparece em resultados de outros estudos – apresenta relação com disfunção sexual e, conseqüentemente, também a disfunção sexual, se apresenta relacionada com a infertilidade feminina (96); ainda nesta matéria, verifica-se que segundo Sabia e Ress (2011), as mulheres com excesso de peso e obesidade enfrentam um conjunto de desafios maiores do que os homens na mesma categoria de IMC, e focam estes autores, que adolescentes do gênero feminino com elevado IMC, apresentam uma frequência mais reduzida, na probabilidade de se tornarem sexualmente ativas (97).

Para melhor verificar as relações entre comportamento alimentar e relações íntimas, apresentam-se os resultados do estudo de Arcelus e colaboradores (2012), onde se verifica que pacientes com Perturbação do comportamento alimentar (tanto anorexia nervosa, como bulimia nervosa ou *binge eating disorder*) apresentam dificuldades nos relacionamentos amorosos, problemas íntimos e reduzida satisfação no casamento (27).

No estudo desenvolvido por Kinzl e colaboradores (2001) - envolvendo 82 mulheres como amostra – concluiu-se que os problemas sexuais em indivíduos obesos, são o resultado da falta de autoconceito, autoimagem negativa, insatisfação nos relacionamentos íntimos e/ou a estigmatização social; além de que e conseqüencialmente, o *Binge Eating*, encontrado em pacientes obesos, evidencia que é o resultado da compensação para problemas sexuais, psicossociais e psicológicos (98) .

No estudo desenvolvido por Adolfsson e colaboradores (2004) envolvendo uma amostra de 2810 participantes, verificaram que pessoas obesas apresentam *scores* mais baixos de satisfação com a vida sexual em comparação com os outros grupos de IMC, constataram igualmente uma elevada proporção de homens obesos a reportarem a participação em experiências sexuais involuntárias em comparação com os outros grupos de IMC (3);

Ainda na compreensão desta inter multifatorialidade, e ao nível bio psico social, cabe recordar também, os resultados do estudo desenvolvido por Eddy e seus colaboradores (2004), - envolvendo uma amostra de 234 mulheres com Perturbação do comportamento alimentar – em que se verificou uma associação entre a variável “vida

sexual saudável” das mulheres e as “experiências positivas na infância”, focando em particular a figura paterna (83).

Por outro lado, e de forma oposta, as mulheres da amostra - no estudo apresentado - com vida sexual destrutiva, apresentam correlação entre esta variável e experiências negativas na infância, particularmente as experiências reportadas de abuso sexual e/ou físico, e promiscuidade na adolescência (83).

Curiosamente, parece emergir desta sequência de resultados apresentados, uma perspectiva de interações entre o biológico e o emocional – nomeadamente através das experiências de vida – como de alguma forma se evidenciou para a alimentação, mas que nesta variável, a sexualidade, parece tomar maiores e mais profundas proporções e mais devastadoras consequências.

Após terem sido apresentadas as variáveis em estudo e algumas das respetivas relações entre si, a partir dos estudos selecionados para o efeito, será agora apresentado um subcapítulo que procurará unir metodologicamente a componente teórica e a empírica. Assim, e no sentido de integrar a componente do *rationale* teórico com o *rationale* metodológico, será apresentada uma breve revisitação às Questões de Investigação e aos Objetivos formulados neste estudo, para de forma mais prática se partir para a construção de uma Hipótese de trabalho.

1.4. CONSTRUINDO UMA HIPÓTESE DE TRABALHO

Como se veio apresentando, há por parte da bibliografia mais recente, estudos pertinentes que de alguma forma abordam e verificam relações entre as variáveis que aqui se apresentaram: a Compulsão Alimentar e a Satisfação ou Insatisfação da sexualidade. Assim, e no sentido de criar um brevíssimo elo de ligação entre o construto teórico e a componente empírica, apresentam-se aqui o conjunto de Objetivos que vêm norteando este estudo, para e partindo desta sequência construir uma Hipótese de Investigação que se buscará comprovar, através de uma metodologia para o efeito.

Os objetivos que levaram e serviram como fio condutor ao desenvolvimento deste estudo,

numa primeira abordagem, e no sentido do conhecimento epidemiológico, podem apresentar-se assim:

- Conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, de pacientes em consulta de nutrição e dietética;
- Conhecer o nível de satisfação sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC);

Numa segunda abordagem, e após reconhecer a configuração dos valores das variáveis em estudo, será tido como objetivo:

- Conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável Satisfação Sexual da amostra e o seu nível de Compulsão Alimentar Periódica.

Em termos de compreensão metodológica, e partindo dos pressupostos que os estudos atrás citados evidenciam, pode assim, apresentar-se uma Hipótese Teórica de trabalho, para a qual será desenvolvida uma metodologia específica:

H1 – Existe relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual de utentes em consulta de nutrição.

H0 – Não existe relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual de utentes em consulta de nutrição.

Neste sentido, e para verificação da Hipótese em causa será agora apresentada a metodologia, com a tipologia do estudo que será efetuado, a respetiva seleção de amostra, a seleção de instrumentos de recolha de dados e de análise de dados para o estudo das variáveis, suas características e especificações.

2. METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

Este capítulo, parte dos Objetivos já apresentados, e no sentido de poder dar-lhe consecução, centra-se agora no trajeto metodológico a cumprir, nomeadamente na decisão do tipo de estudo, dos Recursos humanos envolvidos – universo e amostra – e instrumentais, e nestes, a implementação dos Instrumentos de Recolha de Dados (IRD) utilizados para o efeito, de forma a dar resposta a esses objetivos propostos.

Questões de investigação e objetivos

A operacionalização das atitudes sexuais em pacientes com Perturbação do comportamento alimentar revela-se como um desafio dado que estes pacientes apresentam desconforto e incomodo em abordar a sua sexualidade, sendo que, maioritariamente dos estudos apresentados se focarem unicamente na Anorexia e/ou Bulimia (83; 61).

Assim, devido a inexistência e escassa produção científica direcionada à satisfação sexual e a compulsão alimentar periódica na população, em especial na população portuguesa e, como suporte os estudos e estado da arte previamente apresentados, este estudo tem como finalidade conhecer a relação entre a satisfação sexual e a compulsão alimentar periódica, pelo que se levantaram as seguintes questões de investigação:

- Será que existe relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual de utentes em consulta de nutrição?

Assim, apresenta objetivos a seguir expostos:

- Conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes em consulta de nutrição e dietética;
- Conhecer o nível de satisfação sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC);
- Conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável Satisfação Sexual da amostra e o seu nível de Compulsão Alimentar Periódica.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A fim de dar resposta aos objetivos propostos foi realizado um estudo com um desenho de caráter transversal, exploratório e quantitativo, com estudo estatístico descritivo e correlacional para o conhecimento e análise das variáveis.

2.2. MATERIAIS E MÉTODOS

Aqui serão agora apresentados todos os tipos de recursos utilizados nesta investigação. Desde os recursos humanos, aos materiais e aos métodos selecionados, todos serão envolvidos.

2.2.1. População e Amostra

Segundo o conceito de Coutinho (2011), no qual amostra “*é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população onde foi extraída.*”. Neste estudo, não houve a preocupação de trabalhar somente com sujeitos obesos ou pré obesos. Na verdade, o que foi realmente considerado perentório, foi obter uma amostra criterial, ou seja, que de alguma forma se encontrasse em ambiente de consulta de Nutrição e/ou Dietética ou em contexto de Educação para a saúde nestas áreas científicas. O primeiro Objetivo era realmente conhecer o nível de distribuição da variável de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes ou utentes desta área.

A razão por que não poderia ser só uma amostra de obesos é que o segundo objetivo era estudar as diferenças de valores da variável Nível de Satisfação Sexual, relativamente aos diferentes Índices de Massa Corporal. E para tanto, houve que incluir na amostra, utente e ou clientes com vários níveis ponderais.

Assim, a população que constituiu a amostra deste estudo enquadra-se nos seguintes critérios:

1. Critérios de Inclusão: Voluntariedade para o preenchimento das Escalas oferecidas como instrumentos de recolha de dados, Maiores de 18 anos

2. Critérios de Exclusão: qualquer diagnóstico de patologia mental, involuntariedade para a entrevista

Uma das preocupações desta investigação foi obter um tamanho de amostra ideal que fosse capaz de garantir a qualidade dos resultados apresentados. Todavia, deixa-se claro que o mais importante, na seleção desta amostra foi de facto estarem presentes o conjunto de critérios que tornavam possível os procedimentos estatísticos preconizados para ver concretizados os Objetivos em estudo e poder verificar ou refutar a Hipótese de Investigação formulada.

Neste sentido, a partir dos instrumentos completa e corretamente preenchidos, obteve-se uma amostra de 306 respondentes no total, cuja origem geográfica foi conseguida como se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Origem Geográfica da amostra

Origem Geográfica da Amostra	Fi – Fi%
Porto	80 - 26,1%
Bragança	41 - 13,4%
Lamego	27 - 8,8%
Figueira da Foz	105 - 34,3%
PAIDEIA	53 - 17,3%
Total	306 - 100,0%

Num primeiro momento importa referir que estes respondentes provêm de zonas distintas do país, como o Centro, o Litoral Norte e o Norte, sendo que as pessoas atendidas na PAIDEIA constituem uma população flutuante mas ocasionalmente residente nos locais de consulta de Nutrição da PAIDEIA².

Num segundo momento refira-se que de entre os 306 que constituem a amostra, há 212 (69,3%) que são do sexo feminino e 94 (30,7%) do sexo masculino, do ponto de vista etário, as pessoas distribuem-se entre os 18 e os 64 anos, sendo que o maior número de respondentes do sexo feminino (58; 19%) se encontra entre os 18 e 20 anos e os 40-49 anos, e os 27 (8,8%) do sexo masculino entre os 50-59 anos.

Só uma minoria amostral, ou seja, 28 pessoas, (9,2%) têm 60 ou mais anos de idade.

² PAIDEIA – Plataforma Aberta: Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional recebeu a investigadora com o estatuto de Estágio Voluntário (Anexo 2), onde efetuava formação, investigação científica e consultas na área da Nutrição (conforme artigo 3 dos estatutos). No seu espaço de consultas recebeu utentes pelos locais onde se efetuou o estágio (Bragança, Viseu, Vila Real, Guimarães, ocasionalmente deslocados em Bragança por razões académicas).

2.2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

A fim de alcançar os objetivos propostos foram utilizados dois Instrumentos de Recolha de Dados (Anexo 4) já traduzidos e validados para a população portuguesa, sendo estes:

- **A - o Índice de Satisfação Sexual**

- **B - a Escala de Compulsão Alimentar Periódica**

Ambos os Instrumentos são de natureza autoaplicável, razão porque foram considerados para serem usados neste estudo. Se por um lado o respondente poderia solicitar qualquer esclarecimento – dado que o preenchimento foi elaborado em ambiente de consulta – também poderia ser respondido sem qualquer intromissão e interação.

A - Índice de Satisfação Sexual

Durante os últimos anos, o instrumento mais utilizado para medição da Satisfação Sexual é o “Índice de Satisfação Sexual”. Esta escala permite medir o grau ou magnitude da (in) satisfação sexual. Assim, mede os sentimentos do participante de acordo com os seus comportamentos, atitudes, afetos e preferências associadas ao relacionamento sexual, tendo a preocupação para as afirmações não serem ofensivas e não invasoras excessivamente na privacidade do indivíduo.

O Índice de Satisfação Sexual (ISS) ou Index of Sexual Satisfaction, foi desenvolvido por Hudson e colaboradores em 1998 e traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Pechorro e colaboradores em 2009.

O ISS é composto por 25 itens, cada item é cotado numa escala de frequência relativa do tipo Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a “Nunca” e 7 corresponde a “Sempre”.

Para a sua validação foi utilizada uma amostra comunitária normativa constituída por 152 mulheres com idades compreendidas entre 26-70 anos e uma amostra clínica constituída por 51 mulheres e idades compreendidas entre 48-69 anos. Na tradução e adaptação a língua portuguesa foram mantidos 80% dos itens da escala original.

Mesmo assim, a operacionalização desta variável obedece aos seguintes procedimentos:

1. Centra-se primeiramente na reversão dos itens 1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 e 23, através da subtração da resposta do item a $K+1$, em que K é o número de categorias de resposta da escala.
2. Seguidamente, deve então ser calculada a cotação através da aplicação da formula $S = (X_i N)(100) / [(K+1)N]$, em que X é a resposta a um item, i é o item, K

é o número de categorias de resposta, e N é o número de itens devidamente completos, tal só é possível se o participante responder a todos os itens.

3. Para que se torne clara a leitura posterior dos valores intervariáveis, referencia-se, que para esta variável e nesta IRD, os autores expressam que os Valores de cotação **mais elevados indicam maiores níveis de insatisfação** sexual (Pichorro et al. 2009, p 47, linhas 11, 12).

O ISS, em termos de fidelidade, obteve coeficientes alfa de Cronbach de .93, .91 e .92 quando calculado em três amostras heterogêneas diferentes, indicando uma boa consistência interna. Por todas estas razões, e porque a forma como os autores, operacionalizaram a variável – através da transformação das afirmações colocadas no IRD – foi considerado muito pertinente a utilização deste IRD. Como os Objetivos desta pesquisa indicam, este Índice foi selecionado para ser aplicado a esta amostra – de obesos e não obesos) para estudar o seu nível de Insatisfação sexual.

B - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica permite observar a magnitude das mudanças do comportamento alimentar em cada paciente e em diferentes momentos tendo em atenção os sintomas psicopatológicos.

Assim, a sua aplicação torna-se fulcral no rastreamento de pacientes obesos com Compulsão Alimentar, dado que esses pacientes possuem uma evolução clínica dissemelhante aos pacientes obesos sem CAP.

No global, a ECAP é um questionário autoaplicável desenvolvido por Gormally e colaboradores, em 1982, sendo que a sua construção se baseou em três etapas:

Etapa 1: Definição das características da CAP o que resultou em 16 itens divididos em:

- a. 8 itens referentes às manifestações comportamentais, e
- b. 8 itens centrados nos sentimentos e cognições;

Etapa 2: Construção de frases afirmativas – refletindo de alguma forma as percepções dos sujeitos respondentes - que refletem a gravidade da CAP atribuindo a cada respondente, uma pontuação específica de 0 a 3;

Etapa 3: Criação de um critério externo à gravidade da CAP, sendo exemplo o grau de emoção envolvido num episódio.

Assim, esta metodologia de operacionalização desta variável, originou uma escala de Likert constituída por 16 itens e 62 afirmações.

Para cada respondente, o procedimento é da seguinte forma:

- a. Em cada item deve ser selecionada a resposta que melhor representa a percepção pessoal que cada um tem perante a questão em confronto.
- b. Cada afirmação é cotada de 0 a 3 (ausência a gravidade máxima), sendo a CAP final resultado da soma dos pontos de cada item.

Através deste instrumento, poderemos assim, obter vários níveis de pontuação com significado específico (47):

- a. pontuação menor ou igual a 17 é considerada sem CAP;
- b. pontuação entre 18 e 26 considera-se com CAP moderada;
- c. pontuação igual ou superior a 27 considera-se CAP grave.

Esta escala, apresentou-se como um instrumento fiável, e apresentou consistência interna moderadamente alta: alfa de Cronbach = 0,85.

A adaptação e tradução da ECAP para a língua portuguesa foram desenvolvidas por Freitas e seus colaboradores em 2001.

Na sua adaptação foi utilizada uma amostra de 32 pacientes obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica, no qual se obteve uma média de pontuação 31,2 ($\pm 5,8$).

2.2.3. Metodologia de Aplicação dos IRD

Como se trabalhou com uma amostra criterial, a metodologia de aplicação disse respeito ao espaço e tempo em que as pessoas se encontravam, em contexto de formação ou de consulta.

Neste sentido, alguns passos metodológicos foram considerados e seguidos criteriosamente:

- Num primeiro momento, procedeu-se ao envio da solicitação de aplicação (Anexo 3), através de correio registado, dos IRD para as entidades institucionais selecionadas;
- Após resposta afirmativa das respetivas entidades institucionais (Anexo 4), e ao tempo em que a foram apresentando, foram agendadas reuniões sucessivamente, com os recursos humanos responsável pelo serviço de Nutrição (Nutricionista/Dietista, Enfermeira, Administrativa) para:

- a. apresentação sumária e esclarecimento acerca dos Objetivos e procedimentos inerentes ao estudo,
 - b. solicitação e motivação para compreenderem a necessidade de disponibilidade de espaço físico para a recolha de dados,
 - c. explicar com clareza a necessidade e pertinência do acesso aos pacientes, para os convidar e motivar a participar no estudo.
- Os doentes ou utentes da consulta de nutrição, inscritos em consulta, eram convidados a ouvir falar sumariamente acerca de:
- a. tema e pertinência do estudo, a mais valia em ser estudada esta temática para o melhor conhecimento da vida afetiva das pessoas em geral e dos obesos em particular ,
 - b. apresentação de algumas componentes explicativas e metodológicas do estudo, no sentido de os motivar para o envolvimento, curiosidade natural e compreensão
 - c. convidar os utentes para o preenchimento dos IRD's, de forma voluntaria e anónima, no gabinete destinado para tal efeito – conforme o espaço que foi disponibilizado por cada instituição -, num período temporal de aproximadamente 15 minutos com alguma proximidade para poderem colocar questões de compreensão dos termos. Neste ponto do processo, foi obtida com relativa facilidade a anuência das pessoas e os preenchimentos decorreram com surpreendente aceitação e sentimento de satisfação;
- Após preenchimento dos IRD's por parte de cada utente, o respetivo questionário já preenchido, era colocado em envelope específico, juntando todos os questionários, num envelope coletivo, e posteriormente fechado.
- É de salientar que a recolha de dados em cada entidade institucional foi realizada, considerando os seguintes passos vividos:
- a. cada recolha foi levada a cabo em momentos diferentes, ou seja, cada recolha em cada local era realizada durante o período de um mês, e só quando um período de recolha terminava, é que então se iniciava a recolha noutra identidade.
 - b. Na tentativa da consecução dos Objetivos de estudo - para o que deveria haver fundamentação estatística e portanto, dimensão de amostra necessária – foi necessário regressar repetidamente a três instituições, para aplicar e absorver mais preenchimentos dos IRD. Estes procedimentos, com o cumprimento

respetivo metodológico e cronológico, tornou o estudo mais moroso do que inicialmente foi projetado.

Uma das componentes éticas da investigação era assegurar o anonimato e confidencialidade, assim, cada participante era convidado a assinar um consentimento informado (anexo 1) seguindo os critérios de Gutenberg e Helsínquia.

Após o respetivo preenchimento, cada questionário foi codificado e as respostas introduzidas em base de dados estatística, sendo utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23, criando uma base de dados, onde as respetivas variáveis foram submetidas a estudos estatísticos.

2.2.4. Metodologia de Análise Estatística

Após a recolha de dados e operacionalizadas as variáveis demográficas e as variáveis em estudo, e para responder aos objetivos propostos, foi construída uma base de dados e utilizado o programa estatístico SSPSS versão 23.

Para cumprir o desenho exploratório descritivo e correlacional proposto, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos:

Numa primeira abordagem - para tratar as variáveis de caracterização da amostra - foi usada a estatística descritiva, conhecendo assim os valores de distribuição das variáveis amostrais através das medidas de tendência central e de dispersão,

Numa segunda abordagem, foram utilizados testes estatístico de correlação:

- a. Coeficiente de correlação Rô de Spearman utilizado para verificar a relação entre CAP e ISS, aplicado devido a não normalidade na distribuição dos valores das variáveis;
- b. O teste de Kruskal-Wallis (KW) como extensão do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, aqui utilizado por se tratar de um teste não paramétrico utilizado para comparar as várias subamostras obtidas e poder testar a Hipótese formulada acerca da relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual dos utentes em consulta de nutrição.

2.2.5. Problemáticas e Constrangimentos

Durante o processo de realização desta investigação, pese embora se tenha consciência da existência de diversos fatores condicionantes, manter o rigoroso processo científico e metodológico foi uma constante preocupação e prioridade.

Neste sentido verifica-se que diversas vicissitudes foram encontradas no desenvolvimento de investigação: primeiramente a constatação da existência de escassos estudos centrados nesta temática em estudo, principalmente centrados na população lusa; seguidamente a morosidade na obtenção de licenças para aplicação de IRD; recusa de participação no estudo de muitos dos utentes em consulta de Nutrição podendo, de alguma forma, ter condicionado as recolha sucessivas de dados e consequentemente os resultados obtidos, e a necessária recolha de dados em diferentes zonas geográficas do país.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O presente capítulo diz respeito à apresentação dos resultados obtidos. Por uma questão metodológica e de aceder a um conhecimento das variáveis da amostra, inicialmente apresentam-se as características da amostra e seguidamente, apresentar-se-ão os resultados das análises estatísticas das variáveis em estudo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra, tal como se vê na Tabela 7, constitui-se de 306 respondentes, maioritariamente feminina, já que 212 (69,3% do global da amostra) são do sexo feminino e 94 (30,7%) do sexo masculino. Relativamente à idade, a amostra distribui-se entre os 18 e os 64 anos, sendo que o maior número de respondentes do sexo feminino (58; 19%) se encontra entre os 40-49 anos, imediatamente seguida de 53 respondentes (17,3%) entre os 18 e 20 anos, havendo só 21 respondentes (6,9%) com 60 ou mais anos. Relativamente ao sexo masculino, a maioria intra-grupo, 27 respondentes (8,8%) apresenta entre 50-59 anos, seguidos de 23 (7,5%) entre os 18 e os 28 anos. Em geral, a amostra só 28 (9,2%) tem 60 ou mais anos de idade. No global, e tomando a idade de 40 anos como linha média de idades, podemos verificar que há alguma homogeneidade numérica e percentual na distribuição de indivíduos entre estes dois escalões etários: 136 pessoas até aos 40 anos e 142 (apenas mais seis elementos) entre os 41 e os 60 anos.

Tabela 7: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos das variáveis relativas ao Género e Classe Etária da amostra

Classe Etária	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
18 – 28	23 – 7,5%	53 – 17,3%	76 – 24,8%
29 – 39	19 – 6,2%	41 – 13,4%	60 – 19,6%
40 – 49	18 – 5,9%	58 – 19,0%	76 – 24,8%
50 – 59	27 – 8,8%	39 – 12,7%	66 – 21,6%
>= 60	7 – 2,3%	21 – 6,9%	28 – 9,2%
Total	94 – 30,7%	212 – 69,3%	306 – 100,0%

Como pode observar-se na Tabela 8, a maciça maioria dos respondentes é casada, já que tanto nas mulheres (115; 54,2%), como nos homens (48, 52,1%) os percentuais são maiores no estado civil de casado; e há uma minoria para cada género, 7 mulheres e 2

homens respetivamente, que são viúvos. Em União de facto vivem 24 pessoas e no global da amostra, há 92 pessoas (30,1%) que são solteiros.

Tabela 8: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis: Género e Estado Civil

Género	Estado Civil					Total Fi – Fi%
	Solteiro Fi – Fi%	Casado Fi – Fi%	Divorciado Fi – Fi%	Viúvo Fi – Fi%	U. Fato Fi – Fi%	
Masculino	33 - 35,1%	49 - 52,1%	4 - 4,3%	2 - 2,1%	6 - 6,4%	94 - 100,0%
Feminino	59 - 27,8%	115 - 54,2%	15 - 7,1%	5 - 2,4%	18 - 8,5%	212 - 100,0%
Total	92 - 30,1%	164 – 53,6%	19 - 6,2%	7 - 2,3%	24 - 7,8%	306 - 100,0%

No sentido de melhor conhecer a distribuição dos valores da variável Estado Civil, procurou saber-se qual a sua distribuição pelas Classes Etárias: verifica-se na Tabela 9 que a maior concentração de casados, o maior grupo de 55 (18,0%) seguidos do grupo de 48 (15,7%) se situam entre os 50-59 e 40-49 anos, respetivamente. O maior número de solteiros (66; 21,6%) são os mais jovens e este estatuto, nesta amostra, parece diminuir com a idade. O escalão etário que agrega maior diversidade de estados civis diz respeito aos indivíduos entre os 40 e os 49 anos de idade.

Tabela 9: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Classe Etária e Estado Civil

Classe Etária	Estado Civil					Total
	Solteiro Fi – Fi%	Casado Fi – Fi%	Divorciado Fi – Fi%	Viúvo Fi – Fi%	U. Fato Fi – Fi%	
18-28	66 - 21,6%	4 - 1,3%	1 - 0,3%	0 - 0,0%	5 - 1,6%	76 - 24,8%
29-39	18 - 5,9%	34 - 11,1%	5 - 1,6%	0 - 0,0%	3 - 1,0%	60 - 19,6%
40-49	5 - 1,6%	48 - 15,7%	10 - 3,3%	4 - 1,3%	9 - 2,9%	76 - 24,8%
50-59	2 - 0,7%	55 - 18,0%	2 - 0,7%	1 - 0,3%	6 - 2,0%	66 - 21,6%
>= 60	1 - 0,3%	23 - 7,5%	1 - 0,3%	2 - 0,7%	1 - 0,3%	28 - 9,2%
Total	92 - 30,1%	164 - 53,6%	19 - 6,2%	7 - 2,3%	24 - 7,8%	306-100,0%

Do ponto de vista demográfico a distribuição dos valores das variáveis entre o género e o “número de pessoas do agregado familiar” é assaz relevante (Tabela 10): primeiro, porque indica que 20% desta população amostral vive só. Depois porque indica que destes, há o dobro mulheres - 40 elementos, 13,1% de mulheres, relativamente a 7,2% dos homens – que vive esta circunstância, ou seja, não vivem com ninguém, vivem sós. A segunda, é que à exceção da cela com 6 pessoas - que apresenta maior número

absoluto e percentual para o género masculino - todas as outras indicam que as mulheres vivem os seus contextos de vida com mais pessoas, relativamente aos homens.

Tabela 10: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Número de pessoas do Agregado Familiar e Género

Nº de pessoas do Agregado familiar	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
0	22 - 7,2%	40 - 13,1%	62 - 20,3%
1	10 - 3,3%	23 - 7,5%	33 - 10,8%
2	21 - 6,9%	56 - 18,3%	77 - 25,2%
3	19 - 6,2%	51 - 16,7%	70 - 22,9%
4	17 - 5,6%	32 - 10,5%	49 - 16,0%
5	2 - 0,7%	10 - 3,3%	12 - 3,9%
6	3 - 1,0%	0 - 0,0%	3 - 1,0%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

A variável Habilitações Literárias, (Tabela 11) revela que 135 pessoas - representando 44,1% da amostra, tem o ensino secundário (71; 23,2%) e licenciatura (64; 20,9%), respetivamente. Nesta evidência e nas restantes distribuições, verifica-se que não só há mais mulheres com maior nível de formação académica, como o percentual feminino aumenta tanto mais, quanto aumenta o nível mais diferenciado da formação, nomeadamente em pós-graduações, mestrado e doutoramento. Não há nesta amostra homens com doutoramento.

Tabela 11: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Género e Habilitações Literárias/Profissionais

Habilitações Literárias / Profissionais	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
1º Ciclo (1º ao 4º anos)	17 - 5,6%	36 - 11,8%	53 - 17,3%
2º Ciclo (5º, 6º anos)	9 - 2,9%	23 - 7,5%	32 - 10,5%
3º ciclo (7º ao 9º anos)	15 - 4,9%	30 - 9,8%	45 - 14,7%
Secundário (10º, 11º e 12º)	25 - 8,2%	46 - 15,0%	71 - 23,2%
Bacharelato	10 - 3,3%	6 - 2,0%	7 - 2,3%
Licenciatura	24 - 7,8%	40 - 13,1%	64 - 20,9%
Pós Graduação	2 - 0,7%	8 - 2,6%	10 - 3,3%
Mestrado	1 - 0,3%	12 - 3,9%	13 - 4,2%
Doutoramento	0 - 0,0%	4 - 1,3%	4 - 1,3%
Outro	0 - 0,0%	7 - 2,3%	7 - 2,3%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

A distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da Amostra: Género e “número de parceiros sexuais que teve/tem”, cujo os valores se apresentam na Tabela 12, indicam que mais de metade desta amostra apresentou ao longo da vida um parceiro sexual (175-57,2%), seguindo-se dois parceiros sexuais (50-16,3%) e três parceiros sexuais (33-10,8%). Com 4 parceiros sexuais apresentam-se 10 elementos do sexo masculino e 12 do sexo feminino, respetivamente. Nesta amostra verifica-se que o Género masculino auto reporta maior número de parceiros sexuais em comparação com o género feminino, sendo exceção de seis parceiros sexuais que apresentam valores absolutos e relativos iguais nos dois géneros (3-1,0%). Os elevados números de parceiros sexuais apresentam frequências muito baixas, não havendo nomeadamente, mulheres com 15, 16 ou 20 parceiros sexuais, facto só assinalável pelo sexo masculino e em número reduzido.

Tabela 12: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e relativos das variáveis da amostra: Número de parceiros sexuais que teve/tem e Género

Nº de parceiros sexuais que teve/tem	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
1	43 - 14,1%	132 - 43,1%	175 - 57,2%
2	14 - 4,6%	36 - 11,8%	50 - 16,3%
3	10 - 3,3%	23 - 7,5%	33 - 10,8%
4	10 - 3,3%	12 - 3,9%	22 - 7,2%
5	2 - 0,7%	4 - 1,3%	6 - 2,0%
6	3 - 1,0%	3 - 1,0%	6 - 2,0%
7	3 - 1,0%	1 - 0,3%	4 - 1,3%
8	2 - 0,7%	0 - 0,0%	2 - 0,7%
9	2 - 0,7%	1 - 0,3%	3 - 1,0%
15	2 - 0,7%	0 - 0,0%	2 - 0,7%
16	1 - 0,3%	0 - 0,0%	1 - 0,3%
20	2 - 0,7%	0 - 0,0%	2 - 0,7%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

A distribuição cruzada das variáveis “Idade da primeira relação sexual” e “Género”, apresentada na Tabela 13 evidencia que, nesta amostra, a maioria dos participantes indica que a sua primeira relação sexual foi entre os 16 e os 20 anos, sendo que 67 respondentes, -21,9% da amostra – viveu a sua primeira experiência sexual aos 18 anos. No género masculino, 24-7,8% afirma que a idade da primeira relação foi aos 17 anos e no género feminino a idade da primeira relação sexual mais frequente foi aos 18 anos (47-15,4%). Na amostra, verifica-se que o género feminino reporta idade da primeira relação sexual mais tardia em comparação com o género masculino. Todavia também se

verifica que a iniciação sexual tardia, acima dos 23 anos, é infrequente nos homens (só 5 elementos apontam este registo), sendo mais frequente nas mulheres: 5 - 1,6% da amostra - viveram a sua primeira experiência com 23 anos, seguidas de 8 - 2,6% da amostra - com 24 anos, 3 - 1,0% da amostra - e 5 - 1,6% da amostra - com 25 e 26 anos respetivamente, e só uma mulher assume ter vivido a sua iniciação com 30, 32 e finalmente um caso – curiosamente - com 50 anos de idade.

Tabela 13: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Idade da Primeira Relação Sexual e Género

Idade da primeira relação sexual	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
13	1 - 0,3%	2 - 0,7%	3 - 1,0%
14	4 - 1,3%	2 - 0,7%	6 - 2,0%
15	10 - 3,3%	6 - 2,0%	16 - 5,2%
16	11 - 3,6%	14 - 4,6%	25 - 8,2%
17	24 - 7,8%	39 - 12,7%	63 - 20,6%
18	20 - 6,5%	47 - 15,4%	67 - 21,9%
19	4 - 1,3%	31 - 10,1%	35 - 11,4%
20	5 - 1,6%	26 - 8,5%	31 - 10,1%
21	4 - 1,3%	12 - 3,9%	16 - 5,2%
22	7 - 2,3%	9 - 2,9%	16 - 5,2%
23	0 - 0,0%	5 - 1,6%	5 - 1,6%
24	0 - 0,0%	8 - 2,6%	8 - 2,6%
25	2 - 0,7%	3 - 1,0%	5 - 1,6%
26	0 - 0,0%	5 - 1,6%	5 - 1,6%
29	1 - 0,3%	0 - 0,0%	1 - 0,3%
30	0 - 0,0%	1 - 0,3%	1 - 0,3%
32	0 - 0,0%	1 - 0,3%	1 - 0,3%
37	1 - 0,3%	0 - 0,0%	1 - 0,3%
50	0 - 0,0%	1 - 0,3%	1 - 0,3%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

Na Tabela 14 é apresentada a variável Frequência das Relações sexuais por semana e respetivo cruzamento com o Estado civil, e verifica-se que a maioria dos respondentes (79) que representam 25,8% da amostra, assinalam que têm uma frequência de relações sexuais duas vezes por semana, sendo que estes valores, estão mais assinalados pelos casados (41-13,4%), todavia é na frequência de “uma vez por semana” que os casados mais se destacam nesta amostra, com frequência absoluta e relativa de 49 - 16,0% respetivamente. Curiosamente, o subgrupo amostral de Estado civil casado, apresenta maior quantidade de elementos, relativamente aos outros subgrupos, que assumem frequências de relações sexuais por semana, considerando: há 33 casados, por oposição

a 22 solteiros, que têm relações 3 vezes por semana; seguidamente verifica-se que há 12 casados – por oposição a 5 solteiros e 2 de outros subgrupos (um em união de facto e outro divorciado) – que têm relações sexuais 5 e 6 vezes por semana, e ainda nesta sequência se verifica que há 3 casados por oposição a 2 solteiros que assumem ter 4 e 5 vezes relações sexuais por semana.

A frequência de uma vez por semana e três vezes por semana apresentam frequências relativas e absolutas iguais de 71 pessoas - 23,2% da amostra respondente.

Comparativamente, o grupo com mais frequência de relações sexuais, corresponde ao grupo de “União de facto”: 6 pessoas em 24 são 25% da subamostra, por oposição aos solteiros que só são 23% e de 20,1% dos respetivos totais.

Tabela 14: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Frequência de Relações Sexuais por Semana e Estado Civil

Frequência de Relações sexuais por semana	Estado Civil					Total Fi – Fi%
	Solteiro Fi – Fi%	Casado Fi – Fi%	Divorciado Fi – Fi%	Viúvo Fi – Fi%	Un Fato Fi – Fi%	
Não tenho	5 - 1,6%	3 - 1,0%	1 - 0,3%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	9 - 2,9%
1 x por sem	14 - 4,6%	49 - 16,0%	2 - 0,7%	0 - 0,0%	6 - 2,0%	71 - 23,2%
2 x por sem	25 - 8,2%	41 - 13,4%	4 - 1,3%	4 - 1,3%	5 - 1,6%	79 - 25,8%
3 x por sem	22 - 7,2%	33 - 10,8%	7 - 2,3%	3 - 1,0%	6 - 2,0%	71 - 23,2%
entre 1 e 2 x	13 - 4,2%	18 - 5,9%	2 - 0,7%	0 - 0,0%	4 - 1,3%	37 - 12,1%
entre 5 e 6 x	5 - 1,6%	12 - 3,9%	1 - 0,3%	0 - 0,0%	1 - 0,3%	19 - 6,2%
entre 4 e 5 x	2 - 0,7%	3 - 1,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	5 - 1,6%
Entre 3 e 4 x	4 - 1,3%	3 - 1,0%	1 - 0,3%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	8 - 2,6%
entre 2 e 3 x	2 - 0,7%	2 - 0,7%	1 - 0,3%	0 - 0,0%	2 - 0,7%	7 - 2,3%
Total	92 - 30,1%	164-53,6%	19 - 6,2%	7 - 2,3%	24 - 7,8%	306 - 100,0%

Após esta análise, apresenta-se a tabulação cruzada referente à frequência das relações sexuais por semana e o Género, na Tabela 15, onde se verifica que a maioria da amostra (79 elementos - 25,8% dos respondentes) apresenta uma frequência de relações sexuais 2 vezes por semana, imediatamente seguidos de 71 elementos, que respetivamente - com frequências absolutas e relativas iguais – assumem ter uma frequência de relações sexuais (23,2%) de uma vez e três vezes por semana. Salienta-se que relativamente ao género feminino se verifica a frequência de relações sexuais, entre 5 e 6 vezes por semana – em 12 mulheres (3,9%) - e a frequência entre 4 e 5 vezes por semana - em 4 mulheres (1,3%) – e que estes valores são superiores às frequências do género

masculino, para a mesma variável - 7 homens (2,3%) e 1 homem (0,3%), respectivamente.

Tabela 15: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Frequência de Relações Sexuais por Semana e Género

Frequência de Relações sexuais por semana	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
Nunca/ Não tenho	1 - 0,3%	8 - 2,6%	9 - 2,9%
1 vez por semana	15 - 4,9%	56 - 18,3%	71 - 23,2%
2 vezes por semana	30 - 9,8%	49 - 16,0%	79 - 25,8%
3 vezes por semana	22 - 7,2%	49 - 16,0%	71 - 23,2%
entre 1 e 2 vezes	12 - 3,9%	25 - 8,2%	37 - 12,1%
entre 5 e 6 vezes	7 - 2,3%	12 - 3,9%	19 - 6,2%
entre 4 e 5 vezes	1 - 0,3%	4 - 1,3%	5 - 1,6%
entre 3 e 4 Vezes	5 - 1,6%	3 - 1,0%	8 - 2,6%
entre 2 e 3 vezes	1 - 0,3%	6 - 2,0%	7 - 2,3%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

Relativamente, à tabulação cruzada entre o Género e a Importância atribuída às relações sexuais (Tabela 16), verifica-se que na sua evidente maioria - 144 pessoas, que representam 47,1% do seu total - a amostra considera as relações sexuais bastante importantes, seguindo-se imediatamente a consideração de Muito Importantes com frequências de 89-29,1%. Verifica-se que o género feminino desta amostra considera as relações sexuais “Sem Importância” numa frequência relativa e absoluta de 11-3,6% e “Pouco Importante” com frequências de 16-5,2%, sendo superiores à da amostra do género masculino em que as duas opções de resposta apresentam frequências de 1-0,3%.

Tabela 16: Apresentação da distribuição cruzada dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Considera as relações sexuais importantes na sua vida? e o Género

Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida?	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
Sem importância	1 - 0,3%	11 - 3,6%	12 - 3,9%
Pouco Importante	1 - 0,3%	16 - 5,2%	17 - 5,6%
Indiferente	10 - 3,3%	34 - 11,1%	44 - 14,4%
Bastante Importante	47 - 15,4%	97 - 31,7%	144 - 47,1%
Muito Importante	35 - 11,4%	54 - 17,6%	89 - 29,1%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

Ou seja, verifica-se uma prevalência de menor atribuição de Importância sexual relativamente ao sexo feminino.

Uma variável considerada pertinente no estudo diz respeito ao facto de a pessoa atingir ou não o orgasmo durante a vivência da sua sexualidade. Na questão colocada conclui-se através da Tabela 17, onde está descrita a distribuição cruzada dos valores relativos e absolutos das variáveis “Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)” e “Género” que existem algumas diferenças relevantes: é maior o número de respondentes que atinge sempre o orgasmo (97 pessoas) do que o número dos que nunca o atingem (8 pessoas). Além disto, verifica-se que a maioria - 134 respondentes, que correspondem a 43,8%, da amostra - apresenta que é “Frequente” atingir o orgasmo. Mas também se verifica que 97 respondentes - 31,7% do global amostral – assumem que atingem “Sempre” o orgasmo, sendo 46 do sexo masculino e 51 do sexo feminino. O género feminino nesta amostra apresenta frequências superiores ao género masculino referente ao facto de “Nunca” ou “Raramente” atingirem o orgasmo, sendo de frequências 6-2,0% no género feminino e 2-0,7% no género masculino para a opção de “Nunca” atinge o orgasmo e frequências 17-5,6% para o género feminino e 3-1,0% para o género masculino para a opção “Raramente”.

Tabela 17: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)? e Género

Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?	Género		Total Fi – Fi%
	Masculino Fi – Fi%	Feminino Fi – Fi%	
Nunca	2 - 0,7%	6 - 2,0%	8 - 2,6%
Raramente	3 - 1,0%	17 - 5,6%	20 - 6,5%
Pouco frequente	6 - 2,0%	41 - 13,4%	47 - 15,4%
Frequente	37 - 12,1%	97 - 31,7%	134 - 43,8%
Sempre	46 - 15,0%	51 - 16,7%	97 - 31,7%
Total	94 - 30,7%	212 - 69,3%	306 - 100,0%

Após a apresentação global da análise descritiva dos resultados obtidos, e de conhecer, portanto, a distribuição dos valores das variáveis sócio demográficas, e as variáveis relativas ao objeto de estudo, será apresentada seguidamente, a análise estatística descritiva e correlacional para as variáveis dependentes em estudo, no sentido de melhor encontrar respostas aos objetivos propostos para o desenvolvimento deste estudo.

3.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

O estudo tem como primeiro Objetivo **Conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes em consulta de nutrição e dietética.**

Para conhecer a distribuição dos valores desta variável, procedeu-se ao estudo descritivo desta variável, cruzando a sua distribuição de valores pelos locais geográficos, de onde emergiu esta amostra de pacientes em consultas de nutrição e dietética.

Assumiui-se, no momento operativo da variável - tal como se apresentou em capítulo de Metodologia - a sua distribuição por: indivíduos encontrados sem Comportamentos de compulsão alimentar (sem CAP), indivíduos com comportamentos de Compulsão alimentar Moderada (CAP Moderada) e Compulsão alimentar Grave (CAP Grave).

Assim, e em resposta ao Objetivo formulado, o nível de CAP, distribui-se por três níveis e como pode verificar-se - segundo a Tabela 18 - há 219 respondentes -71,6% da amostra - que não apresentam CAP, seguindo-se 49 utentes -16% da amostra - que apresentam CAP moderada e, finalmente em menor numero, há 38 utentes - 12,4% da amostra - que apresentam CAP grave.

Em termos extremos, e do ponto de vista geográfico, verifica-se que:

1. A população Sem CAP situa-se maioritariamente na Figueira da Foz (79 utentes - 25,8% da amostra), seguindo-se de 59 utentes (19,3% da amostra) no Porto, seguindo-se Bragança com 33 utentes (10,8% da amostra) e a PAIDEIA com 27 (8,8% da amostra) e, finalmente uma minoria de 21 (6,9% da amostra) utentes de Lamego.
2. No que concerne a **CAP moderada** verifica-se uma maior predominância na Figueira da Foz com 19 respondentes - 6,2% da amostra -, seguindo-se o Porto com 15 - 4,9% da amostra, e é menor em Lamego (1 respondente).
3. A **CAP Grave** encontra-se essencialmente na componente amostral acedida através das consultas efetuadas na PAIDEIA - com 18 dos respondentes - 5,9% da amostra deste nível de CAP - e na Figueira da Foz - com 7 utentes que correspondem a 2,3% da amostra deste nível de CAP - e a menor parte em Bragança, com 2 respondentes.

No global, os comportamentos de Compulsão alimentar mais grave, foram identificados nos utentes da PAIDEIA, sendo que metade desta subamostra de 53

utentes, 27 não apresentam CAP e 26 utentes (8 e 18) apresentam entre o CAP Moderado e CAP Grave, mas neste com maior incidência.

Tabela 18: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Origem e Gravidade da CAP

Origem	CAP Classificado			Total Fi – Fi%
	Sem CAP Fi – Fi%	CAP Moderada Fi – Fi%	CAP Grave Fi – Fi%	
Fig. da Foz	79 - 25,8%	19 - 6,2%	7 - 2,3%	105 - 34,3%
Porto	59 - 19,3%	15 - 4,9%	6 - 2,0%	80 - 26,1%
PAIDEIA	27 - 8,8%	8 - 2,6%	18 - 5,9%	53 - 17,3%
Bragança	33 - 10,8%	6 - 2,0%	2 - 0,7%	41 - 13,4%
Lamego	21 - 6,9%	1 - 0,3%	5 - 1,6%	27 - 8,8%
Total	219 - 71,6%	49 - 16,0%	38 - 12,4%	306 - 100,0%

Também foi considerado pertinente conhecer a distribuição da CAP através dos escalões etários da amostra. Neste sentido verifica-se na Tabela 19, que ao nível intra grupos é sempre maior o número de utentes Sem CAP e menor o número de utentes com CAP Grave, o que de algum modo corrobora os valores apresentados nas análises descritivas anteriores.

Ao nível de cada um dos escalões etários, verifica-se que entre os 18-28 anos, os 57 indivíduos nesta faixa etária, 75,0% do total deste subgrupo da amostra, apresentam-se “Sem CAP”. Além destes, foi encontrada CAP Moderada e CAP Grave em 14,5% deste subgrupo (11 utentes em 76 utentes) e 10,5% deste grupo (8 utentes em 76 utentes), respetivamente.

Na faixa etária dos 29-39 anos, encontram-se 73,3% desta amostra de subgrupo – 44 utentes em 60 utentes - Sem CAP, seguindo-se 15%, correspondendo a 9 em 60 dos utentes com CAP Grave e 11,7% desta subamostra - 7 em 60 utentes - com CAP Moderada.

Na faixa etária dos 40-49 anos, verifica-se que há 51 - 67,1% de indivíduos deste subgrupo da amostra, que se apresentam Sem CAP; seguindo-se 21,1% - 16 em 76 utentes - com CAP moderada e 11,8% - 9 em 76 utentes - com CAP Grave.

A maioria dos pacientes da amostra entre os 50-59 anos, 43 (65,2% deste subgrupo) em 66, não apresenta CAP. Finalmente, existem neste grupo 12 utentes com CAP Moderada e 11 utentes com CAP Grave.

Curiosamente no escalão etário mais elevado (maior ou igual a 60 anos) é o que apresenta o maior percentual de pacientes Sem CAP: 24 utentes - 85,7% intra grupo - havendo 10,7% de elementos desta subamostra que apresenta CAP moderado e finalmente 3,6% que apresenta CAP Grave

Assim, e ainda em termos de resposta ao primeiro Objetivo definido, a distribuição de nível de CAP por escalão etário, foi verificado que a CAP se apresenta representada em todos os escalões etários, e que nestes, a maior predominância em termos absolutos de CAP Grave se observou no escalão etário de 50 a 59 anos, com 9 utentes, e a menor no escalão etário igual ou acima dos 60 anos, com um utente. O maior número de utentes com CAP moderada (16 utentes) foi verificada no grupo etário entre os 40 e 49 anos, e o menor número (3 utentes) no escalão dos mais idosos.

Tabela 19: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis: Faixa Etária e Gravidade da CAP da amostra

Classe Etária			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
18-28	Válido	Sem CAP	57	75,0	75,0	75,0
		CAP Moderada	11	14,5	14,5	89,5
		CAP Grave	8	10,5	10,5	100,0
		Total	76	100,0	100,0	
29-39	Válido	Sem CAP	44	73,3	73,3	73,3
		CAP Moderada	7	11,7	11,7	85,0
		CAP Grave	9	15,0	15,0	100,0
		Total	60	100,0	100,0	
40-49	Válido	Sem CAP	51	67,1	67,1	67,1
		CAP Moderada	16	21,1	21,1	88,2
		CAP Grave	9	11,8	11,8	100,0
		Total	76	100,0	100,0	
50-59	Válido	Sem CAP	43	65,2	65,2	65,2
		CAP Moderada	12	18,2	18,2	83,3
		CAP Grave	11	16,7	16,7	100,0
		Total	66	100,0	100,0	
>= 60	Válido	Sem CAP	24	85,7	85,7	85,7
		CAP Moderada	3	10,7	10,7	96,4
		CAP Grave	1	3,6	3,6	100,0
		Total	28	100,0	100,0	

Para melhor compreensão relativamente aos valores da variável Gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP), foi construída a Tabela 20, onde se apresenta a sua relação com o Índice de Massa Corporal (IMC) e os níveis de CAP.

Após a análise, pode verificar-se que à exceção da categoria de Baixo Peso – onde só houve registos sem CAP – os comportamentos relativos a compulsão alimentar, verificam-se em todas as outras categorias de IMC, mesmo na de Peso Normal.

Assim, salienta-se que indivíduos com IMC na categoria de **Peso Normal** apresentam valores de 94% Sem CAP, correspondendo a 63 dos 67 indivíduos, mas há, todavia, a referir que 4,5% desta categoria (3 em 67 indivíduos) e 1,5% (1 em 67 indivíduos) apresentam CAP Moderado e CAP Grave respetivamente. Esta evidência esclarece que sujeitos com peso normal e com perfil aparente “normal” podem de facto apresentar comportamentos de compulsão alimentar.

Entre os 72 indivíduos com **Pré-Obesidade** verifica-se que 55 utentes - 76,4% deste subgrupo - apresentam-se Sem CAP, e verificaram-se 11 utentes (15,3% deste subgrupo) com CAP moderado e 6 utentes (8,3% do subgrupo) com CAP grave.

No que concerne aos grupos da Obesidade em geral, verifica-se menor discrepância de valores:

- **Obesidade grau I**, que apresenta um total de 96 indivíduos, apresenta uma distribuição de 64 utentes (66,7% desta subamostra) Sem CAP, além destes, foi verificado que havia 21 utentes (21,9%) com CAP Moderada e 11 utentes (11,5%) com CAP Grave.

- Relativamente aos 43 indivíduos que apresentam **Obesidade Grau II** verifica-se que os 60,5% correspondendo a 26 pacientes apresentam-se Sem CAP, mas há também neste grupo 7 utentes (16,3%) que apresentam CAP Moderado e 10 (23,3%) dos pacientes apresentam CAP Grave;

- No que respeita aos 27 pacientes com **Obesidade Grau III**, verifica-se que há 10 utentes (37,0%) em cada uma das categorias de “Sem CAP” e “CAP Grave” e há 7 utentes (25,9%) que apresentam CAP Moderado.

Em todos os grupos categoriais de IMC em estudo (excetuando o grupo de Baixo Peso) a maioria dos sujeitos intra grupo não apresenta CAP. Nesta observação, apenas há uma igualdade numérica (10 indivíduos Sem CAP e 10 indivíduos com CAP Grave) no grupo Obesidade Grau III. Nos três primeiros grupos categoriais verifica-se que em cada um a maioria não apresenta CAP e é maior o número de sujeitos com CAP Moderada do que com CAP Grave.

Todavia, nos grupos de Obesidade Grau II e Grau III, continua a ser maior o número de sujeitos sem CAP, mas verifica-se um aumento do número de sujeitos com CAP Grave relativamente ao número de sujeitos que apresentam CAP Moderada.

Assim, nesta amostra pode verificar-se que quanto maior é o nível de IMC maior parece ser a quantidade de casos com alteração do comportamento alimentar do tipo compulsivo.

Concluindo, e como foi já referenciado, com a respetiva exceção de um sujeito amostral de baixo peso, foi verificado que todos os grupos de Categorias de IMC apresentam comportamentos relativos a Compulsão Alimentar Periódica facto que é relevante neste estudo. Depois de termos acompanhado as distribuições do nível de CAP relativamente às variáveis Origem geográfica, Escalão Etário e Categorias de IMC, serão agora apresentados os resultados das variáveis que dizem respeito ao segundo Objetivo formulado.

Tabela 20: Apresentação da distribuição dos valores da amostra absolutos e percentuais das variáveis: Categorias de IMC e Gravidade da CAP da amostra

Categorias de IMC			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Baixo Peso	Válido	Sem CAP	1	100,0	100,0	100,0
Normal	Válido	Sem CAP	63	94,0	94,0	94,0
		CAP Moderada	3	4,5	4,5	98,5
		CAP Grave	1	1,5	1,5	100,0
		Total	67	100,0	100,0	
Pré-Obesidade	Válido	Sem CAP	55	76,4	76,4	76,4
		CAP Moderada	11	15,3	15,3	91,7
		CAP Grave	6	8,3	8,3	100,0
		Total	72	100,0	100,0	
Obesidade Grau I	Válido	Sem CAP	64	66,7	66,7	66,7
		CAP Moderada	21	21,9	21,9	88,5
		CAP Grave	11	11,5	11,5	100,0
		Total	96	100,0	100,0	
Obesidade Grau II	Válido	Sem CAP	26	60,5	60,5	60,5
		CAP Moderada	7	16,3	16,3	76,7
		CAP Grave	10	23,3	23,3	100,0
		Total	43	100,0	100,0	
Obesidade Grau III	Válido	Sem CAP	10	37,0	37,0	37,0
		CAP Moderada	7	25,9	25,9	63,0
		CAP Grave	10	37,0	37,0	100,0
		Total	27	100,0	100,0	

O outro Objetivo apresentado em estudo dizia respeito **a conhecer o nível de Satisfação Sexual (SS), em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC)**. As respostas a este objetivo tiveram dois momentos de análise.

Num primeiro momento, estudou-se descritivamente o nível de IMC da amostra, apresentando para o efeito (Tabela 21) a tabulação cruzada entre as variáveis Origem Geográficas da Amostra e as respetivas Categorias de IMC.

Assim, pode verificar-se que a maior parte da amostra, 105 elementos, que correspondem a 34,3% da amostra total, emerge da Figueira da Foz. Destes, a maior parte (30 utentes -9,8% desta subamostra) apresenta Peso Normal e 29 apresentam Obesidade Grau I -9,5% desta subamostra - seguido de 27 elementos (8,8%) que apresentam Pré-obesidade. Minorias amostrais de 10 (3,3%) e 9 (2,9%) utentes apresentam Obesidade Grau III e Grau II, respetivamente.

Seguidamente 80 respondentes que correspondem a 26,1% da amostra, tem origem no Porto, onde se constata que a maioria dos inquiridos apresenta Obesidade Grau I com 28 utentes - 9,2% desta subamostra -, seguindo-se o grupo de Pré-Obesidade com 23 utentes -7,5% dos indivíduos e com 18 utentes - 5,9% desta subamostra - dos respondentes apresentam Obesidade Grau II; com minorias amostrais na região do Porto surge com 7 utentes - 2,3% desta subamostra - dos respondentes com Peso Normal e 4 utentes - 1,3% desta subamostra - com Obesidade Grau III.

Pode averiguar-se que dos 41 respondentes da Região de Bragança, não se verifica nenhum caso de Baixo Peso. Por oposição ponderal, nos grupos de Obesidade Grau I, Obesidade Grau II e Obesidade Grau III, encontrando-se 23 utentes -7,5% desta subamostra - com Peso Normal e 18 utentes - 9,2% desta subamostra - com Pré-obesidade.

Verifica-se que em Lamego se encontra o único utente - 0,3% desta amostra - com baixo peso.

Na Figueira da Foz encontra-se a maior predominância amostral com Peso Normal (30 utentes - 9,8% desta subamostra), bem como de Pré-Obesidade (27 utentes - 8,8% desta subamostra) e de Obesidade Grau I (29 utentes -9,5% desta subamostra), e que esta ultima categoria se encontra em igualdade de frequências com a PAIDEIA. Referente à categoria Obesidade Grau II a maior frequência absoluta e relativa encontra-se no Porto com 18 utentes - 5,9% desta subamostra.

Na Categoria Obesidade **Grau III a maior frequência encontra-se na PAIDEIA**, verificado em 12 pessoas, que correspondem a 3,9% desta subamostra da amostra geral.

No que concerne às **categorias de IMC, verifica-se que a maior frequência da amostra apresenta Obesidade Grau I** (96 utentes - 31,4% desta amostra), seguindo-se a categoria Pré-Obesidade (72 utentes - 23,5% desta amostra) e a categoria Peso Normal (67 utentes -21,9% desta amostra).

Finalmente, e numa análise final ao IMC da amostra constata-se que a maioria (96 utentes-31% desta amostra) apresenta Obesidade Grau I e 72 utentes – 23,5% da amostra apresenta Pré-Obesidade.

Numa análise somativa, verifica-se que uma larga maioria (166 utentes - 54,3% desta amostra) apresenta Obesidade Grau I, Grau II e Grau III. A obesidade Grau III foi verificada nos utentes atendidos na PAIDEIA (12 utentes - 3,9% desta subamostra), utentes emergentes de Bragança, Vila Real, Viseu e Guimarães. A maior incidência de utentes com Obesidade Grau II emergiu do Porto com 18 utentes - 5,9% desta subamostra e finalmente a Obesidade Grau I foi verificada na PAIDEIA e Figueira da Foz com 29 utentes - 9,5% desta subamostra -, respetivamente.

Tabela 21: Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis da amostra: Categorias de IMC e Origem Geográfica

Origem Geogr.	Categorias de IMC						Total Fi – Fi%
	Baixo Peso Fi – Fi%	Peso Normal Fi – Fi%	Pré-Obesidade Fi – Fi%	Ob. Grau I Fi – Fi%	Ob. Grau II Fi – Fi%	Ob. Grau III Fi – Fi%	
Porto	0 - 0,0%	7 - 2,3%	23 - 7,5%	28 - 9,2%	18 - 5,9%	4 - 1,3%	80 - 26,1%
Brag.	0 - 0,0%	23 - 7,5%	18 - 5,9%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	41 - 13,4%
Lameg	1 - 0,3%	7 - 2,3%	4 - 1,3%	10 - 3,3%	4 - 1,3%	1 - 0,3%	27 - 8,8%
Fig F	0 - 0,0%	30 - 9,8%	27 - 8,8%	29 - 9,5%	9 - 2,9%	10 - 3,3%	105 - 34,3%
PAID	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	29 - 9,5%	12 - 3,9%	12 - 3,9%	53 - 17,3%
Total	1 - 0,3%	67 - 21,9%	72 - 23,5%	96 - 31,4%	43 - 14,1%	27 - 8,8%	306 -100,0%

Após conhecer o estado nutricional da amostra, segundo a Classificação de IMC protagonizada pela OMS, pela origem geográfica, torna-se imperativo apresentar a tabulação cruzada entre as variáveis ISS e a prevalência de CAP.

Neste segundo momento de análise, e para **conhecer o nível de Satisfação Sexual (SS), em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC)**, procede-se agora a esta análise de variáveis.

Em respeito às orientações dos autores – partindo da indicação de que a escala de ISS mede a Insatisfação - que pontam que quanto maior for a média de ISS mais insatisfeitos se apresentam os indivíduos, a Tabela 22, revela que existe alguma relação apreciável, com significado estatístico encontrado, entre o nível de IMC e o nível de ISS, considerando:

- a. O valor médio de ISS é menor nos 67 sujeitos com Peso Normal (51,4776, dp. 17,69383) do que nas restantes categorias de IMC, pelo que, e à exceção do indivíduo com Baixo Peso (57,0000) é o grupo que se encontra **menos insatisfeito** com a sua atividade sexual.
- b. No grupo dos 72 indivíduos com Pré-Obesidade (60,0417, dp. 21,82868), nos 96 respondentes com Obesidade Grau I (67,0729, dp. 21,71017); nos 43 sujeitos com Obesidade Grau II (69,7907, dp.25,14866) e nos 27 pacientes com Obesidade Grau III (77,7407, dp. 28,49641), verifica-se um aumento progressivo do valor da média obtida para a variável ISS, donde, quanto maior o IMC, maior a média de ISS, pelo que, mais insatisfeitos sexualmente se encontram os indivíduos.
- c. Nesta amostra, o valor médio de ISS apresenta-se tanto mais elevado quanto mais elevado é o Grau de Obesidade, o que indica que estes grupos se encontram insatisfeitos com a sua sexualidade, e tanto mais, quanto maior o nível de IMC.

Tabela 22: Distribuição dos valores da variável: Nível de ISS e IMC

Estatísticas		
ISS		
Baixo Peso	N Válido	1
	Média	57,0000
Peso Normal	N Válido	67
	Média	51,4776
	Desvio Padrão	17,69383
Pré-Obesidade	N Válido	72
	Média	60,0417
	Desvio Padrão	21,82868
Obesidade Grau I	N Válido	96
	Média	67,0729
	Desvio Padrão	21,71017
Obesidade Grau II	N Válido	43
	Média	69,7907
	Desvio Padrão	25,14866
Obesidade Grau III	N Válido	27
	Média	77,7407
	Desvio Padrão	28,49641

Após esta apresentação descritiva serão apresentados os estudos de correlação entre as variáveis em estudo.

Para dar consecução ao Objetivo Conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável **Satisfação Sexual** da amostra e o seu nível de **Compulsão Alimentar Periódica**, procedeu-se ao estudo de correlação Tabela 23, onde:

- Foi verificada correlação positiva fraca e altamente estatisticamente significativa ($p .205$; $\alpha .000$), entre os comportamentos reveladores de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e o Índice de Satisfação Sexual (ISS).
- Foi verificada correlação positiva fraca ($p .346^{**}$; $\alpha .000$) mas altamente significativa entre CAP e IMC, indicando que a variabilidade de CAP acompanha moderadamente – sem ser devido ao acaso - e no mesmo sentido, a variabilidade de IMC.
- Foi verificada correlação positiva fraca ($p .332^{**}$; $\alpha .000$) mas altamente significativa entre ISS e IMC, indicando que a variabilidade de ISS acompanha moderadamente – sem ser devido ao acaso - e no mesmo sentido, a variabilidade de IMC.

Verificou-se correlação estatística e significativa entre as variáveis CAP, ISS e IMC.

Foi confirmada a H1 formulada no estudo: H1 – Existe relação entre o nível de

Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual de utentes em consulta de nutrição.

Tabela 23: Valores de Correlação Roho de Spearman entre CAP, ISS e IMC da amostra

rô de Spearman		CAP	ISS	Categorias de IMC
CAP	Coef. Correlção	1,000	,205	,346**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000
	N	306	306	306
ISS	Coef. Correlção	,205	1,000	,332**
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000
	N	306	306	306
Categorias de IMC	Coef. Correlção	,346**	,332**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.
	N	306	306	306

Seguidamente, foi elaborado o estudo correlacional entre as variáveis dependentes em estudo ISS e CAP e as variáveis sociodemográficas relativas ao ISS, Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida? e Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?, já anteriormente apresentadas em Resultados descritivos. No estudo correlacional apresentado na Tabela 24, verifica-se que, e corroborando de alguma forma, as relações já encontradas, que existem relações fracas, mas significativas entre as variáveis. Assim, na Tabela 24, verifica-se:

- O Índice de Satisfação Sexual (ISS) além de estabelecer uma correlação positiva e significativa com o IMC e a CAP, também estabelece correlações negativas fracas e moderadas mas estatisticamente significativas com a Importância atribuída às relações sexuais (ρ -,233**; α ,000) e com a Perceção de orgasmo durante as relações sexuais (ρ -,482**; α ,000), o que é indicador de que quanto maior for o índice de insatisfação sexual, menor é a importância atribuída pela amostra a estas duas perceções da sua vida sexual;
- No mesmo sentido, a CAP estabelece com as mesmas variáveis correlações fracas e negativas com valor de significância estatística muito relevante, respetivamente. Assim, quanto maior for o nível de CAP menor será a perceção de Importância atribuída às relações sexuais (ρ -,185*; α ,001) e menor será a Perceção de orgasmo durante as relações sexuais (ρ -,296**; α ,000).

- Também se verifica que existe uma correlação moderada, mas altamente significativa entre o facto de se considerarem as relações Sexuais importantes na Vida e o facto de se atingir o orgasmo durante as relações sexuais ($\rho .378^{**}$; $\alpha ,000$).

Tabela 24: Análise de Correlação de Spearman entre as variáveis: ISS, CAP, Considera as relações Sexuais importantes na sua vida? e Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?

Rô de Spearman ρ		ISS	CAP	Relç Sexuais importantes na sua Vida?	Atinge o climax do prazer (orgasmo)?
ISS	Coef. Correlção	1,000	,205	-,233^{**}	-,482^{**}
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
	N	306	306	306	306
CAP	Coef. Correlção	,205	1,000	-,185[*]	-,291^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	.	,001	,000
	N	306	306	306	306
Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida?	Coef. Correlção	-,233^{**}	-,185[*]	1,000	,378^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,001	.	,000
	N	306	306	306	306
Durante uma relação sexual atinge o climax do prazer (orgasmo)?	Coef. Correlção	-,482^{**}	-,291^{**}	,378^{**}	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
	N	,000	306	306	306

Tendo sido verificado o conjunto de correlações estatisticamente significativas entre o ISS e as restantes variáveis, considerou-se pertinente obter um melhor conhecimento acerca das relações que eventualmente estas e outras variáveis que de algum modo estão ligadas à sexualidade da amostra, nomeadamente se haveria relação entre a Frequência de Relações sexuais por semana, o facto de se Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida? e a percepção de que Durante uma relação sexual atinge o prazer (orgasmo)?. Ao efetuar-se o respetivo estudo correlacional, foi verificado um conjunto de relações que importa apresentar:

- o nível de Frequência de Relações sexuais por semana estabelece uma correlação positiva fraca e altamente significativa com o facto de se Considerarem as relações Sexuais importantes na Vida ($\rho ,346^{**}$; $\alpha ,000$). Mas não só, também se verifica uma correlação positiva fraca com significado estatístico, entre a frequência de prática sexual por semana, e a variável Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)? ($\rho ,290^{**}$; $\alpha ,000$), apontando aparentemente este tipo de correlações para o nível motivacional dos sujeitos ao nível da sua sexualidade. Além destas relações, também se encontrou a correlação positiva e altamente significativa entre o facto de Considerar as relações Sexuais importantes na sua Vida? e a percepção de que Durante a

relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)? ($\rho,378^{**}$; $\alpha,000$), donde aquela atribuição acompanhar em sentido variabilidade esta percepção relativa à sua vida íntima.

Tabela 25: Análise de Correlação de Ró de Spearman entre as variáveis amostra: Frequência de relações sexuais por semana, Considera as relações sexuais importantes na sua vida? e Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?

Correlações				
rô de Spearman ρ		Frequência de Relações sexuais por semana	Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida?	Durante a relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)?
Frequência de Relações sexuais por semana	Coef. Correlção	1,000	,346^{**}	,290^{**}
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000
	N	306	306	306
Considera as relações Sexuais importantes na sua Vida?	Coef. Correlção	,346^{**}	1,000	,378^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000
	N	306	306	306
Durante uma relação sexual atinge o prazer (orgasmo)?	Coef. Correlção	,290^{**}	,378^{**}	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.
	N	306	306	306

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Estes resultados, revelaram um efeito de triangulação entre o facto de se atribuir importância à sexualidade, e, portanto, como consecução, a sua frequência e a vivência de orgasmo durante a prática em causa.

Assim, e depois de ter sido verificado o efeito de triangulação apresentado, tornou-se pertinente conhecer se haveria relações entre as variáveis dependentes ISS, CAP e IMC em análise e algumas das outras variáveis sociodemográficas da amostra, nomeadamente o N° de parceiros sexuais que teve /tem; a Idade da primeira relação sexual, e o nível de Habilitações Literárias e Profissionais.

As relações entre este conjunto de variáveis podem ser verificadas através da Tabela 26. Numa primeira observação, verifica-se que:

- O Índice de Satisfação Sexual (ISS) não estabelece nenhuma correlação assinalável com o N° de parceiros e a Idade da primeira relação, apresentando até relações negativas não significativas com aquela variável. Todavia, além das já conhecidas que tem com a CAP e IMC, estabelece uma curiosa relação negativa e altamente significativa com o nível de Habilitações Literárias e Profissionais ($\rho -,385^{**}$; $\alpha ,000$), indicando que quanto maior é o nível de habilitações, menor é o nível de ISS, indicativo de que

sujeitos com maior formação tenderão a sentir-se menos insatisfeitos com a sua sexualidade.

- A CAP, além da relação verificada com o ISS, estabelece correlações com duas variáveis: uma correlação positiva moderada e altamente significativa ($\rho,476^{**}$; $\alpha,000$) com o IMC, e que apesar de só estabelecer com o nível de Habilitações Literárias e Profissionais, uma correlação negativa fraca com algum significado estatístico ($\rho -,133^{*}$; $\alpha,020$), também pode indicar que quanto mais evidentes forem os comportamentos compulsivos alimentares menor nível de habilitações se encontra na amostra.

- Curiosamente, o “Número de Parceiros Sexuais que teve/tem”, estabelece correlação negativa com significado estatístico, com a variável Idade da Primeira Relação Sexual ($\rho -,176^{**}$; $\alpha,002$) - o que parece bastante compreensível – e com o IMC ($\rho -,252^{**}$; $\alpha,000$), ou seja, quanto menor for o nível de IMC mais elevado tende a ser o número de parceiros, isto é, quanto maior o IMC menor o número de parceiros sexuais. Onde pessoas com obesidade e excesso de peso auto reportarem menor número de parceiros sexuais em comparação com pessoas com normopeso. Por oposição, esta variável, apresenta correlação positiva e altamente significativa ($\rho,340^{**}$; $\alpha,000$) com o nível de Habilitações Literárias/ Profissionais, donde se pode induzir que as pessoas com maior nível de habilitações literários têm tendencialmente mais parceiros sexuais.

- Também se verifica correlação negativa entre a Idade da primeira relação sexual e o Nº de parceiros sexuais ($\rho -,176^{**}$; $\alpha,002$) que se têm; ou seja, quanto mais jovens as pessoas tiverem a sua primeira experiência sexual, maior tenderá a ser o número de parceiros sexuais.

- Finalmente, pode também verificar-se que a variável IMC, além da correlação já verificada com o nível de ISS e da CAP, estabelece ainda duas correlações negativas, que apesar de serem fracas são altamente significativas: estabelece uma correlação negativa com Número de parceiros sexuais ($\rho -,252^{**}$; $\alpha,000$), donde se infere que o nº de parceiros tenderá a ser tanto menor quanto mais elevado for o IMC das pessoas; e além desta, há também a correlação negativa entre o IMC e o nível de Habilitações Literárias/ Profissionais ($\rho -,352^{**}$; $\alpha,000$), o que é sugestivo de que, a variabilidade do aumento do IMC ocorra com a diminuição do nº de parceiros e com o nível de habilitações.

Tabela 26: Análise de Correlação (Ró de Spearman) entre as variáveis da amostra ISS, CAP, Número de Parceiros Sexuais, Idade da Primeira Relação Sexual, IMC e Habilidades Literárias e Profissionais

Rô de Spearman		ISS	CAP	Nº de parceiros	Idade da primeira relação	IMC	Habilidades L/P
ISS	Coef. Correlção	1,000	,205	-,122	,049	,332	-,385**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,033	,396	,000	,000
	N	306	306	306	306	306	306
CAP	Coef. Correlção	,205	1,000	-,088	-,037	,476**	-,133*
	Sig. (bilateral)	,000	.	,123	,522	,000	,020
	N	306	306	306	306	306	306
Nº de parceiros sexuais que teve /tem	Coef. Correlção	-,122	-,088	1,000	-,176**	-,252**	,340**
	Sig. (bilateral)	,000	,123	.	,002	,000	,000
	N	306	306	306	306	306	306
Idade da primeira relação sexual	Coef. Correlção	,049	-,037	-,176**	1,000	-,029	,119*
	Sig. (bilateral)	,396	,522	,002	.	,618	,038
	N	306	306	306	306	306	306
IMC	Coef. Correlção	,332	,476**	-,252**	-,029	1,000	-,352**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,618	.	,000
	N	306	306	306	306	306	306
Habilidades Literárias e Profissionais	Coef. Correlção	-,385**	-,133*	,340**	,119*	-,352**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,020	,000	,038	,000	.
	N	306	306	306	306	306	306

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Concluindo, poder-se-á inferir que as Pessoas mais gordas ou com IMC mais elevado, apresentam tendencialmente maior nível de insatisfação sexual na sua vida, e que apresentarão também, e tendencialmente, menor nível literário e menos experiências sexuais, ou pelo menos com menor número de parceiros sexuais.

Depois da apresentação dos resultados mais importantes será apresentado o conjunto de resultados em confronto com o que havia sido apresentado em construto teórico.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, procede-se agora à Análise e Discussão dos mesmos, partindo dos resultados encontrados para os Objetivos colocados neste estudo e a bibliografia científica publicada sobre a temática em estudo.

Neste sentido, tomou-se como base de trabalho nesta pesquisa, o conjunto de respostas de uma amostra, constituída por 5 subamostras distribuídas por regiões geográficas diferentes e com características distintas relativamente ao Objeto de estudo nomeadamente: 105 sujeitos da Figueira da Foz - a que concentra maior número de respondentes - (34,4% da amostra global) cuja maior prevalência é de Peso normal (30 - 9,8%) e Obesidade Grau I (29-9,5%); 80 respondentes, emergentes da área limítrofe do Porto (26,1% da amostra global), cuja maior prevalência é de obesidade de Grau I (28 - 9,2%); 53 utentes (17,3%% da amostra global) emergentes da PAIDEIA, cuja maior prevalência é de obesidade de Grau I (29 - 9,5%); 41 utentes (13,4% da amostra global) emergentes da região de Bragança, cuja maior prevalência é de peso normal (23 - 7,5%); e uma subamostra – a de menor dimensão no estudo - de 27 utentes (8,8% da amostra global) emergente da região de Lamego, cuja maior prevalência é de Obesidade Grau I (10 - 3,3%) (Tabelas 6 e 21).

Estes resultados da dispersão do IMC, corroboram de alguma forma as pesquisas que situam a maior incidência de obesidade no Norte (7,39%) seguindo-se o Alentejo (6,78%) e a maior percentagem de excesso de peso se encontra no Norte de Portugal (5,93), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (4,46%) (40), porque neste estudo a maior incidência de Pré-Obesidade e Obesidade Grau I foi encontrada nos respondentes da amostra situados na Figueira da Foz, com 27-8,8% e 29-9,5% respetivamente, e o tipo de Obesidade Grau II encontra maior incidência nos respondentes situados no Porto (18-5,9% dos inquiridos). Quanto à Categoria Obesidade Grau III a maior frequência veio a verificar-se nos respondentes atendidos em consulta na PAIDEIA, cujas origens geográficas dos utentes eram cidades do Norte (Vila Real e Guimarães).

No global, esta prevalência de obesidade, pode não só esta a corroborar os estudos longitudinais já apresentados em construto, que apontam a obesidade associada a falhas no envolvimento da atividade sexual e no desejo sexual, bem como a dificuldades na performance sexual e evitamento de encontros sexuais (25; 62; 63; 64), como nos prepara para os resultados que a seguir serão apresentados.

No que diz respeito a esta variável – IMC – por estabelecer correlação negativa (Tabela 26) com o Número de parceiros sexuais ($p = -,252^{**}$; $\alpha = ,000$), sugere que pessoas mais magras poderão ter mais parceiros sexuais.

Além desta constatação, a amostra caracteriza-se por ser maioritariamente feminina, com 212 (69,3%) mulheres e 94 (30,7%) homens com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos, sendo que maioritariamente, 76 dos respondentes, que correspondem a 24,8% da amostra, se encontra nas classes etárias entre os 18-28 e 40-49 anos (Tabela 7).

A maioria dos respondentes são casados (164 pessoas - 53,6%), seguindo-se os solteiros com 92 (30,1%) e 24 (7,8%) respondentes que se encontram em União de Facto, as minorias de respostas referentes ao Estado Civil encontra-se, com 19 (6,2%) dos utentes divorciados e 7 (2,3%) dos respondentes viúvo (Tabela 8).

No que concerne às habilitações literárias da amostra – em que é o género feminino que possui títulos académicos mais elevados (Tabela 11) - pode verificar-se que a maioria dos respondentes tem o Ensino Secundário (71-23,2%), seguindo-se a Licenciatura (64-20,9%) e o Primeiro Ciclo (53-17,3%). Há minorias amostrais (10 - 3,3%) com Pós-Graduação, (7 - 2,3%) Bacharelato e (4 - 1,3%) Doutoramento.

Na população em estudo, e considerando as análises de correlação efetuadas, verifica-se que quanto maior é o nível de escolaridade, maior é o número de parceiros sexuais, resultado que é congruente com outros estudos em que se aponta que, *“frequentemente os jovens empenhados nas suas trajetórias escolares e profissionais, tendo a possibilidade de uma vivência mais “liberta” da sua sexualidade e relações afetivas”* (99) apresentam experiências sexuais mais diversificadas com maior número de parceiros, neste sentido, verifica-se que a entrada no ensino superior pode-se apresentar como fator que gera impacto no comportamento sexual. No estudo correlacional efetuado, o nível de Habilitações Literárias e Profissionais estabelece uma curiosa relação negativa e altamente significativa com o índice de (In) satisfação Sexual ($p = -,385^{**}$; $\alpha = ,000$), indicando que quanto maior é o nível de habilitações, menor é o nível de ISS, indicativo de que sujeitos com maior formação tenderão a sentir-se menos insatisfeitos com a sua sexualidade, mas além desta, também estabelece uma correlação negativa fraca com algum significado estatístico ($p = -,133^{*}$; $\alpha = ,020$) com a CAP, indicando que quanto menor é o nível de habilitações mais evidentes são os comportamentos compulsivos alimentares na amostra.

A este propósito, resgata-se o defendido por Montes (2011), que assume que o nível educacional é um Fator significativo de predição da obesidade, além de doença

cardiovascular, Diabetes Mellitus, hábitos tabágicos, dislipidémias, em que se verifica uma maior prevalência destas patologias em indivíduos com menos habilitações académicas. Por outro lado, o mesmo autor foca que, as habilitações académicas estando fortemente associadas ao estatuto socioeconómico, podem estar associados a diferentes aceso a serviços de saúde bem como informação (100). No presente estudo, e ao tempo da construção do Projeto de Investigação, não foram consideradas em objetivo de análise, as variáveis de carácter socioeconómico, pelo que se considerará pertinente esta abordagem de pesquisa para futuros trabalhos.

O estudo da componente relativa às vivências sexuais, apresenta as respostas da amostra relativamente ao Número de parceiros sexuais que teve/tem ao longo da vida, e verifica-se que a maioria da amostra auto reporta um parceiro sexual (175-57,2%) tanto no género feminino (132-43,1%) como no género masculino (43-14,1%), seguindo-se dois parceiros sexuais (50-16,3%), sendo destes, 36 (11,8%) do género feminino e 14 (4,6%) do masculino. Os números mais elevados de parceiros sexuais nesta amostra, nomeadamente 15, 16 e 20 parceiros apenas são auto reportados por elementos do género masculino (2-0,7; 1-0,3%; 1-0,2%) (Tabela 12). Todavia, no estudo correlacional (Tabela 26), o “Número de Parceiros Sexuais que teve/tem”, ao estabelecer correlação negativa com significado estatístico, com a Idade da Primeira Relação Sexual e com o IMC, indica que quanto menor for o nível de IMC mais elevado tende a ser o número de parceiros, isto é, pessoas com obesidade e excesso de peso podem tendencialmente apresentar menor número de parceiros sexuais em comparação com pessoas com normopeso. Por oposição, ao apresentar correlação positiva e altamente significativa ($p,340^{**}$; $\alpha ,000$) com o nível de Habilitações Literárias/Profissionais, pode induzir-se que as pessoas com maior nível de habilitações literários têm tendencialmente mais parceiros sexuais. Curiosamente este conjunto de resultados, vem corroborar, de forma linear e direcional, os resultados apresentados em duas pesquisas que têm esta temática como objeto de estudo: primeiro por Nagelkerke (2006), que concluiu que os indivíduos obesos e com excesso de peso auto reportam menos parceiros sexuais do que indivíduos com peso normal (37); e posteriormente também por Kerremans (2010) ao apontar que pessoas obesas, especialmente adolescentes, são menos propensos a ter um relacionamento romântico em comparação com os seus homólogos não obesos (101). Os aspetos ligados ao amor romântico e a componentes de variáveis relativas a vivências emocionais ligadas à sexualidade, não

foram Objetivo de estudo nesta pesquisa, mas de facto, os autores que vêm investigando os processos relacionais afetivo-sexuais – principalmente em pessoas com excesso de peso - vêm também apresentando variáveis moderadoras ligadas à componente emocional intra e inter pessoal, como é por exemplo o caso do estudo de Darby (2007) em que foi verificado que as mulheres obesas apresentam maior prevalência de Perturbação do comportamento alimentar bem como estados emocionais mais deprimidos (102). Por estas relações encontradas, e aqui não estudadas, considera-se pertinente a sua abordagem em pesquisa posterior.

Verifica-se ao longo do Sec XX, que a idade da primeira relação diminui tanto para homens como para mulheres, em que para o género feminino a idade da primeira relação deixa de coincidir com a idade do casamento. Neste sentido e segundo o inquérito aos “Comportamentos Sexuais e a infeção HIV/Sida em Portugal, a idade da primeira relação sexual para os homens tende a ser os 17 anos e para as mulheres os 19 anos. Na amostra em estudo verifica-se que a idade da primeira relação no género masculino é de 17 anos e no género feminino se situa nos 18 anos o que entra em comunhão com os estudos publicados nesta temática (99). De facto, nesta amostra, a iniciação sexual ativa – onde o género feminino auto reporta idades mais elevadas (Tabela 13) - verifica-se maioritariamente aos 18 e 17 anos, no género feminino (47-12,7%) e masculino (24-7,8%), respetivamente. Os pontos extremos de iniciação verificaram-se aos 13 e 50 anos: (1-0,3% no género masculino e 2-0,7% no género feminino) e (1 - 0,3% apenas no género feminino) respetivamente.

No estudo de análise das variáveis respetivas, verifica-se ainda que (Tabela 26), através da correlação negativa entre a Idade da primeira relação sexual e o N° de parceiros sexuais (ρ -,176**; α ,002) que se têm, quanto mais jovens iniciam a atividade sexual maior o número de parceiros auto reportados, fenómeno que pode ser explicado socialmente e culturalmente, por, entre outros fatores, pela maior difusão dos métodos contraceptivos, aumento do nível educacional, aumento da autonomia dos jovens e diminuição do controlo da família (99). Este é o caso onde também se pode ver, a necessidade de perceber a eventual relação que pode (ou não) ser estabelecida entre as vivências da sexualidade e variáveis de carácter sócio-cultural e educacional, e que por não poderem ter sido aqui incluídas, se pensam como objetos de estudo pertinentes para o futuro.

A Frequência de relações sexuais (79 – 25,8% dos respondentes) situa-se maioritariamente em 2 vezes por semana, e, com igual valor absoluto e relativo, encontra-se a frequência de 1 vez por semana e 3 vezes por semana com 71-23,2% dos respondentes. Verifica-se ainda que os solteiros, auto reportam a frequência de relações sexuais 3 vezes por semana (22-7,2%) enquanto os casados reportam a frequência de 1 vez por semana de relações sexuais (49-16,0%) (Tabela 14). No estudo correlacional efetuado, verifica-se (Tabela 25) uma correlação positiva fraca com significado estatístico, entre a frequência de prática sexual por semana, e a variável: Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo)? (p ,290**; α ,000), apontando aparentemente este tipo de correlações para o nível motivacional dos sujeitos ao nível da sua sexualidade.

Corroborando a bibliografia recente acerca do tema da sexualidade, nomeadamente no que concerne à importância atribuída à intimidade física e emocional tanto para homens como para mulheres, como sendo componente fulcral (1; 103; 27), a amostra em estudo considera as relações sexuais “Bastante Importantes” e “Muito Importantes”. De facto, a maioria atribui importância ao sexo (Tabela 15), já que 144 sujeitos (47,1% dos inquiridos) considera o sexo “Bastante Importante”, e 89 consideram-no “Muito Importante” (29,1% da amostra). Todavia há 44 sujeitos (14,4% dos inquiridos) considerarem as relações sexuais “Indiferentes” na sua vida. Verifica-se ainda que as mulheres atribuem menor importância à sexualidade: 17 (5,6% da amostra) considera-a com pouca importância (1-0,3% no género masculino e 16-5,2% no género feminino) e 12-3,9% como não possuindo importância na sua vida (1-0,3% no género masculino e 11-3,6% do género feminino). Pese embora, o género feminino considere as relações sexuais “Sem Importância” e “Pouco Importantes”, estes resultados corroboram os de outros autores que apontam que as mulheres relatam pior Qualidade de Vida Sexual bem como maior insatisfação (97; 62).

No estudo correlacional efetuado, verificou-se uma correlação positiva fraca e altamente significativa (p ,346**; α ,000) entre esta atribuição de importância e o nível de Frequência de Relações sexuais por semana (que a seguir se apresenta), o que faz todo o sentido.

A vivência da sexualidade foi questionada também através da frequência com que os respondentes atingem o orgasmo e constatou-se que os homens mais do que as mulheres assumem esta vivência (Tabela 16), e que, além disto, quanto menor é a frequência com que atingem o orgasmo maior é o número de mulheres assinaladas. Ou seja, 134

respondentes (43,8% da amostra) atingem frequentemente o orgasmo (97 mulheres e 37 homens), seguidamente há 97 pessoas (31,7% dos respondentes: 51-16,7% do género feminino e 46 -15,0% do género masculino) que assumem atingir “sempre” o orgasmo. Todavia, é “Pouco Frequente” para 47 (15,4% dos inquiridos), sendo maior o número de homens que de mulheres (41-13,4% do género feminino e 6-2,0% do género masculino), e progressivamente, só 20 inquiridos (6,5% dos utentes) “Raramente” atingem orgasmo de entre os quais 17-5,6% do género feminino e 3-1,0% do masculino e seguindo a mesma imagem de inversão entre frequência de orgasmo e género, 8 pessoas (2,6% da amostra) “Nunca” atingiram o orgasmo, mas 6 são do género feminino e 2 são do género masculino. Este resultado corrobora de alguma forma, não só os encontrados no estudo de Castellini e cols (2010) em que mulheres obesas reportam pior função sexual do que mulheres com peso normal sendo que a fome emocional está associada com a disfunção sexual (2), mas também os que focam a relação significativa entre peso corporal, IMC, e redução do interesse sexual, sendo que mulheres obesas apresentam maiores prejuízos – no sentido de considerarem menos prazeroso – bem como atribuírem menor qualidade à sua vida sexual (76; 77; 95).

Neste estudo, verificou-se (Tabela 24) correlação positiva moderada, mas altamente significativa entre o facto de se considerarem as relações Sexuais importantes na Vida e o facto de se atingir o orgasmo durante as relações sexuais ($p .378^{**}$; $\alpha .000$), facto que de alguma forma é também verificado ao longo das estatísticas descritivas. Este resultado indica que o efeito motivacional da importância atribuída à sexualidade, propiciará a ocorrência prazerosa da mesma, com existência de orgasmo.

Além deste resultado, também se verificou que esta percepção de atingir o orgasmo, apresenta correlação negativa com o nível de insatisfação sexual e com a frequência de comportamentos de CAP, donde se inferir que quanto maior for a ocorrência de CAP e de ISS, maior será tendencialmente a percepção de uma vida sexual satisfatória (com ocorrência de orgasmo). Este resultado revela-se importante relativamente aos problemas de saúde – na conceção holística - associados, considerando os estudos apresentados em construto que defendem que para o género masculino, a obesidade está associada com a diminuição da qualidade de vida sexual, baixa satisfação sexual, aumento da disfunção erétil, comprometimento vascular peniano, ereção, ejaculação, orgasmo e desejo sexual (104) que a obesidade aumenta a adiposidade abdominal sendo regulador de inflamação, função endotelial e resistência à insulina, e, apresentando

como fatores desencadeantes o sedentarismo, tabagismo e alcoolismo como inibidores da função sexual masculina (104; 6). Também é importante referenciar que para o género feminino, a sexualidade é influenciada por fatores histórico-sexuais, género, idade, valores, crenças, aspetos familiares, religiosos, educacionais ou pelas características da mulher (baixa autoestima, perceção negativa da imagem corporal, fatores emocionais, depressão, ansiedade) (2), e que uma imagem corporal negativa leva à existência de menos frequência sexual, decréscimo do prazer sexual ou do orgasmo (63; 77; 105; 79), estando a sexualidade feminina afetada, arrasta consigo consequências a nível familiar, divórcios e a nível da reprodução (64). Todos estes resultados adquirem aqui uma configuração preocupante.

Após esta análise das características da amostra, apresentam-se as respostas aos objetivos propostos aquando da elaboração deste estudo.

O primeiro Objetivo pretendeu **conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica**, de pacientes em consulta de nutrição e dietética. Neste estudo a variável CAP foi operacionalizada através dos itens incluídos na ECAP, e os resultados (Tabelas 18 a 21) revelam que a distribuição dos valores da variável se apresentam da seguinte forma:

Em termos de distribuição de CAP verifica-se (Tabela 18), que há 219 (71,6%) dos respondentes que não apresenta CAP; foram verificadas 49 pessoas (16% da amostra) com CAP moderada e 38 respondentes (12,4%) apresentam CAP grave. Geograficamente verifica-se essencialmente em três pontos:

1. A população Sem CAP situa-se maioritariamente na Figueira da Foz com 79 respondentes (25,8% da amostra);
2. A CAP Moderada encontra-se maioritariamente na Figueira da Foz em 19 utentes (6,2% da amostra);
3. A CAP Grave encontra-se no subgrupo amostral acedido através da PAIDEIA em 18 utentes (5,9% da amostra).

Para melhor compreensão da distribuição da amostra relativamente aos valores da variável IMC e gravidade da CAP (Tabela 15) pode verificar-se que há diferenças entre estes comportamentos e o nível de IMC: a categoria de Baixo peso encontra-se sem CAP; No grupo com IMC de Peso normal apresentam-se 94,5% de sujeitos sem CAP, mas 4,5% e 1,5% de sujeitos tem CAP moderado e Grave respetivamente. Em indivíduos com pré-obesidade verifica-se que 76,4% apresentam-se sem CAP, mas há 15,3% com CAP moderado e 8,3% com CAP grave. No que concerne à obesidade

verifica-se menos discrepância de valores, considerando que o grupo de Obesidade grau I apresenta 66,7% dos respondentes sem CAP, mas há 21,9% sujeitos com CAP moderado e 11,5% de indivíduos com CAP grave. No grupo de Obesidade Grau II verifica-se que 60,5% dos indivíduos apresentam-se sem CAP, mas há 16,3% dos pacientes que apresentam CAP moderado e ainda 23,3% dos pacientes que apresentam CAP grave.

No que respeita ao grupo de obesidade Grau III verifica-se que 37,0% dos pacientes apresentam-se com a atribuição de sem CAP e CAP grave e 25,9% apresentam CAP moderado. Tais resultados corroboram os estudos publicados por outros autores que apontam para a elevada prevalência de CAP nomeadamente em pacientes com maior IMC: por exemplo, Petribu (2006) conclui que 56,7% dos pacientes obesos apresentavam CAP, sendo que 25,4 apresentavam CAP moderado e 31,3% dos pacientes apresentavam CAP grave, além de que pacientes com CAP apresentavam maior número de tratamentos realizados para perda de peso e elevada prevalência de depressão (98).

Todavia, há ainda resultados com interesse para análise e discussão entre estes e outros resultados. Por exemplo, no que respeita à distribuição da CAP por escalão etário, este estudo refuta os anteriores: a anterior constatação de que as doenças do comportamento alimentar apresentam o seu pico de desenvolvimento, essencialmente em adolescentes e em jovens adultos (13 aos 19 anos), sendo o género feminino o mais suscetível deste tipo de patologias (45), não é aqui verificado, pelo este estudo contraria tal fato. Em relação a incidência de CAP, este estudo, nesta amostra populacional, evidencia que a CAP apresenta maior incidência em indivíduos com idades compreendidas entre os 29-39 anos, sendo nesta faixa etária onde se encontra a maior incidência de CAP Grave, e, constata-se ainda, que após a faixa etária supramencionada, a discrepância de pacientes sem CAP, CAP moderado e CAP grave começa a apresentar uma diminuição (Tabelas 18 e 19).

A análise relativa aos comportamentos de CAP e IMC corrobora os estudos atuais que apontam que a CAP tanto pode ocorrer em indivíduos com peso normal mas também em indivíduos com excesso de peso e/ou obesidade (106): nos resultados da análise cruzada de IMC e Gravidade da CAP (Tabela 20), 4,5% (3 em 67 indivíduos com peso normal) apresentam CAP Moderado e 1,5% (1 em 67 respondentes com Peso normal) apresentam CAP grave. Pode ainda verificar-se que, (excetuando 1 sujeito com baixo

peso), foi verificado que em todas as categorias de IMC, existem pessoas que apresentam comportamentos relativos a Compulsão Alimentar Periódica, em que, quanto maior é o IMC maior é o número de sujeitos com CAP Grave e CAP Moderado. Estes resultados corroboram os dos estudos em que se salienta que pessoas com peso normal podem e apresentam episódios e comportamentos de compulsão alimentar (106; 107).

Por fim, poderemos inferir que quanto maior for o nível de IMC, maior será a frequência de comportamentos relativos a CAP, já que foi verificada correlação positiva fraca ($p .346^{**}$; $\alpha .000$) mas altamente significativa entre CAP e IMC, indicando que a variabilidade de CAP acompanha moderadamente – sem ser devido ao acaso - e no mesmo sentido, a variabilidade de IMC. Estes resultados são considerados particularmente pertinentes, se os relacionarmos – ainda que parcialmente, e com as devidas reservas – aos resultados apontados em construto que defendem que os pacientes que apresentam compulsão alimentar mais grave são igualmente os que apresentam níveis mais elevados de depressão e/ou ansiedade bem como pior qualidade de vida, podendo a compulsão alimentar servir como tentativa de aliviar emoções negativas (49; 48; 57), factos que nos poderão levar a configurar uma detioração da qualidade de vida progressiva desta amostra, e que por outro lado, levanta também a questão da necessidade de educar as emoções em pessoas em que tenha sido identificada uma sucessão de comportamentos de compulsão alimentar. Mas não só... o facto assumido em construto, de que nesses pacientes existe um aumento de sentimentos e a sensação de estarem gordos, com diminuição da autoestima, aumento de emoções reprimidas e sentimentos de fracasso e autorrejeição (94; 5) torna o contexto de CAP complexo. Estas abordagens educativas poderiam não só favorecer a regulação emocional, mas também, contornar os efeitos de prejuízos funcionais, da qualidade de vida inferior, do maior sofrimento subjetivo e maior co morbilidade psiquiátrica em comparação com outros indivíduos obesos sem transtorno de compulsão alimentar (2), e que pessoas emocionalmente desreguladas apresentam sexualidade impulsiva e Perturbação do comportamento alimentar (106), tal como foi referido em construto.

O segundo objetivo proposto, pretendeu **conhecer o nível de Satisfação Sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC).**

O Índice de Satisfação Sexual distribui-se pelos diferentes Índices de Massa Corporal da seguinte forma: indivíduos com Peso Normal são os que apresentam médias mais baixas de ISS (51,48), indicando que são os que se encontram mais satisfeitos sexualmente. Os valores de média encontrada para os respetivos grupos apresentam-se progressivamente superiores: em indivíduos com Baixo Peso é de 57,0, em pessoas com Pré-Obesidade é de 60,04, nos de Obesidade Grau I é de 67,07, no grupo com Obesidade Grau II é de 69,79 e por último, no grupo com Obesidade Grau III apresenta-se a média mais elevada de 77,74 (Tabela 22). Em suma, quanto maior o IMC mais insatisfeitos sexualmente se encontram os indivíduos I (Tabela 26) .

No estudo correlacional, dedicado ao ISS, verificou-se:

- a. Quanto maior for o nível de IMC maior será o nível de insatisfação com a sexualidade, através da correlação positiva fraca ($p .332^{**}$; $\alpha .000$) mas altamente significativa entre ISS e IMC, indicando que a variabilidade de ISS acompanha moderadamente – sem ser devido ao acaso - e no mesmo sentido, a variabilidade de IMC
- b. Quanto maior for o nível de CAP, maior será o nível de insatisfação sexual da amostra, relação verificada através da correlação positiva fraca e altamente estatisticamente significativa ($p .205$; $\alpha .000$), entre o Índice de Satisfação Sexual (ISS) e os comportamentos reveladores de Compulsão Alimentar Periódica (CAP).
- c. Quanto maior for o índice de insatisfação sexual, menor tenderá a ser a importância atribuída pela amostra à Importância atribuída às relações sexuais e à Perceção de orgasmo durante as relações sexuais estas duas perceções da sua vida sexual, já que foi verificado que o Índice de Satisfação Sexual (ISS) além de estabelecer uma correlação positiva e significativa com o IMC e a CAP, também estabelece correlações negativas fracas e moderadas mas estatisticamente significativas com a Importância atribuída às relações sexuais ($p -.233^{**}$; $\alpha .000$) e com a Perceção de orgasmo durante as relações sexuais ($p -.482^{**}$; $\alpha .000$).

A amostra em estudo e, comungando com a bibliografia atual (37), revela que os indivíduos mais obesos e com maior nível de excesso de peso, auto reportam menos parceiros sexuais que indivíduos com IMC normal, ou seja, quanto maior o IMC menos

parceiros sexuais reportam, sendo o género feminino com maior IMC a auto reportar menor número de parceiros sexuais e, sendo estes parceiros considerados menos desejáveis (6).

Partindo das relações encontradas em estudos anteriores, nomeadamente no de Arcelus e cols (2012), onde se verifica que pacientes com Perturbação do comportamento alimentar apresentam dificuldades nos relacionamentos amorosos, problemas íntimos e reduzida satisfação no casamento (27) e no de Adolfsson e cols (2004) em que pessoas obesas apresentaram scores mais baixos de satisfação com a vida sexual em comparação com os outros grupos de IMC, e porque constatarem igualmente uma elevada proporção de homens obesos a reportarem a participação em experiências sexuais involuntárias em comparação com os outros grupos de IMC (3); foi formulada para este estudo a

Hipótese de Investigação:

H1 - Existe relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e o nível de Satisfação Sexual (ISS) de utentes em consulta de nutrição.

O estudo correlacional revelou que **existe correlação estatística e significativa entre as variáveis CAP, ISS e IMC. Foi confirmada a H1 formulada no estudo:** H1 – Existe relação entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o nível de Satisfação Sexual de utentes em consulta de nutrição.

Foi verificada correlação positiva fraca e altamente estatisticamente significativa ($p < .005$; $\alpha < .000$), entre os comportamentos reveladores de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e o Índice de Satisfação Sexual (ISS) (Tabela 23). Quanto maior for o nível de comportamentos de CAP, maior será o seu nível de insatisfação sexual, corroborando Bajos e cols (2012) (94).

Este resultado refuta os resultados dos autores, nomeadamente Viveiros e cols (2012) (5) e Rada (2011), que apresentam conclusões contraditórias: não se verifica relação entre os padrões da resposta alimentar e a satisfação sexual, todavia, pacientes obesos apresentam maiores dificuldades em vivenciarem a sexualidade. Mas, este estudo está em concordância com Casteliini e Cols (2010) (2), Jamali (2014) (96), Poggiogalle (2014) (4) em que se foca que pacientes com CAP apresentam pior funcionamento sexual e que este facto se associa – como já foi atrás colocado - com a impulsividade e o comer emocional.

Em jeito conclusivo, encontra-se ao longo desta análise algum referencial semelhante ao da maioria da bibliografia recente no que concerne ao facto constatado de que as pessoas com maior IMC, apresentam relativamente, menor nível de escolaridade, menos parceiros sexuais e menos experiências sexuais (108) e menos prazerosas, tendo sido constatado, nomeadamente uma elevada proporção de homens obesos a reportarem a participação em experiências sexuais involuntárias em comparação com os outros grupos de IMC (33), contextos em que as variáveis de carater afetivo estão envolvidas. A este propósito, importa explicar o seguinte:

Estas variáveis, não puderam configurar-se no início do estudo, primeiro porque o tempo e a iniciação de aprendizagem metodológica da investigação, parte de pressupostos mais lineares, segundo, porque não havia comprovação nem perspetiva de resultados para tanto, mas considera-se que nas verificações já apontadas, poderão encontrar-se fatores desencadeantes como os apresentados em outros estudos, em que é referido que na compulsão alimentar, o antecedente mais comum é o afeto e/ou estados emocionais mais negativos, mas também: *stress* interpessoal, baixa auto estima, imagem corporal negativa, restrições dietéticas, maiores índices de depressão, transtornos de humor, sentimentos negativos referentes ao peso e forma corpórea onde a compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo (44; 25; 50).

Mas não só, há também a incidente relação – já apresentada em construto teórico - de que há por parte desta população obesa, a incapacidade em distinguir a fome física (necessidade de alimentos) da fome emocional, e onde, a compulsão alimentar aparece como alívio temporário de estados emocionais negativos, em momentos de aflição e ou sentidos como ameaças ao ego (11).

Mas há ainda outras evidências que poderão ser questionadas em relação a estes resultados.

Será que poderiam nesta amostra ser encontrados antecedentes semelhantes aos já mencionados em construto, como de abuso sexual na infância associado a transtornos psicológicos e emocionais, de fome emocional e compulsão alimentar (5; 11), ou de abuso interpessoal (102; 38) ou de exposição ao abuso infantil (109; 110), um potencial esclarecimento, a partir do fato da compulsão alimentar se apresentar como “função adaptativa” dos pacientes obesos face ao abuso sexual na infância (110; 111; 112) encontrando assim corroboração com os estudos anteriores?

Por todos os motivos, mas sobretudo por que é pertinente para uma larga abrangência da sociedade que apresenta excesso de peso, podem e devem estas variáveis ser adicionadas noutros estudos.

Uma vez terminada a análise e discussão dos resultados aqui encontradas, serão agora apresentadas as conclusões do estudo, onde não deixará de ter espaço a projeção de hipotéticas questões para investigação futura.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

O quinto e último capítulo deste percurso metodológico propriamente dito, diz respeito às conclusões e considerações finais.

Nesta linha de pensamento, pode verificar-se que no construto teórico se expôs a definição de Compulsão Alimentar e Satisfação Sexual, ambas Necessidades Básicas Humanas que podem estar interligadas.

A segunda parte deste estudo centra-se à implementação metodológica para assim se correlacionar as variáveis em estudo de modo a dar resposta aos objetivos propostos:

O primeiro objetivo centrou-se em conhecer o nível de Compulsão Alimentar Periódica, em pacientes em consulta de nutrição e dietética. Foi dada consecução a este objetivo, através dos resultados expostos na Análise e Discussão, fundamentados nos dados das Tabela 18 onde se constata que o maior nível de CAP se verificou nos utentes atendidos na PAIDEIA, seguindo-se o grupo de utentes da Figueira da Foz. Os menores níveis de comportamentos de CAP foram registados nos utentes da Figueira da Foz e da zona limítrofe do Porto. Verifica-se que alguns dos pacientes - 28,4% da amostra - que recorrem a consulta de nutrição apresentam CAP sem que esta seja realmente diagnosticada. Constatou-se que quanto maior for o IMC maior parece ser a quantidade de casos com CAP, mas verificou-se um fenómeno relevante que deverá merecer atenção em futuras pesquisas: à exceção de um individuo com baixo peso, em todas as categorias de IMC, mesmo as pessoas com peso normal, apresentam alterações do comportamento alimentar do tipo da Compulsão Alimentar Periódica.

Foi dada consecução ao segundo objetivo, que pretendia conhecer o nível de Satisfação Sexual, em pacientes com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC), a partir dos resultados analisados em resposta à aplicação da Escala de Índice de Satisfação Sexual (Hudson, 1998, 2000, adaptada por Pechorro e cols., 2009), onde se encontrou que o Índice de Satisfação Sexual apresenta uma variabilidade entre a média mínima de 51,5 para respondentes com peso normal, e média máxima de 77,7 para pacientes com obesidade Grau III, donde, ter-se assim verificado que quanto maior se apresentou o nível de IMC maior se verificou o nível de ISS da amostra.

Especificamente, os valores de média encontrada para os respectivos grupos apresentam-se progressivamente superiores: em indivíduos com Baixo Peso é de 57,0, em pessoas com Pré-Obesidade é de 60,04, nos de Obesidade Grau I é de 67,07, no grupo com Obesidade Grau II é de 69,79 e por último, no grupo com Obesidade Grau III apresenta-se a média mais elevada de 77,74. Tal como é apresentado em Discussão de Resultados, a partir dos valores das variáveis encontrados nas Tabelas 22 e 23, quanto mais gordas são as pessoas maior é também a sua insatisfação com as suas vivências sexuais.

Sendo a Sexualidade uma NBH, e por ter-se verificado em estudos anteriores, que pessoas com maior IMC apresentam maiores dificuldades em vivenciarem a sua sexualidade, apresentando menos parceiros sexuais, menos experiências sexuais, sendo o género feminino o que apresentam maiores prejuízos na dinâmica sexual, foi formulado um objetivo para estudar esta relação.

O terceiro e último objetivo (Tabela 22 e 23), que pretendia conhecer se existe correlação, estatisticamente significativa ou não, entre a variável Satisfação Sexual da amostra e o seu nível de Compulsão Alimentar Periódica, originou a Hipótese de Investigação aqui em estudo.

Tal como já foi anteriormente apontado, a Hipótese foi verificada: existe correlação positiva fraca, mas altamente e estatisticamente significativa entre o nível de Compulsão Alimentar Periódica e o Índice de Satisfação Sexual de pacientes em consulta de nutrição. Pessoas com comportamentos mais frequentes de CAP, apresentam também maior nível de insatisfação sexual.

Não pôde deixar de ser verificado, que existem outras correlações inter variáveis, que deverão merecer atenção para estudos futuros e que a partir dos resultados encontrados se torna agora pertinente considerar em próximos projetos.

Nomeadamente, e pese embora não pudesse ter sido considerado objetivo deste estudo, antes dos resultados que agora se apresentam, não poderá deixar de considerar-se o que outros autores apontam, tal como o facto de na compulsão alimentar, o antecedente mais comum, ser o afeto e/ou estados emocionais mais negativos, bem como também o *stress* interpessoal, baixa autoestima, imagem corporal negativa, restrições dietéticas, maiores índices de depressão, transtornos de humor, sentimentos negativos referentes ao peso e forma corpórea onde a compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo (44; 25; 50).

E que Propostas para o Futuro?

Assim, este estudo faz agora emergir outras questões, pelo que se torna pertinente para investigações futuras averiguar e compreender os fatores desencadeadores ou moderadores das relações aqui apresentadas, como por exemplo variáveis de carácter socio emocional, a nível intra e interpessoal, como a imagem corporal, o nível de ocorrências de estados depressivos, e mesmo capacidade de gestão dos seus estados emocionais.

Terminando, este estudo não é só é relevante pelos resultados encontrados, mas sobretudo pelas questões que deles emergiram. Por exemplo,

- Que tipo de educação para a saúde nutricional deve ser feito para reverter o fenómeno verificado na consecução do Primeiro Objetivo?
- Que tipo de variáveis emocionais e sociais ou outras, poderão eventualmente estar a moderar este fenómeno?
- Como poderiam ser – em conteúdo e percepção pessoal - as componentes discursivas de uma amostra que fosse convidada a responder à questão: porque é que quanto mais gordas são as pessoas maior é também a sua insatisfação com as suas vivências sexuais?
- Partindo do pressuposto que pessoas com comportamentos mais frequentes de CAP, apresentam também maior nível de insatisfação sexual, que tipo de elementos discursivos teriam estas pessoas para apresentar relativamente à sua percepção pessoal, para o desencadeamento desses comportamentos?

Estas questões de investigação poderão e deverão ser consideradas num design de investigação, no paradigma socio-crítico e numa metodologia mista, com uma componente inicial quantitativa para estudo estatístico de variáveis e posteriormente, identificando grupos extremos de “níveis de ISS e CAP”, contactar esses grupos extremos da amostra para ser convidados a apresentar as suas percepções pessoais dessas vivências, em método de entrevista em profundidade, para o estudo dos significados atribuídos a estas questões. Acredita-se que neste tipo de abordagem se poderia aceder aos fenómenos representados por esta patologia, que, tal como já foi apresentada em construto, ao assumir-se como complexa e que é influenciada não só por fatores genéticos, atividade física, hábitos alimentares (46), mas também por fatores sociais, psicológicos, emocionais, económicos, endócrinos e metabólicos e as suas mais diversas interações (106). Mas além destes processos, faria sentido estudar como é que estes

obesos que vivem uma sexualidade altamente insatisfatória, gerem os seus processos emocionais.

Na verdade, deverá ser incentivada a educação e regulação das emoções associada à educação do comportamento alimentar – tal como se assumiu em construto – já que a alegria se associou ao comer hedónico, enquanto a raiva, por oposição, se associou ao aumento da sensação de fome e à maior tendência de comer compulsivamente, sendo mais prevalentes em obesos não obesos, tendo sido verificada a relação entre maior controlo da fome emocional, redução da compulsão alimentar e sucesso na perda de peso (2; 107; 113). Eis porque este percurso educativo se deve manter e prevalecer.

A realização deste estudo foi sem dúvida considerada muito pertinente e profícua, porque permitiu fornecer contributos válidos relativos ao conhecimento da população em estudo e suas vivências e dificuldades, como população obesa e com excesso de peso. Também e de alguma forma porque permitiu configurar as dificuldades e constrangimentos de quem vive a nutrição, buscando as fugas ao prazer oriundo da alimentação e o seu refúgio na falta de prazer sexual.

Considera-se terminado este trabalho, com os resultados apresentados aos objetivos formulados, mas também com as questões que deles emergiram e sobretudo com a convicção de que a promoção e educação para a saúde, deve consistentemente insistir em programas de educação alimentar, ao nível de todo o ciclo de vida, nomeadamente com apoio de terapia cognitiva-comportamental e de educação emocional, seja ao nível das instituições de ensino seja nos espaços de interação com as instituições de Dietética e Nutrição. Obviamente que não se considera suficiente terminar aqui. Tal como se assumiu em construto, obesidade não só apresenta implicações no presente, mas também nas gerações futuras (30), pelo que continuar e aprofundar é agora em consciência, necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Alba, Patricio e Kes, Mariana Gabriela.** Trastornos de la conducta alimentaria: imagen corporal y sexualidad. *Vertex*. 2013, Vol. XXIV, pp. 285-290.
2. **Castellini, Giovanni , et al., et al.** Sexual Function in Obese Women with and without Binge Eating Disorderjsm_1990. [ed.] International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med.* 7, 2010, pp. 3969–3978.
3. **Adolfsson, Birgitta , et al., et al.** Are Sexual Dissatisfaction and Sexual Abuse Associated with Obesity? A Population-Based Study. *OBESITY RESEARCH*. Outubro de 2004, Vol. 12 (1), pp. 1702-1709.
4. **Poggiogalle, Eleonora, et al., et al.** Health-Related Quality of Life and Quality of Sexual Life in Obese Subjects. *International Journal of Endocrinology*. Fevereiro de 2014.
5. **Viveiros, Sara Joana Santos.** *Sexualidade, Vinculação, Emoções e Comportamento Alimentar na Obesidade*. Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, ISPA – Instituto Universitário. 2012. Tese de Mestrado.
6. **Boyes, Alice D. e Latner, Janet D.** Weight Stigma in Existing Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2009, 35, pp. 282–293.
7. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *nternational Journal of Impotence Research*. 2010, Vol. 22, pp. 220–226.
8. **Saúde, Direção Geral de.** *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Governo de Portugal, Ministério da Saúde - Direção Geral de Saúde. Lisboa : s.n. ISSN: 2183-5888.
9. **Regis, Lorena Fagundes Ladeia Vitória e Porto, Isaura Setenta.** A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006, Vol. 59(4), pp. 565-8.
10. **Lemmens, Sofie G., et al., et al.** Stress augments food ‘wanting’ and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiology & Behavior*. 2011, Vol. 103, pp. 157–163.
11. **Ribeiro, Gabriela e Santos, Osvaldo.** Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2013, Vol. 8 (2), pp. 82-88.
12. **Seeley, Rod R., Stephens, Trent D. e Tate, Philip.** Anatomia&Fisiologia. [trad.] Maria Teresa Leal, Maria Cândida Durão e Leonor Abecasis. Sexta Edição. s.l. : Lusociência, 2005, Capítulo 14 Funções das Integração do Sistema Nervoso, pp. 501-502.
13. **Carpenter, M.** El hipotálamo. [ed.] 4.^a edição. *Neuroanatomia fundamentos*. s.l. : Editorial médica panamericana, 1994, pp. 286-303.

14. **Brazis, P., Masdeu, J. e Biller, J.** Hypothalamus and pituitary gland: Localization in clinical neurology . [ed.] 4.ª Edição. 2001, pp. 387-402.
15. **Seeley, Rod R., Stephens, Trent D. e Tate, Philip.** Anatomia&Fisiologia. [trad.] Maria Teresa Leal, Maria Cândida Durão e Leonor Abecasis. 6ª. s.l. : Lusociência, 2005, pp. 450-451.
16. **Small, Dana M. e Jones-Gotman, Marilyn .** Feeding-induced dopamine release in dorsal striatum correlates with meal pleasantness ratings in healthy human volunteers. *NeuroImage*. 2003, Vol. 19, pp. 1709–1715.
17. **Wang, Gene-Jack, et al., et al.** Brain dopamine and obesity. *The Lancet*. 3 de Fevereiro de 2001, Vol. 357.
18. **Leddy, John J., et al., et al.** Influence of Methylphenidate on Eating in Obese Men. *Obesity Research*. Fevereiro de 2004, Vol. 12 (2), pp. 224-232.
19. **Berridge, Kent C.** ‘Liking’ and ‘wanting’ food rewards: Brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology & Behavior*. 2009, Vol. 97 , pp. 537–550.
20. **Stice, E , et al., et al.** Weight Gain is Associated with Reduced Striatal Response to Palatable Food. *J Neurosci*. 29 de Setembro de J Neurosci., Vol. 30(39), pp. 13105–13109.
21. **Shils, Maurice E., et al., et al.** Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença. 9ª Edição. s.l. : Manole, Vol. Vol. I, Cap. 40 - Controlo da Ingestão Alimentar, p. 675.
22. **Esteves, Pedro Filipe Correia da Silva de Sá.** *Obesidade – Revisão Bibliográfica*. Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. 2011. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina.
23. **Harper, Douglas.** Online Etymology Dictionary. *Obesity*. [Online] 2001-2015. <http://www.etymonline.com/index.php?term=obesity>.
24. **Carneiro, Henrique S.** Comida e Sociedade: Significados Sociais na História da Alimentação. *História: Questões e Debates*. nr. 42, 2005, pp. 71-80.
25. **Peterson, Carol B., et al., et al.** Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*. 2010, Vol. 51, pp. 31–36.
26. **Lazar, Calin Constantin , et al., et al.** Abdominoplasty After Major Weight Loss: Improvement of Quality of Life and Psychological Status. *Obesity Surgery*. Agosto de 2009, Vol. 19(8), pp. 1170-1175.
27. **Arcelus, Jon, Yates, Amy e Whiteley, Rose.** Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*. Maio de 2012, Vol. 27 (2), pp. 147-161.
28. **Kolotkin, Ronette L., Zunker, Christie e Østbye, Truls.** Sexual Functioning and Obesity: A Review. *Obesity*. Dezembro de 2012, Vol. 20 (12), pp. 2325–2333.

29. **Ricca, Valdo , et al., et al.** Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite* . 2009, Vol. 53, pp. 418–421.
30. **Kessler, Ronald C., et al., et al.** The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *BIOL PSYCHIATRY*. 73, 2013, pp. 904–914.
31. **Geliebter, Allan e Aversa, Angela.** Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*. 2003, Vol. 3, pp. 341–347.
32. Overweight and Obesity. *Centers for Disease Control and Prevention*. [Online] [Citação: 8 de Julho de 2014.] <http://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>.
33. **Guidelines, Clinical.** Contraceptive considerations in obese women. *SFP: Society of Family Plainning - research, education and leadership*. 2009.
34. **WHO.** Healthy Weight - it's not a diet, it's a lifestyle! *Centers for Disease Control and Prevention*. [Online] 8 de Julho de 2014. <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/index.html>.
35. —. Public Health Genomics. *Centers for Disease Control and Prevention*. [Online] [Citação: 2014 de Julho de 8.] <http://www.cdc.gov/genomics/resources/diseases/obesity/index.htm>.
36. **Meuleman, Eric Johan H.** Men's Sexual Health and the Metabolic Syndrome. *The Journal of Sex Research*. 2011, Vols. 48(2–3), pp. 142–148.
37. **Nagelkerke, Nico JD, et al., et al.** Body mass index, sexual behaviour, and sexually transmitted infections : an analysis using the NHANES 1999–2000 data. *BMC Public Health*. Agosto de 2006, Vol. 6: 199.
38. **Larsen, SH, Wagner, G. e Heitmann, BL.** Sexual function and obesity. *International Journal of Obesity*. 2007, Vol. 31, pp. 1189–1198.
39. **Morotti, Elena, et al., et al.** Body Mass Index, Stunkard Figure Rating Scale, and Sexuality in Young Italian Women: A Pilot Study. *Journal Sex Med*. 2013, Vol. 10, pp. 1034–1043.
40. *Portugal: Alimentação Saudável em Números; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. República Portuguesa, Direção Geral de Saúde. 2015. ISSN: 2183-0738.
41. **Machado, Paulo P.P., et al., et al.** Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Comportamento Alimentar*. Janeiro-Março de 2004, Vol. 1 (1).
42. **Carmo, Isabel, et al., et al.** Epidemiologia da Anorexia Nervosa: Prevalência da anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *ACTA MÉDICA PORTUGUESA*. 2001, Vol. 14, pp. 301-316. Recebido em 1999.
43. **Machado, Paulo P.P., et al., et al.** Eating related problems amongst Iberian female college students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004, Vol. 4 (3), pp. 495-504.

44. **Association, American Psychiatric.** Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. *DSM-5*. [Online] 2014. <http://pt.scribd.com/doc/248320024/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf#scribd>.
45. **Narvaz, Martha e Oliveira, Letícia L.** A Relação entre Abuso Sexual e Transtornos Alimentares: Uma Revisão. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 1, 2009, Vol. 43, pp. 22-29.
46. **Amianto, Amianto, et al., et al.** Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*. 15:70, 2015.
47. **Freitas, Silvia , et al., et al.** Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 23(4), 2001, pp. 215-220.
48. **Leehr, Elisabeth J., et al., et al.** Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 49 (2015) 125–134, 2015, pp. 125–134.
49. **Dingemans, Alexandra E., et al., et al.** Expectations, mood, and eating behavior in binge eating disorder. Beware of the bright side. *Appetite*. 2009, Vol. 53, pp. 166–173.
50. **Dingemans, Alexandra E., et al., et al.** The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite*. 2009, Vol. 52, pp. 51-57.
51. **Harney, Megan B., et al., et al.** Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating Behaviors*. 2014, Vol. 15, pp. 24–30.
52. **Keranen, Anna-Maria , et al., et al.** Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite*. 5, 2010, pp. 726–729.
53. **Grave, Riccardo Dalle, et al., et al.** Weight management, psychological distress and binge eating in obesity. A reappraisal of the problem. *Appetite*. 2, 2010, Vol. 54, pp. 269–273.
54. **Canetti, Laura, Bachar, Eytan e Berry , Elliot M.** Food and emotion. *Behavioural Processes*. 2002, Vol. 60, pp. 157-164.
55. **Grave, Riccardo Dalle, et al., et al.** Psychological Variables Associated with Weight Loss in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*. 12, 2009, Vol. 109, pp. 2010-2016.
56. **Rotella, Francesco, et al., et al.** Temperament and emotional eating: A crucial relationship in eating disorders. *Psychiatry Research*. 2015, Vol. 225, pp. 452–457.
57. **Folope, Vanessa , et al., et al.** Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*. 2012, Vol. 28, pp. e7–e13.
58. **Wiedemann, Ashley A. e Saules, Karen K.** The relationship between emotional eating and weight problem perception is not a function of body mass index or depression. *Eating Behaviors*. 14, 2013, pp. 525–528.

59. **Andrés, Ana e Saldaña, Carmina** . Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research* . 34, 2014, pp. 944-950.
60. **Machado, Cristiane Cristiane , et al., et al.** Compulsão Alimentar antes e após a Cirurgia Bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 21 (4), 2008, pp. 185-91.
61. **Costa, Roberto Fernandes, Machado, Suzana Carvalho e Cordás, Táki Athanássios.** Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psicologia Clínica*. 37 (1), 2010, pp. 27-31.
62. **Kolotkin, Ronette L., et al., et al.** Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity*. Março de 2006, Vol. 14 (3), pp. 472-479.
63. **Ledyard, Martha L. e Morrison, Nancy C.** The Meaning of Weight in Marriage: A Phenomenological Investigation of Relational Factors Involved in Obesity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. Outubro de 2008, Vol. 7(3), pp. 230-247.
64. **Mozafari, Mosayeb , et al., et al.** Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. *Iran Red Crescent Med J*. Janeiro de 2015, Vol. 17 (1).
65. **Chen, Xiaojun , Zhang, Qingying e Tan, Xuerui** . Cardiovascular effects of sexual activity. *Indian J Med Res*. Dezembro de 2009, Vol. 130, pp. 681-688.
66. **Volpi, Sandra Mara e Leszczynski, Sonia Ana Charchut.** A Evolução da Sexualidade e as suas Causas e Consequências de sua Repressão ao longo do Desenvolvimento Físico, Energético e Emocional: Perspectiva Psico-Corporal. *ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II*,. 2008, REICH, W. A revolução sexual. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
67. **Cecilio, Hellen Pollyanna Mantelo, et al., et al.** Percepções de mulheres obesas sobre a sexualidade. *REME - Rev Min Enferm*. 18(4), out/dez de 2014 , pp. 955-960.
68. **Butzer, Bethany e Campbell, Lorne.** Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*. 2008, Vol. 15, pp. 141–154.
69. Sexual and reproductive health . *World Health Organization*. [Online] 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
70. **Kadioglu, Pinar , et al., et al.** Obesity might not be a risk Factor for female sexual dysfunction. *Journal Compilation BJU International* . 2010, Vol. 106, pp. 1357-1361.
71. **Sánchez-Fuentes, María del Mar , Santos-Iglesias, Pablo e Sierra, Juan Carlos.** A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 14, 2014, p. 67–75.
72. **Pechorro, Pedro , et al., et al.** Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia (ISPA)*. 7 (1), 2009, pp. 45-56.

73. **Henderson, Alison W., Lehavot, Keren e Simoni, Janei M.** Ecological Models of Sexual Satisfaction among Lesbian/Bisexual and Heterosexual Women. *Arch Sex Behav.* 38 (1), 2009, pp. 50–65.
74. **Pascoal, Patrícia Monteiro, Narciso, Isabel de Santa Bárbara e Pereira, Nuno Monteiro.** What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions. *The Journal of Sex Research.* 1, 2014, Vol. 51, pp. 22-30.
75. **Araújo, Arakén Almeida de, et al., et al.** Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet]*. 2009, Vol. 36 (1), pp. 42-48.
76. **Esposito, K., et al., et al.** Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research.* 2008, Vol. 20, pp. 358–365.
77. **Esposito, K., et al., et al.** Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research.* 2007, Vol. 19, pp. 353–357.
78. My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. *Culture, Health & Sexuality.* 2013, Vol. 15 (6), pp. 710–725.
79. **Woertman, Liesbeth e Brink, Femke van den.** Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. *Journal of Sex Research.* 2012, Vols. 49(2–3), pp. 184–211.
80. **Oliveira, Márcio Moysés de.** Obesidade: para prevenir é preciso conhecer. *Revista da Neurociência.* 22(3), 2014, pp. 328-329.
81. **Godoy, Érica Helena Martins de.** *Histórias de vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade.* Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto , Universidade de São Paulo. 2008. Dissertação de Tese de Mestrado.
82. **McFarlane, Traci , Urbszat, Dax e Olmsted, Marion P.** "I Feel Fat": An experimental induction of body displacement in disordered eating. *Behaviour Research and Therapy.* 2011, Vol. 49, pp. 289-293.
83. **Eddy, Kamryn T., Novotny, Catherine M. e Westen, Drew.** Sexuality, Personality, and Eating Disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention.* 2004, Vol. 12, pp. 191–208.
84. **Macht, Michael.** How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite.* 2008, Vol. 50, pp. 1-11.
85. **Salwen, Jessica K., et al., et al.** Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse&Neglect.* 425–433 de 2014, Vol. 38.
86. **Gustafson, T.B. e Sarwer, D.B.** Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews .* 2004, Vol. 5, pp. 129–135.
87. **Hemmingsson, E., Johansson, K. e Reynisdottir, S. .** Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews.* 2014, Vol. 15, pp. 882–893.

88. **Alvarez, Jennifer , et al., et al.** The Relationship Between Child Abuse and Adult Obesity Among California Women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007, Vol. 33 (1), pp. 28-33.
89. **Larsen, Junilla K. e Geenen, Rinie.** Childhood Sexual Abuse is not Associated with a Poor Outcome after Gastric Banding for Severe Obesity. *Obesity Surgery*. 2005, Vol. 15, pp. 534-537.
90. **Rohde, Paul, et al., et al.** Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect*. 2008, Vol. 32, pp. 878–887.
91. **Keeshin, Brooks R., et al., et al.** Sexual Abuse Is Associated with Obese Children and Adolescents Admitted for Psychiatric Hospitalization. *The Journal of Pediatrics*. Julho de 2013, Vol. 163 (1), pp. 154-159.
92. **Kaneshiro, Bliss , et al., et al.** Body Mass Index and Sexual Behavior. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*. Setembro de 2008, Vol. 112 (3), pp. 586-592.
93. **Huber, Larissa R. Brunner , et al., et al.** No association between body size and frequency of sexual intercourse among oral contraceptive users. *Annals of Epidemiology*. 2014, Vol. 24, pp. 655-659.
94. **Bajos, Nathalie , et al., et al.** Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*. 2010.
95. **Esposito, K., et al., et al.** The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *International Journal of Impotence Research*. 2005, Vol. 17, pp. 224–226.
96. **Jamali, Safieh, Zarei, Hossein e Jahromi, Athar Rasekh.** The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *J Reprod Med*. Março de 2014, Vol. 12 (3), pp. 189-198.
97. **Sabia, Joseph J. e Rees, Daniel I.** The effect of body weight on adolescent sexual activity. *Health Economics*. 2011, Vol. 20, pp. 1330–1348.
98. **Kinzl, Johann F, et al., et al.** Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. *Obesity Surgery*. 2001, Vol. 11, pp. 455-458.
99. *Do meu primeiro beijo à minha primeira relação sexual – questões sobre a iniciação sexual dos jovens.* **Marques, Ana Cristina.** Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas : s.n., 2008. VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. ÁREA TEMÁTICA: Saúde, Corpo e sexualidade. Número de Série: 565.
100. **Montes, Vera L.** *Efeito das Habilitações Académicas no Risco de Doença Cardiovascular de uma População de Alto Risco Cardiovascular da USF Gualtar.* Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho , 2011.
101. **Kerremans, Anneleen, Claes, Laurence e Bijttebier, Patricia .** Disordered eating in adolescent males and females: Associations with temperament, emotional and behavioral

problems and perceived self-competence. *Personality and Individual Differences*. Dezembro de 2010, Vol. 49(8), pp. 955–960.

102. **Darby, A., et al., et al.** Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*. 2007, Vol. 31, pp. 876–882.

103. **Ambler, Dana, Bieber, Eric e Diamond, Michael.** Sexual Function in Elderly Women: a review of current literature. *Rev Obstet Gynecol*. 2012, Vol. 25 (1), pp. 16-27.

104. **Yaylali, GF, Tekekoglu, S e Akin, F.** Sexual dysfunction in obese and overweight women. *International Journal of Impotence Research*. 2010, Vol. 22, pp. 220–226.

105. **Satinskya, Sonya.** My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. *Culture, Health & Sexuality*. 2013, Vol. 15(6), pp. 710–725.

106. **Azevedo, Alexandre Pinto de, Santos, Cimâni Cristina dos e Fonseca, Dulcineia Cardoso da .** Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. *J.L.* 2004.

107. **Bernardi, Fabiana, Cichelero, Cristiane e Vitolo, Márcia Regina.** Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*. 2005, Vol. 18(1).

108. **Rodrigues, Ana Paula dos Santos e Silveira, Erika Aparecida da.** Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, Vol. 20 (1), pp. 165-174.

109. **Alvarez, Jennifer.** The Relationship Between Child Abuse and Adult Obesity Among California Women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007, Vol. 33 (1), pp. 28-33.

110. **Salwen, Jessica K.** Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse & Neglect*. 2014, Vol. 38, pp. 425–433.

111. **Shin, Sunny Hyucksun e Miller, Daniela P.** A longitudinal examination of childhood maltreatment and adolescent obesity: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Child Abuse & Neglect*. 2012, Vol. 36, pp. 84-94.

112. **Veldwijk, Jorien.** The prevalence of physical, sexual and mental abuse among adolescents and the association with BMI status. *BMC Public Health*. 2012, Vol. 12.

113. **Petribu, Kátia, et al., et al.** Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arq. bras. endocrinol. metab.* Outubro de 2006, Vol. 50(5), pp. 901-908.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

“COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E SATISFAÇÃO SEXUAL”

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual

Enquadramento: Estudo realizado em âmbito académico de mestrado em Doenças Metabólicas e do Comportamento Alimentar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa sob orientação da professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco e Professor Doutor Daniel Sampaio, a ser desenvolvido no: Centro Hospitalar do Nordeste – Consulta de Nutrição e Dietética, Hospital Santa Maria – Consulta de Nutrição e Dietética; Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Consulta de Nutrição e Dietética; Hospital Distrital da Figueira da Foz – Consulta de Nutrição e Dietética e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Consulta de Nutrição e Dietética.

Explicação do estudo: O estudo desenvolve-se através da análise de um questionário de autopreenchimento, cujo preenchimento demora 10 minutos aproximadamente. O questionário é constituído por três partes: a primeira para caracterização do participante em estudo, a segunda inclui a “Escala de Índice de Satisfação Sexual” e a terceira “Escala de Compulsão Alimentar Periódica”, adaptadas e validadas à população. O questionário de caracterização do participante engloba questões de carácter pessoal (género, idade, escolaridade, estado civil, peso, altura, circunferência da cintura, entre outras), a “Escala de Índice de Satisfação Sexual” é constituída por 25 itens com opções de resposta em frequência temporal em que cada situação ocorre numa escala de Likert de 7 pontos, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre». A “Escala de Compulsão Alimentar Periódica” é constituída por 16 itens de respostas múltiplas pelo que se deve apenas escolher a afirmação que corresponde ao que realmente sente.

Condições e financiamento: O estudo não apresenta financiamento pelo que cabe à investigadora o pagamento das deslocações. A participação no estudo é voluntária pelo que a não participação não implica qualquer prejuízo por parte do utente. O referente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Confidencialidade e anonimato: Aos participantes no estudo garante-se a total confidencialidade e anonimato, sendo que os dados recolhidos serão usados unicamente para tratamento estatístico no presente estudo. Garante-se que a identidade do participante nunca será tornada pública.

Agradeço desde já a sua participação

Filomena Pereira

Dietista (Cédula Profissional:1820D)

Tel: 912069989

E-mail: filomena.pereira.diet@gmail.com

Assinatura/s:

³ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo 2 Declaração de Estágio Voluntário na PAIDEIA



PAIDEIA

Plataforma Aberta - Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que **Filomena Maria Coutinho Pereira**, com Cédula Profissional nº 2018D da Ordem dos Nutricionistas, completou, com a avaliação de Muito Bom, o Estágio em regime de voluntariado, com 1260 horas de duração, que decorreu na Plataforma Aberta – Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional (PAIDEIA), entre 01 de Outubro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016, sob supervisão da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, com as atividades:

- Formadora em Educação para a Saúde em Dietética e Nutrição para grupos específicos, em eventos dirigidos a IPSS, instituições de educação e saúde com 80 horas no total.
- Formanda em Educação Emocional e Competência Emocional, nos Seminários disponibilizados na PAIDEIA, em associação com a ESSA, IPB, num total de 50 horas.
- Organização, Divulgação e Avaliação de Eventos Científicos (II Seminário Internacional em Inteligência Emocional em 12-14 Junho 2015; Seminários de Formação em Educação Emocional e Inteligência Emocional, num total de 8), ao longo do ano de 2015.
- Consultas em Dietética e Nutrição, para a população académica e civil - associados da PAIDEIA, amigos da PAIDEIA de respetiva rede socia - num total de 81 consultas.
- Gestão de Recursos humanos, em associados da PAIDEIA.
- Atividades de Investigação em colaboração ativa com as atividades e/ou projetos desenvolvidos pela PAIDEIA, com as instituições de relação e ou com Protocolo celebrado, na área de Educação Emocional, Competência Emocional, e, sobretudo, na área de Dietética e Nutrição.
- Apresentação – Comunicações e Posters - de trabalhos de Investigação em Seminários, Jornadas e Congressos Internacionais.
- Interação com as instituições de saúde – Centro Hospitalar do Nordeste - no sentido de aceder à população com problemáticas do comportamento alimentar a fim de colher dados de investigação.

ESSA, Bragança, 09.03.2016

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Presidente da Direção da PAIDEIA

Anexo 3 Solicitação às Entidades Institucionais

Exmo Presidente

Do Centro Hospitalar

Assunto: Solicitação para aplicação de um questionário aos utentes da consulta de Nutrição e Dietética

Eu, Filomena Maria Coutinho Pereira, portadora do Cartão de Cidadão número 136560, Licenciada em Dietética pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, a frequentar o segundo ano no curso de Mestrado em Doenças Metabólicas e do Comportamento Alimentar na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a desenvolver a respetiva dissertação na temática “Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual” sob orientação científica dos Professores Doutores Maria Augusta Romão da Veiga-Branco e Daniel José Branco de Sampaio, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para aplicação de um Instrumento de Recolha de Dados (IRD) – questionário - aos utentes da consulta de Nutrição e Dietética dessa instituição no período temporal de um mês.

Em anexo segue o projeto de dissertação bem como o questionário a ser aplicado.

Com os melhores cumprimentos e na expectativa da sua atenção e consentimento opara a prossecução deste estudo,

Atenciosamente

Filomena Pereira

Com Conhecimento:

Maria Augusta Romão da Veiga-Branco e Daniel José Branco de Sampaio

Anexo 4 Instrumentos de Recolha de Dados

“Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual”

Caro Participante

Este Questionário faz parte de um estudo sobre **Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual** cuja finalidade é conhecer a relação entre estas duas variáveis. Assim, solicita-se a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, constituído por três partes – a caracterização do participante, e dois conjuntos de questões sobre essas temáticas.

Para a validade e utilidade das respostas, o preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do «**que é/sente**» e não do «**que deveria ser/sentir**». **Deve responder a todas as questões.** A **confidencialidade e anonimato** das respostas estão assegurados pelo que em nenhum local deverá colocar o seu nome.

Procedimento:

- **Escala de índice de Satisfação Sexual**

As respostas do primeiro bloco de questões, a escala de 7 pontos os valores assumem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando entre «Nunca» e «Sempre»:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

Todas as afirmações devem de ser respondidas. Assim, assinale as respostas, colocando **uma cruz sobre** o algarismo do valor da escala (que pode visualizar sempre em rodapé que traduza o número de vezes (mais próximo possível...) que cada situação ocorre. Verifique o exemplo:

Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.	X	2	3	4	5	6	7
A nossa vida sexual é muito excitante.	1	X	3	4	5	6	7
O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.	1	X	3	4	5	6	7
O sexo com o meu companheiro tomou-se para mim uma rotina.	X	2	3	X	5	6	7

- **Escala de Compulsão Alimentar Periódica**

No segundo bloco de questões, SÓ deve apenas seleccionar UMA afirmação e assinalando-a com **uma cruz (X)**, correspondendo ao que realmente sente:

1

() 1. Eu não me sinto constrangida com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.

() 2. Eu me sinto preocupada em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

X
() 3. Eu fico mesmo constrangida com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontada comigo mesma.

() 4. Eu me sinto muito constrangida com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesma. Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento.

Bem Haja por colaborar!

Parte I - Caracterização do Participante

1. Idade: _____ anos (completos)
2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
3. Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐
 União de facto ☐
5. N.º de pessoas do agregado familiar (engloba filhos e outras pessoas ao seu encargo): _____

6. Habilitações Literárias/Profissionais:

Primeiro Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º anos)		Licenciatura	
Segundo Ciclo (5º, 6º anos)		Pós-Graduação	
Terceiro Ciclo (7º, 8º e 9º anos)		Mestrado	
Secundário (10º, 11º, 12º anos)		Doutoramento	
Bacharelato		Outro	

7. Número de parceiros sexuais que teve/tem: _____
8. Idade da primeira relação sexual: _____
9. Frequência de relações sexuais por semana: _____

10. Considera as relações sexuais importantes na sua vida:

1. Sem importância	2. Pouco Importante	3. Indiferente	4. Bastante Importante	5. Muito Importante
--------------------	---------------------	----------------	------------------------	---------------------

11. Durante uma relação sexual atinge o clímax do prazer (orgasmo):

1. Nunca	2. Raramente	3. Pouco Frequente	4. Frequente	5. Sempre
----------	--------------	--------------------	--------------	-----------

✓ Preencher pela Dietista:

Peso: _____ kg	Altura: _____ cm	IMC: _____ g/m ²
Perímetro da Cintura: _____ cm	Perímetro da Anca: _____ cm	Razão cintura/Anca: _____

Parte II - Escala do Índice de Satisfação Sexual (ISS) F

Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6	7
A nossa vida sexual é muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.	1	2	3	4	5	6	7
O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que o nosso sexo é sujo e desagradável.	1	2	3	4	5	6	7
A nossa vida sexual é monótona.	1	2	3	4	5	6	7
Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro é sexualmente muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.	1	2	3	4	5	6	7
Penso que o nosso sexo é maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro insiste demasiado no sexo.	1	2	3	4	5	6	7
Tento evitar contacto sexual com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro é demasiado rude ou bruto quando fazemos sexo.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro não quer fazer sexo quando eu quero.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que a nossa vida sexual é uma mais-valia para o nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro parece evitar o contacto sexual comigo.	1	2	3	4	5	6	7
É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
Sinto que a minha vida sexual é aborrecida.	1	2	3	4	5	6	7

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

Parte III - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

1

- ☐ 1. Eu não me sinto constrangida com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- ☐ 2. Eu sinto-me preocupada em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontada comigo mesma.
- ☐ 3. Eu fico mesmo constrangida com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontada comigo mesma.
- ☐ 4. Eu sinto-me muito constrangida com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo de mim mesma. Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento.

2

- ☐ 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade em comer devagar, de maneira apropriada.
- ☐ 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo por me sentir demasiado cheia por comer demais.
- ☐ 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me depois desconfortavelmente cheia.
- ☐ 4. Eu tenho o hábito de engolir a comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral sinto-me desconfortavelmente cheia por ter comido demais.

3

- ☐ 1. Eu sinto-me capaz de controlar os meus impulsos para comer, quando eu quero.
- ☐ 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar o meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- ☐ 3. Eu sinto-me totalmente incapaz de controlar os meus impulsos para comer.
- ☐ 4. Por me sentir tão incapaz de controlar o meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controlo.

4

- ☐ 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateada.
- ☐ 2. Às vezes eu como quando estou chateada mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar a minha mente da comida.
- ☐ 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateada mas, de vez em quando, posso usar alguma outra actividade para afastar minha mente da comida.
- ☐ 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateada. Nada me parece ajudar a parar com esse hábito.

5

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- () 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo uma sandes, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesma depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesma depois de comer demais.
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesma depois de comer demais.

7

- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- () 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- () 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesma: “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- () 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesma, mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente cheia.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito cheia.
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoada.

9

() 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheia.

() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheia mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrada.

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrada depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinha.

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangida com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçada com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhada por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- ☐ 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ☐ 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancheo entre as refeições.
- ☐ 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- ☐ 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- ☐ 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- ☐ 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- ☐ 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordada estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- ☐ 1. Eu não penso muito sobre comida.
- ☐ 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ☐ 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- ☐ 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- ☐ 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ☐ 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ☐ 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim

TRABALHO INVESTIGAÇÃO

08/2015

“Compulsão alimentar periódica e satisfação sexual”

INSTITUIÇÃO/SERVIÇO: Escola Superior Saude do Instituto Politécnico Bragança

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Filomena Maria Coutinho Pereira

PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 07 / 01 / 2015

Nada a opor, cumpre os requisitos éticos necessários à sua aprovação.
Pedimos novo draft de Consentimento Informado para anexar ao processo
Pedir parecer aos responsáveis de serviço e informação quanto à distribuição do instrumento de colheita de dados.

Documentos analisados:

- Ofício;
- Instrumento de colheita de dados;
- Consentimento Informado.

O Presidente da CES


(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 07 / 01 / 2015

CHVNG/E, EPE

Nº 64 / 2015
Data 5 / 2 / 2015
Tipo de documento: parecer
Serviço de Formação, Ensino e Investigação

Comissão de Ética

→

Exmo. Sr. ^o
Dr. Grilo Gonçalves
Diretor Clínico
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

V. REFERÊNCIA	V. COMUM. DE	DATA	N. REFERÊNCIA	Telf. 233402000 Fax 233431268 hdff@hdfigueira.min-saude.pt	Gala 3094-001 FIGUEIRA DA FOZ
		20.05.2015			

Assunto: Pedido para aplicação de um instrumento de recolha de dados aos utentes da Consulta de Nutrição e Dietética, a aplicar pela aluna, Filomena Maria Coutinho Pereira, que se encontra a frequentar o segundo ano do curso de Mestrado em doenças metabólicas e do comportamento alimentar na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Em reunião realizada no dia 14.05.2015, foi analisado o pedido supra referido, bem como o parecer do Sr. Dr. Paulo Mendes. Pelo que e em conformidade com este, esta Comissão nada tem a opor.

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Rui Manuel Gil Araújo
(Dr. Rui Manuel Gil Araújo)

Autogr. 6
28.05.2015
Paulo Mendes

Exma. Sra.
Dra. Filomena Pereira
Covo Vinhós
5050 – 405 Peso da Régua

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
Pº. CE

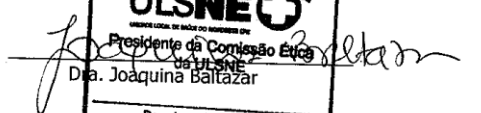
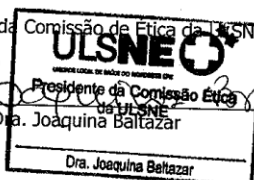
Data
16/02/2015

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética
Reunião dia 11/02/2015

A Comissão de Ética da ULSNE, na sequência do pedido de autorização, apresentado para aplicação de um Instrumento de Recolha de Dados (IRD) – questionário – aos utentes da consulta de Nutrição e Dietética da ULSNE, informa V. Ex.ª que nada tem a opor do ponto de vista ético.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da ULSNE



Presidente da Comissão de Ética
da ULSNE
Dra. Joaquina Baltazar
Dra. Joaquina Baltazar



Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^{da} Senhor(a)
Dr^a Filomena Maria Coutinho Pereira
Covo Vinhós
5050-405 Peso da Régua

ASSUNTO: Projeto de investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 28/01/2015, o Conselho de Administração em 20/03/2015 decidiu autorizar a realização do projeto de investigação sobre "Compulsão Alimentar Periódica e Satisfação Sexual".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 20 de Março de 2015

O Presidente do Conselho de Administração

Carlos José Cadavez (Dr.)
Presidente do Conselho
de Administração

CHTMAD