

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



Ingestão Alimentar Compulsiva em adultos com excesso de peso: frequência e relação com dietas realizadas

Juliana Marques Correia

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Augusta Cortes do Carmo

Coorientadora: Professora Doutora Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz

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

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



Ingestão Alimentar Compulsiva em adultos com excesso de peso: frequência e relação com dietas realizadas

Juliana Marques Correia

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Augusta Cortes do Carmo

Coorientadora: Professora Doutora Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz

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

2020

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de Fevereiro de 2019.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Isabel do Carmo, por ter aceite a orientação deste projeto. Obrigada pelos conhecimentos transmitidos e pela revisão da dissertação.

À Professora Doutora Ana Rita Vaz, pela orientação e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso, bem como pela partilha de conhecimento e revisão da dissertação.

À equipa de colegas da divisão de Nutrição da Farmodiética S.A., pela ajuda na recolha de dados e em especial à Dra. Filipa Cortez Faria, que permitiu a recolha de dados para esta dissertação.

À Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, por ter disponibilizado um dos questionários utilizados neste trabalho.

A toda a minha família, em particular os meus pais, e aos meus amigos que me apoiaram e motivaram à realização desta dissertação. Obrigada por acreditarem em mim e pelo apoio demonstrado ao longo deste percurso.

Índice geral

Agradecimentos.....	iv
Abreviaturas.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
1. Introdução.....	1
2. Fundamentação Teórica.....	2
2.1 Excesso de peso.....	2
2.1.1 Definição, avaliação e classificação.....	2
2.1.2 Prevalência do excesso de peso.....	4
2.1.3 Causas e consequências do excesso de peso.....	5
2.2 Ingestão Alimentar Compulsiva.....	6
2.2.1 Definição e classificação.....	6
2.2.2 Prevalência.....	8
2.2.3 Fatores de Risco / Associados.....	9
2.2.4 Tratamentos.....	11
2.3 Ingestão Alimentar Compulsiva e Excesso de Peso.....	12
2.4 Ingestão Alimentar Compulsiva, Dieta e Restrição Alimentar Cognitiva.....	13
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivos Gerais.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4. Material e Métodos.....	16
4.1 Considerações Éticas.....	16
4.2 População do Estudo.....	16
4.3 Amostra do Estudo.....	16
4.4 Tipo de Estudo.....	17
4.5 Recolha de Dados.....	17
4.5.1 Instrumentos de Recolha de Dados.....	17
4.5.1.1 Questionário clínico e sociodemográfico.....	17

4.5.1.2 Antropometria.....	18
4.5.1.3 Questionário de dietas realizadas.....	18
4.5.1.4 <i>Binge Eating Scale</i> (BES).....	18
4.5.1.5 <i>The Three-Factor Eating Questionnaire-R21</i> (TFEQ-R21).....	19
4.6 Análise de Dados.....	19
4.7 Análise Estatística	20
5. Resultados	21
5.1 Caracterização da amostra	21
5.2 Dados antropométricos	22
5.3 Dietas realizadas	23
5.4 Presença de ingestão alimentar compulsiva e características associadas	23
5.5 Ingestão alimentar compulsiva e dados antropométricos	24
5.6 Ingestão alimentar compulsiva, número de dietas e idade de primeira dieta	25
5.7 Ingestão alimentar compulsiva, flutuação do peso e expectativa de perda de peso	26
5.8 Restrição alimentar cognitiva, IAC e número de dietas realizadas	27
6. Discussão	28
7. Conclusão	32
8. Referências Bibliográficas	33
Anexo I – Consentimento Informado.....	41
Anexo II – Questionário BES.....	44
Anexo III – Questionário TFEQ-R21 (Subescala da restrição alimentar cognitiva)	47

Índice de tabelas

Tabela 1 – Classificação da obesidade segundo o IMC para adultos	3
Tabela 2 – Variáveis antropométricas, flutuação do peso e expectativa de perda de peso	22
Tabela 3 – Distribuição dos participantes pela classificação do IMC	22
Tabela 4 – Frequência do número de dietas realizadas para perda de peso.....	23
Tabela 5 – Frequência ingestão alimentar compulsiva	23
Tabela 6 - Comparação dos grupos sem e com ingestão alimentar compulsiva por idade	24
Tabela 7 – Ingestão alimentar compulsiva por género	24
Tabela 8 – Comparação dos dados antropométricos entre os grupos sem e com IAC .	25
Tabela 9 – Correlação entre a pontuação final do BES e os dados antropométricos	25
Tabela 10 – Comparação do número de dietas realizadas entre os grupos sem e com IAC	25
Tabela 11 – Comparação da idade de início da IAC com a idade de início de dieta	26
Tabela 12 - Comparação da flutuação do peso e da expectativa de perda de peso entre os grupos sem e com IAC.....	26
Tabela 13 – Correlação entre a pontuação final do BES com a flutuação do peso e expectativa de perda de peso	27
Tabela 14 – Comparação do grau de RAC entre os grupos sem e com IAC	27
Tabela 15 – Correlação entre a RAC com a pontuação final do BES e com o número de dietas realizadas	27

Abreviaturas

BE – *Binge Eating*

BES – *Binge Eating Scale*

BIA – Bioimpedância Elétrica

CR – Cognitive restraint

DP – Desvio Padrão

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

GV – Gordura Visceral

IAC – Ingestão Alimentar Compulsiva

M – Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro da Cintura

PA – Perturbação Alimentar

PIAC – Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

RCA – Restrição Alimentar Cognitiva

TFEQ – *Three-Factor Eating Questionnaire*

% MG – Percentagem de Massa Gorda

Resumo

Introdução: Sabe-se que a ingestão alimentar compulsiva (IAC) é mais frequente em indivíduos com excesso de peso que procuram tratamento para a redução ponderal e que está associada a dieta, contudo os dados disponíveis são discrepantes sobre a prevalência da IAC nesta população bem como sobre o tipo de relação deste comportamento com as dietas e com a restrição alimentar cognitiva (RAC). O objetivo deste estudo foi estimar a frequência de IAC em adultos com excesso de peso que procuram tratamento para a perda de peso e analisar a relação da IAC com os dados antropométricos, o número de dietas realizadas e o grau de RAC.

Metodologia: Estudo observacional analítico transversal com uma amostra de 155 participantes com excesso de peso que estavam a iniciar um programa de perda de peso. A recolha de dados foi realizada na primeira consulta de nutrição e através da entrega de questionários: sobre as dietas realizadas, do *Binge Eating Scale* (BES) para avaliação da IAC e do *Three-Factor Eating Questionnaire-R21* (TFEQ-R21) subescala da restrição alimentar cognitiva para avaliar o grau da RAC.

Resultados: A amostra, na sua maioria do género feminino (94,2%), apresentava uma idade média de 47 anos, índice de massa corporal médio de 31,1Kg/m² e massa gorda média de 43,5%. A frequência estimada de IAC foi de 29%. Encontrou-se uma associação entre a IAC e o género feminino. A percentagem de massa gorda, o número de dietas realizadas e a expectativa de perda de peso verificaram-se estar positivamente associados à pontuação final do BES, enquanto que o grau de RAC e a idade de início de dieta encontraram-se negativamente associados à pontuação final do BES. Da amostra com IAC, 71,1% iniciou este comportamento previamente à primeira dieta realizada.

Conclusão: A ingestão alimentar compulsiva é comum em adultos com excesso de peso que procuram tratamento para perda de peso. Conclui-se que os profissionais de saúde devem estar alerta e realizar um rastreio de perturbação alimentar em indivíduos com excesso de peso que pretendem emagrecer, principalmente nos com maior historial de dietas realizadas. Estudos prospetivos e mais alargados são necessários para melhor avaliar e compreender as relações entre o excesso de peso, IAC e realização de dietas.

Palavras-chave: Ingestão alimentar compulsiva; excesso de peso; número de dietas realizadas; restrição alimentar cognitiva

Abstract

Introduction: It is known that binge eating (BE) is more frequent in overweight individuals who seek treatment for weight loss and that it is associated with diet, however the available data shows discrepancy about the BE prevalence in this population as well as the relationship of this behavior with diets and with cognitive restraint (CR). The aim of this study was to estimate the frequency of BE in overweight adults seeking treatment for weight loss and to analyze the relationship of BE with anthropometric data, the number of diets performed and the degree of CR.

Methods: A cross-sectional observational study with a sample of 155 overweight participants who were starting a weight loss program. Data collection was carried out in the first nutrition consultation and through the delivery of questionnaires: about previous diets, the Binge Eating Scale (BES) for the evaluation of BE and the Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21) subscale of cognitive restraint to assess the degree of CR.

Results: The sample, mostly female (94.2%), had an average age of 47 years, an average body mass index of 31.1 and an average fat mass of 43.5%. The estimated frequency of BE was 29%. An association was found between BE and the female gender. The percentage of body fat, the number of diets performed and the expectation of weight loss were found to be positively associated with BES total score, while the degree of CR and the age at the beginning of the diet were negatively associated with BES score. From the sample with BE, 71,1% started this behavior before the first diet.

Conclusion: Binge eating is common in overweight adults seeking treatment for weight loss. It was concluded that health professionals should be alert and perform a eating disorders screening in overweight individuals who intend to lose weight, especially in those with a greater history of diets. Prospective and more extensive studies are needed to better assess and understand the relationships between overweight, BE and diets.

Key-words: Binge eating; overweight; number of diets performed; cognitive restraint

1. Introdução

A ingestão alimentar compulsiva (IAC) é um comportamento alimentar caracterizado por episódios de ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos (superior à que a maioria das pessoas ingeriria num período similar de tempo em circunstâncias similares), acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre a alimentação. Quando os episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana, num período mínimo de 3 meses, não estando presente qualquer tipo de comportamento compensatório, é considerada a presença de diagnóstico de perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC).¹

A PIAC representa um problema de saúde pública, visto estar associada a diversas comorbilidades como a obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, ansiedade e depressão. Como tal, a sua identificação precoce torna-se fundamental.²⁻⁴

As taxas de prevalência desta perturbação de comportamento alimentar variam de 1,4% a 6,6% na população em geral,⁵ sendo mais comum em indivíduos obesos e nos que procuram tratamento para perda de peso. Em amostras na comunidade, a prevalência verificou-se ser de 2-5%, enquanto que em indivíduos que procuram tratamento para controlo do peso a prevalência é de 30%.⁶ Porém, os dados disponíveis são discrepantes, visto que estudos recentes reportam estimativas inferiores de IAC em indivíduos que participam em programas de controlo de peso (17-19%),^{7,8} sendo a prevalência superior em mulheres comparativamente aos homens (20% vs. 8%).⁷

A etiologia da PIAC é bastante complexa, visto que resulta de relações dinâmicas e recíprocas entre diferentes fatores, como genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais.^{9,10}

A realização de dieta parece desempenhar um papel na etiologia da PIAC, pelo que tem sido implicada como um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos de IAC.¹¹⁻¹⁶ Contudo, uma revisão da literatura revela inconsistências e falta de clareza na natureza do papel causal da dieta, verificando-se não ser necessariamente um precursor da IAC e que um número substancial de indivíduos que comem compulsivamente não tem como causa a dieta.^{11,14,17,18}

Assim, percebe-se que o desenvolvimento de IAC e a realização de dieta podem estar fortemente associados, contudo a direção desta associação não é completamente

linear.^{11,19} A restrição alimentar cognitiva, tendo um conceito diferente da dieta, é também vista como um forte fator de risco e/ou manutenção dos comportamentos de IAC.²⁰⁻²³

Torna-se assim pertinente investigar a frequência da IAC em indivíduos com excesso de peso que procuram tratamento para a sua perda, bem como a associação deste comportamento ao número de dietas realizadas e ao grau de restrição cognitiva.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Excesso de peso

2.1.1 Definição, avaliação e classificação

O excesso de peso engloba a pré-obesidade e obesidade e é definido como uma condição em que há acumulação anormal ou excessiva de massa gorda no indivíduo que pode prejudicar a sua saúde.²⁴

Existem vários métodos de avaliação da massa gorda, que pode ser feita de forma direta ou indireta, tais como: antropometria, bioimpedância elétrica (BIA), diluição isotópica ou química, ressonância magnética e absorciometria de raios X de dupla energia.^{25,26}

A antropometria é um dos métodos mais usuais, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma técnica não invasiva, portátil, económica e aplicável universalmente para avaliar o tamanho, as proporções e a composição do corpo humano. A antropometria inclui o peso, a altura, os perímetros e as pregas cutâneas.²⁷

O Índice de Massa Corporal (IMC) é considerado a medida de obesidade mais útil ao nível da população, sendo utilizado para estimar a prevalência de obesidade e os riscos associados a ela. Calcula-se através do quociente entre o peso (em Kg) e a altura (em metros) ao quadrado. Os valores de referência do IMC para adultos são independentes da idade e os mesmos para ambos os géneros. A classificação internacional estabelecida pela OMS, bem como o risco de comorbilidade associado, apresenta-se na Tabela 1.²⁸

Tabela 1 – Classificação da obesidade segundo o IMC para adultos

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbilidade
Baixo peso	< 18,5	Baixo (mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Eutrofia	18,5 - 24,9	Médio
Excesso de peso:	≥ 25	
Pré-obesidade	25 - 29,9	Aumentado
Obesidade grau I	30 - 34,9	Moderado
Obesidade grau II	35 - 39,9	Grave
Obesidade grau III	≥ 40	Muito grave

No entanto o IMC deve ser considerado com precaução, pois não permite identificar a grande variação na distribuição da gordura corporal, podendo o mesmo IMC não significar o mesmo grau de risco de morbidade e mortalidade em diferentes indivíduos e populações. Assim, é importante avaliar a distribuição da gordura corporal.^{25,28} Segundo esta, a obesidade pode ser classificada como: andróide, abdominal ou visceral quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen (mais predominante no género masculino); ou ginóide, quando a gordura se distribui maioritariamente na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas.²⁸ A obesidade visceral está associada a um maior risco de doenças metabólicas e cardiovasculares, como a diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial e doença coronária.^{29,30}

A medição do perímetro da cintura (PC) é um método simples e prático de identificar indivíduos com risco aumentado de doenças associadas à obesidade devido à distribuição de gordura abdominal.²⁸ O PC deve ser medido no ponto intermédio entre o último arco da grelha costal e a crista ilíaca na linha médio-axilar. Considera-se aumentado quando no género masculino apresenta um valor igual ou superior a 94 centímetros (cm) e no género feminino igual ou superior a 80cm. Considera-se muito aumentado quando no género masculino o PC é igual ou superior a 102cm e no género feminino igual ou superior a 88cm.³¹

Para além da distribuição da gordura corporal é importante o conhecimento da quantidade de massa gorda corporal. Esta é expressa em percentagem e os valores

ótimos variam de acordo com a idade e o gênero. A percentagem de massa gorda considerada normal, tendo em conta o IMC, varia de 21-36% para mulheres e de 8-25% para homens, considerando-se excesso de massa gorda quando os valores são superiores aos indicados para cada gênero.³²

Um dos métodos mais utilizados na prática clínica para avaliar a composição corporal é a BIA. Este é considerado um método preciso, não invasivo, rápido, seguro e portátil de medição da composição corporal e como tal da massa gorda.²⁶ A medição é executada através da introdução no organismo de uma corrente elétrica de baixa voltagem e posterior registo da oposição diferencial dos tecidos (impedância) ao percurso da mesma. Baseia-se numa maior condutividade da água e da massa magra, devido aos níveis elevados de fluídos e eletrólitos, em contraste com a maior resistência à passagem da corrente elétrica pela massa gorda e osso, por estes apresentarem uma composição baixa em água. Neste sentido, a resistência será maior em indivíduos com maior percentagem de gordura.³³

Apesar da BIA ser um método altamente aceite pela comunidade científica, apresenta algumas limitações, já que os resultados podem ser afetados por alguns fatores. Para diminuir o número de erros devem ser tomadas algumas medidas como: estar em jejum, de bexiga vazia, não conter objetos metálicos, não consumir álcool ou bebidas estimulantes, não praticar exercício intenso nas 12 horas antecedentes e não estar sob efeito de diuréticos. Antes da execução do teste, o indivíduo deve permanecer 5 a 10 minutos deitado em decúbito dorsal e em total repouso.³³

2.1.2 Prevalência do excesso de peso

A prevalência do excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) está a aumentar a nível mundial a um ritmo alarmante, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo por isso considerado um problema de saúde pública à escala global.²⁸

Segundo a OMS a obesidade mundial quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 biliões de adultos apresentavam excesso de peso, dos quais mais de 650 milhões eram obesos, correspondendo a prevalência do excesso de peso a nível mundial a 36% da

população (39% dos homens e 40% das mulheres) e da obesidade a 13% (11% dos homens e 15% das mulheres).²⁴

A OMS reconhece que atualmente a obesidade tem uma prevalência superior à da desnutrição e das doenças infecciosas e que se não forem adotadas medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, em 2025 mais de 50% da população mundial será obesa. Desta forma, a obesidade é considerada pela OMS como a epidemia global do século XXI.³⁴

A nível nacional, a par com o mundo, também se verifica uma crescente prevalência de excesso de peso ao longo dos anos. De 1995-1998 a prevalência de excesso de peso nos adultos portugueses era de 49,6%, tendo aumentado para 53,6% em 2003-2005.³⁵ Mais recentemente, segundo os dados publicados pelo Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física-IANAF, recolhidos entre 2015-2016, verificou-se que 57,1% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso, entre os quais 34,8% se encontravam em pré-obesidade e 22,3% em obesidade.³⁶

2.1.3 Causas e consequências do excesso de peso

A etiologia do excesso de peso é complexa e multifatorial, visto que emerge da associação de diversos fatores, como biológicos (incluindo genéticos e epigenéticos), comportamentais (como fatores emocionais), sociais (fatores económicos e culturais) e ambientais (ingestão de alimentos com elevada densidade energética e sedentarismo), que estão envolvidos na regulação do balanço energético e das reservas de gordura. De uma forma simplista, o excesso de gordura pode ser explicado pelo resultado de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta, promovendo um aumento de reservas de gordura e conseqüentemente um aumento do peso corporal.^{28,37} Contudo, o rápido aumento da prevalência de obesidade nos últimos anos é principalmente resultado de influências sociais e ambientais. Uma dieta de alta densidade energética, o aumento do tamanho das porções, baixa atividade física e adoção de um estilo de vida sedentário, bem como a presença de perturbações do comportamento alimentar, são considerados fatores de risco importantes para o desenvolvimento da obesidade.³⁷

A obesidade apresenta um sério impacto ao nível da saúde, estando associada a um risco acrescido e precoce de morbilidade e mortalidade.²⁸ As principais consequências associadas são: diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias, doença coronária, doença da vesícula biliar, doenças osteoarticulares, apneia do sono e alguns tipos de cancro (endometrial, mama e cólon). O risco destas doenças não transmissíveis aumenta com o aumento do IMC.^{24,28}

A obesidade androide é de particular preocupação, estando associada a maiores riscos do que uma distribuição de gordura periférica. O PC aumentado é considerado um preditor independente para diabetes tipo 2, doença coronária, hipertensão e cancro de mama.²⁸

2.2 Ingestão Alimentar Compulsiva

2.2.1 Definição e classificação

A IAC é um comportamento alimentar caracterizado por episódios de ingestão de uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo, acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre a alimentação. Quando os episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana, num período mínimo de 3 meses, não estando presente qualquer tipo de comportamento compensatório, é considerada a presença de diagnóstico de perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC).^{1,38,39}

A PIAC é uma perturbação alimentar (PA) e está atualmente incluída como quadro clínico autónomo no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, 5ª Edição (DSM-5), publicado em 2013.¹ No anterior DSM-IV, datado de 1994, a PIAC era apenas mencionada no Apêndice B como perturbação alimentar sem outra especificação. Através deste manual, o diagnóstico provisório de PIAC era realizado quando os episódios de compulsão alimentar ocorriam pelo menos 2 vezes por semana, durante um período de 6 meses.⁴⁰

As mudanças nos critérios de diagnóstico no DSM-5 foram executadas, em grande parte, para reduzir a frequência de diagnósticos de perturbações alimentares inespecíficas.⁴¹ Permitiram também aumentar a conscientização sobre as diferenças substanciais entre a PIAC e o fenómeno comum de comer excessivamente, visto que a IAC recorrente é

muito menos comum, mas muito mais grave e está associada a problemas físicos e psicológicos significativos.³⁹

Segundo o DSM-5, os critérios de diagnóstico da PIAC são:

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
 - 1. Ingestão num determinado período de tempo (por exemplo, 2 horas), de uma quantidade de comida definitivamente superior à que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período de tempo e sob circunstâncias semelhantes.
 - 2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se ingere).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
 - 1. Comer mais rapidamente do que o normal.
 - 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
 - 3. Comer grandes quantidades de comida na ausência da sensação física de fome.
 - 4. Comer sozinho por vergonha da quantidade que se está a ingerir.
 - 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado após a ingestão alimentar compulsiva.
- C. Sofrimento relevante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses.
- E. A compulsão alimentar não se associa ao uso recorrente de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente no decurso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.¹

A PIAC pode ser classificada segundo a sua gravidade atual: leve (1 a 3 episódios de IAC por semana), moderada (4 a 7 episódios de IAC por semana), grave (8 a 13 episódios de IAC por semana) e extrema (≥ 14 episódios de IAC por semana). Esta PA pode ainda ser discriminada se está em remissão parcial (os episódios de compulsão alimentar ocorrem numa frequência média inferior a 1 vez por semana por um período de tempo sustentado) ou em remissão completa (nenhum dos critérios é satisfeito por um período de tempo sustentado).¹

2.2.2 Prevalência

Num estudo de revisão realizado em 2015, verificou-se que relativamente poucos estudos avaliaram a prevalência populacional da PIAC.⁵ Em estudos que examinaram a prevalência da PIAC na população em geral foram reportadas taxas de 1%-3,3%¹² e de 2%-5%.^{6,42} Uma revisão sistemática da literatura realizada em 2015, que incluiu estudos originários de 23 países, revela uma prevalência ao longo da vida da PIAC, na população em geral, de 1,1-1,9%.⁴³ Já de acordo com estes últimos valores, a OMS recolheu dados que incluíram adultos de 14 países, em que as taxas de prevalência ao longo da vida variaram entre 0,8-1,9%.² Comparando com as outras PA, como a anorexia nervosa e bulimia nervosa, a PIAC é considerada a mais prevalente.^{2,44}

Em Portugal foram realizados estudos de avaliação da prevalência da PIAC, em estudantes do ensino médio e superior, tendo identificado taxas de 0,5-0,6%.^{45,46} Quanto à prevalência do comportamento de IAC, em estudantes universitárias portuguesas, verificou-se ser de 13,2%.⁴⁷

Uma revisão bibliográfica realizada em 2018, identificou que aproximadamente 26% das adolescentes do sexo feminino e 13% dos adolescentes do sexo masculino, experimentaram um episódio de IAC, pelo menos uma vez, dentro de um período de 12 meses.¹⁰

Quando a taxa de prevalência da PIAC é avaliada em adultos que procuram tratamento para perda de peso, esta aumenta substancialmente até 30%.^{6,12,42} Porém, estudos recentes reportam estimativas inferiores de prevalência do comportamento de IAC (17%-19%), em indivíduos que participam em programas de controlo de peso,^{7,8} sendo a prevalência superior em mulheres comparativamente aos homens (20% vs. 8%).⁷

As taxas de prevalência são moderadas por vários fatores como: o género^{5,42,43} e IMC^{6,7,12} da amostra, pelos critérios de diagnóstico^{48,49} e instrumentos utilizados.⁵

Quanto ao género, tal como em outras PA, a prevalência é maior no género feminino (embora as diferenças geralmente não sejam tão grandes na PIAC), e variam aproximadamente num rácio de 2:1 a 6:1,⁵ o que se traduz numa prevalência de PIAC 1,5-6 vezes superior nas mulheres que nos homens.^{42,43} O IMC médio da amostra também poderá influenciar a taxa de prevalência, visto que parece haver uma correlação positiva entre o grau de obesidade e a gravidade da ingestão compulsiva.^{6,7,12}

A mudança nos critérios de diagnóstico utilizados, ou seja, aplicar os critérios do manual DSM-5 em vez dos do DSM-IV, pode aumentar a prevalência ao longo da vida da PIAC.^{48,49}

Verificou-se também que as estimativas de prevalência tendem a variar consoante o instrumento de diagnóstico utilizado: questionários de autopreenchimento versus protocolos baseados em entrevistas. Quando utilizada a entrevista para diagnóstico da PIAC, as taxas de prevalência foram inferiores em comparação às taxas de quando utilizados questionários de autopreenchimento.⁵

2.2.3 Fatores de Risco / Associados

A etiologia da PIAC é bastante complexa, visto que resulta de relações dinâmicas e recíprocas entre diferentes fatores, como genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais.^{9,10,50}

Quanto aos principais fatores psicológicos são considerados traços de personalidade de perfeccionismo e impulsividade, sintomas depressivos, preocupações com o peso e a alimentação e insatisfação corporal.¹⁰ Ainda como fatores individuais, também foi relatado que a restrição alimentar cognitiva, os hábitos alimentares rígidos em geral e os comportamentos de controlo de peso desadequados representam um fator de risco significativo para o aparecimento da PIAC.⁵¹

São vários os potenciais fatores ambientais que aumentam o risco da PIAC, como: a exposição a eventos traumáticos (por exemplo, abuso sexual ou físico, morte ou separação de um amigo ou membro da família, término de um relacionamento,

acidente), experiências traumáticas relacionadas com o peso e a comida (exemplo, obesidade infantil e/ou obesidade dos pais, perturbações alimentares de familiares, influências parentais sobre o comportamento alimentar da criança e comentários críticos sobre a ingestão alimentar) e família disfuncional (como, discórdia familiar, perturbação psiquiátrica ou abuso de substâncias por parte dos pais, pais muito rígidos e/ou perfeccionistas e separação dos pais).^{9,10,44}

Apesar da PIAC poder afetar indivíduos de todas as idades, a fase da adolescência ou a idade adulta jovem apresentam maior risco para o seu início.^{2,10,42,50} Na adolescência o início dos comportamentos alimentares disfuncionais pode ser explicado pelo facto desta fase ser caracterizada por mudanças rápidas e profundas no desenvolvimento físico e psicológico, que podem ser acompanhadas por uma crescente preocupação com o peso e forma corporal, pelo aumento da consciencialização das pressões sociais sobre a magreza e pela maior importância dada ao relacionamento com os pares e a sua aceitação.^{9,10} Com base nos dados epidemiológicos da Pesquisa de Saúde Mental da OMS, a idade média de início da PIAC é aos 23,3 anos.² Já uma revisão bibliográfica realizada em 2018, identificou como os picos mais prevalentes de início da PIAC, após a puberdade, com média de idade de 14 anos, e no final da adolescência, entre os 18 e 20 anos.¹⁰

A gravidez e o período pós-parto também são considerados períodos de particular alto risco da PIAC. A gravidez pode não só facilitar a recorrência da PIAC como até contribuir para o seu início.⁴³

A PIAC apresenta várias comorbilidades associadas como: a obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, síndrome metabólico, apneia do sono, bem como maior psicopatologia como ansiedade, depressão, distúrbio obsessivo-compulsivo e maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diferentes perturbações psiquiátricas.^{3,4,43,48} O grau de psicopatologia parece estar relacionado com o grau de gravidade da IAC.¹² A PIAC está também associada a uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, a um funcionamento social comprometido e a menor qualidade de vida.^{3,43}

As perturbações de humor e ansiedade ao longo da vida são os distúrbios conjuntos mais frequentes (perto de 50%) nos indivíduos com PIAC.⁵ A depressão foi relatada como tendo uma prevalência ao longo da vida de cerca de 40% nestes indivíduos.⁵²

Foram encontradas maiores taxas de comorbilidade nos indivíduos que iniciaram o comportamento de IAC em criança/adolescente em comparação com indivíduos com início na idade adulta, sendo associados a uma psicopatologia mais grave e pior funcionamento diário, embora não com uma IAC mais frequente nem com um IMC superior.⁵

Muitos cientistas e médicos concordam que alguns casos de IAC compartilham fortes semelhanças com comportamentos aditivos, como o abuso de substâncias. À medida que a gravidade e a natureza compulsiva dos excessos alimentares aumentam ao longo do tempo, a perda de controlo começa a assemelhar-se à dependência física observada nos indivíduos com problemas de abuso de drogas, com os mesmos sintomas concomitantes, tal como fortes desejos e recaídas repetidas após os esforços de abstenção.⁵

2.2.4 Tratamentos

Apesar da PIAC ser a perturbação alimentar mais prevalente, esta é subdiagnosticada e subtratada.^{44,50,53} Tal acontece pelo facto da generalidade dos médicos não reconhecer a PIAC como uma perturbação distinta, pela falta de conhecimento entre os pacientes de que a IAC é um comportamento anormal passível de tratamento ou simplesmente por estes evitarem procurar tratamento por sentimento de vergonha sobre os seus hábitos alimentares.^{44,53} Assim, menos de metade dos casos de PIAC recebe qualquer tipo de tratamento ao longo da vida,² sendo este importante para reduzir as complicações físicas e psicológicas associadas.⁴⁴

O tratamento de 1ª linha para pacientes com PIAC é a psicoterapia cognitivo-comportamental.^{50,54,55} As duas terapias psicológicas com maior eficácia comprovada na redução dos episódios de IAC são a terapia cognitivo-comportamental (CBT) e a psicoterapia interpessoal (IPT).^{6,22,42,54} Estas terapias são as que produzem maior grau de remissão da ingestão alimentar compulsiva, bem como melhorias na psicopatologia específica das PA (como sobrevalorização da forma e peso corporal) e na psicopatologia geral associada, como a depressão.^{54,55} As taxas de remissão são cerca de 50%^{6,42} e geralmente são mantidas ao longo de 1 a 2 anos de acompanhamento.⁵⁴ A exceção a este perfil de melhoria é a perda de peso e a sua manutenção ao longo do tempo, visto

que estas psicoterapias não produzem perda de peso, embora a eliminação bem sucedida dos episódios de IAC possa prevenir o aumento de peso no futuro.⁵⁴

Em relação à farmacoterapia, composta principalmente por antidepressivos, produz efeitos medianos na redução da compulsão alimentar, contudo menos eficazes que a psicoterapia e sem melhorias na psicopatologia referente às cognições relacionadas com o corpo e alimentação.^{6,55}

Os tratamentos para perda de peso são frequentemente procurados pelos indivíduos com PIAC. Estes tratamentos não agravam os comportamentos de IAC, parecem sim reduzir moderadamente a curto prazo a sua frequência,^{6,55} porém não apresentam efeitos significativos nos sintomas depressivos.⁵⁵ Quanto ao peso perdido, comparativamente com a psicoterapia, os resultados são inconsistentes quanto ao facto de produzir uma perda de peso superior no pós-tratamento. Assim, os tratamentos para perda de peso são considerados nos indivíduos com IAC, contudo menos adequados para a redução da sintomatologia associada à compulsão alimentar que a psicoterapia.⁵⁰

2.3 Ingestão Alimentar Compulsiva e Excesso de Peso

A IAC e o excesso de peso estão fortemente associados.^{6,44,56} Dados indicam uma correlação positiva entre o aumento de peso e a prevalência da IAC.^{6,21,56} Embora a PIAC não se limite a indivíduos obesos, visto que pode ser encontrada noutras categorias de IMC, é mais comum neste grupo e naqueles que procuram tratamento para o excesso de peso.^{6,44} De facto, em amostras da comunidade, a prevalência da PIAC é de 2-5%, enquanto que em indivíduos que procuram tratamento para o excesso de peso, a prevalência é de 30%.⁶

Assim, a maioria das pessoas que são classificadas clinicamente como obesas não sofre de PIAC, no entanto, até dois terços dos indivíduos com PIAC são obesos.³⁸ Um estudo que avaliou a prevalência da PIAC numa amostra da comunidade, verificou que cerca de 70% dos indivíduos com PIAC apresentavam obesidade grau 1 e grau 2 e cerca de 20% obesidade grau 3.⁵⁷

Existe evidência que os obesos com IAC têm um início mais precoce de obesidade comparativamente com os obesos que não apresentam este comportamento alimentar,

começam a fazer dieta e a preocupar-se com o peso numa idade mais precoce, querem perder mais peso, apresentam maior prevalência de flutuações acentuadas de peso no passado e passam mais tempo durante a vida adulta a tentar perder peso.^{6,12,56} Os indivíduos obesos com PIAC apresentam também uma psicopatologia mais grave que os indivíduos obesos sem PIAC,^{44,58} contudo a psicopatologia não difere entre indivíduos obesos e não obesos com PIAC.⁴⁴

2.4 Ingestão Alimentar Compulsiva, Dieta e Restrição Alimentar Cognitiva

Estar em dieta refere-se a tentativas comportamentais intencionais em restringir a ingestão calórica de forma a perder peso.^{19,59} Este conceito refere-se também ao compromisso de perder peso através da dieta, independentemente da natureza da dieta que é realizada. Assim, esta pode ser efetuada de forma autónoma ou administrada por outros.⁵⁹

A realização de dieta parece desempenhar um papel na etiologia da PIAC, pelo que tem sido implicada como um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos de IAC.¹¹⁻¹⁶ Estudos retrospectivos sobre a frequência e a idade de início da dieta em indivíduos com excesso de peso e IAC, evidenciaram que estes indivíduos parecem ter começado a fazer dieta mais cedo, despenderam mais tempo a fazer dietas e experimentaram maiores flutuações de peso do que aqueles sem compulsão alimentar.^{6,11,12} Esta experiência passada com a dieta pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de IAC. A hipótese é que as repetidas tentativas e falhas de dieta, juntamente com a oscilação de peso, resultam numa diminuição da sensação de fome e saciedade e/ou redução da autoconfiança sobre a capacidade de realizar dieta com sucesso, o que pode levar a excessos alimentares e à IAC.¹¹ Existem também fatores, entre os indivíduos que fazem dieta, que parecem ter um impacto no início dos comportamentos de IAC, para além dos efeitos da dieta isolada, como a baixa autoestima e depressão.^{13,60}

Contudo, uma revisão da literatura revela inconsistências e falta de clareza na natureza do papel causal da dieta, verificando-se não ser necessariamente um precursor da IAC e que um número substancial de indivíduos que comem compulsivamente não tem como causa a dieta.^{11,14,17,18} De facto, verifica-se que um subgrupo razoavelmente grande de

indivíduos com PIAC, entre 35% a 54%, inicia os comportamentos de IAC antes do início da dieta.¹² Tal indica que a dieta não é um fator chave no desenvolvimento de IAC.^{11,12}

Assim, percebe-se que o desenvolvimento de IAC e a realização de dieta podem estar fortemente associados, contudo a direção desta associação não é completamente linear,^{11,19} visto que indivíduos preocupados com o peso são propensos, pelo menos temporariamente, a restringir a sua alimentação após uma ingestão alimentar excessiva, contudo esta alimentação excessiva poderá também, por sua vez, provocar uma dieta reativa, em vez de dietas causarem excessos alimentares.¹⁹

A restrição alimentar cognitiva (RAC) é um conceito psicológico, definida pela intenção de conscientemente restringir a ingestão alimentar, de forma autoimposta, a fim de regular o peso corporal.^{11,20,61} A RAC não implica perda de peso real nem nenhum procedimento obrigatório para controlar o peso.⁶¹ Acredita-se que os indivíduos que fazem restrição alimentar vacilam entre períodos de intensa restrição calórica e ataques de ingestão desinibida, sem nunca perder muito peso em termos absolutos.⁶²

Parecem existir evidências de que a dieta e a restrição alimentar se sobrepõem, no entanto, são conceitos distintos que se relacionam de forma diferente com o comportamento alimentar.⁶² De facto, vários estudos laboratoriais encontraram efeitos divergentes no comportamento alimentar, à apresentação de alimentos, em indivíduos que faziam dieta comparativamente com indivíduos com alto nível de RAC.^{59,63,64}

A RAC também é vista como um fator de risco e/ou manutenção dos comportamentos de IAC.²⁰⁻²³ Algumas teorias cognitivas das PA, como a teoria da restrição alimentar e a teoria cognitivo-comportamental, propõem que a IAC é em grande parte um resultado da forma como se tenta restringir a alimentação, quer haja ou não um déficit energético total. Através destas teorias, os indivíduos com um alto nível de RAC, aderem a regras alimentares altamente rígidas que se tornam difíceis de sustentar, sendo que a inevitável quebra dessas regras induz uma reação de “tudo ou nada”, provocando episódios de IAC. Estes episódios, por sua vez, mantêm a psicopatologia central, aumentando as preocupações destes indivíduos sobre a capacidade de controlar a sua alimentação, forma e peso. Tal incentiva mais restrições alimentares, aumentando por sua vez ainda mais o risco de comportamentos de IAC.^{22,23}

Contudo, a RAC não é necessariamente um antecedente no desenvolvimento da PIAC,⁴² existindo indivíduos com episódios de IAC que não apresentam altos níveis de RAC,²³ bem como outros que fazem restrição alimentar sem sintomas de IAC.^{20,65}

Os comportamentos específicos da restrição alimentar (como fazer jejum, saltar refeições, reduzir o valor calórico ou o tamanho das porções) também podem interferir de diferente forma na IAC, sendo que nem todos os tipos de dieta rigorosa e de comportamentos de restrição alimentar estão associados a altos níveis de IAC.^{61,66}

Devido aos resultados discrepantes da literatura sobre a relação da IAC com as dietas e com a restrição alimentar cognitiva é pertinente investigar a associação deste comportamento alimentar ao número de dietas realizadas para perda de peso e ao grau de restrição cognitiva. A relevância do presente estudo também se deve à ausência de estudos nacionais relativos à prevalência IAC em indivíduos com excesso de peso que procuram tratamento para a sua perda.

3. Objetivos

3.1 Objetivos Gerais

- Identificar a frequência de adultos com excesso de peso com comportamentos de IAC que procuram tratamento para a redução de peso.
- Analisar a associação entre a IAC e os dados antropométricos.
- Estudar a associação entre a IAC com o número de dietas realizadas para perda de peso e com o grau de restrição alimentar cognitiva.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a percentagem de adultos com excesso de peso que procuram tratamento para perda de peso e que têm IAC.
- Analisar a associação entre a IAC e o IMC, a % MG, a gordura visceral e o perímetro da cintura.
- Relacionar a ocorrência da IAC com o número de dietas realizadas para perda de peso.

- Identificar o início da IAC como posterior ou anterior a dietas realizadas.
- Avaliar a associação entre a IAC e a expectativa de perda de peso e a flutuação do peso.
- Estudar a associação da restrição alimentar cognitiva com a IAC e com o número de dietas realizadas para perda de peso.

4. Material e Métodos

4.1 Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte e do Centro Académico de Medicina de Lisboa e pela Divisão de Nutrição da Farmodiética S.A.

Foi entregue um consentimento informado, esclarecido e livre de participação no estudo (Anexo 1), garantindo anonimato e confidencialidade dos dados, bem como uso exclusivo dos dados recolhidos. Todos os participantes assinaram o consentimento.

4.2 População do Estudo

A população alvo do estudo foi constituída por indivíduos com excesso de peso, com idade entre os 18 e 75 anos, que recorreram a uma consulta de nutrição para perda de peso.

4.3 Amostra do Estudo

A amostra engloba os indivíduos com excesso de peso, com idade entre os 18 e 75 anos, que recorreram a uma consulta de nutrição para perda de peso e que se encontravam a iniciar o acompanhamento nutricional, realizada pela autora e algumas colegas nutricionistas, nos seus locais de consulta profissionais, entre o período de Fevereiro de 2019 a Outubro de 2019.

A amostra foi recolhida em locais de consulta de nutrição parceiros da empresa Farmodiética S.A., sendo considerada não aleatória de conveniência.

Os indivíduos foram classificados com excesso de peso segundo o IMC, com um valor igual ou superior a 25. O IMC foi calculado através do quociente entre o peso (em Kg) e a altura (em metros) ao quadrado (kg/m²),²⁸ à data da primeira consulta.

Consideraram-se como critérios de exclusão: IMC inferior a 25, idade inferior a 18 anos e superior a 75 anos, mulher grávida ou a amamentar, défice cognitivo, insuficiência cardíaca, hepática, pulmonar ou renal grave, diabetes mellitus tipo I, indivíduos iletrados.

4.4 Tipo de Estudo

O estudo é de tipo observacional analítico transversal.

4.5 Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada de duas formas: pessoalmente, no momento da primeira consulta, e através da entrega de questionários de autopreenchimento a serem recolhidos na consulta de seguimento. No momento da recolha, os questionários eram revistos de forma a detetar alguma possível resposta em falta devido a esquecimento, e nessa situação era pedido ao participante que a(s) completasse.

Os dados recolhidos pessoalmente dizem respeito a informações sociodemográficas, dados antropométricos e de composição corporal, de saúde e de historial de peso, dados estes inerentes ao processo habitual da consulta. Através dos questionários de autopreenchimento foram recolhidos dados relativos às dietas realizadas anteriormente, presença ou não de IAC e grau de RAC.

4.5.1 Instrumentos de Recolha de Dados

4.5.1.1 Questionário clínico e sociodemográfico

Dados recolhidos na primeira consulta como processo integrante das consultas de nutrição, tendo sido questionados diretamente aos participantes. Os dados utilizados no estudo foram: género, idade e historial de peso, especificamente peso máximo e

mínimo em idade adulta e peso objetivo, referindo-se o último ao peso que o indivíduo gostaria de atingir com o programa de perda de peso (dieta) que irá iniciar.

4.5.1.2 Antropometria

Os dados antropométricos e de composição corporal foram avaliados na primeira consulta pelas nutricionistas que participaram na recolha de dados. Os dados utilizados no estudo foram: peso, IMC, percentagem de massa gorda (% MG), gordura visceral (GV) e perímetro da cintura (PC).

Os dados antropométricos foram obtidos nos indivíduos da amostra sem calçado e com roupa leve. O peso, o IMC, a % MG e a GV foram aferidos através da utilização de uma balança digital da marca Omron, modelo BF511. A altura considerada (necessária para o cálculo do IMC) foi a relatada pelo participante ou, caso não soubesse, utilizou-se o valor indicado no cartão de cidadão.

O PC foi medido através de uma fita métrica não extensível, no ponto intermédio entre o último arco da grelha costal e a crista ilíaca na linha médio-axilar.

4.5.1.3 Questionário de dietas realizadas

Questionário de autopreenchimento contendo duas questões de resposta aberta: “Indique o número de dietas para perda de peso que realizou anteriormente” e “Que idade tinha quando realizou a primeira dieta”.

4.5.1.4 *Binge Eating Scale* (BES)

O BES é um questionário de autopreenchimento utilizado para avaliar a presença de comportamentos de IAC, bem como a sua gravidade. Foi desenvolvido por Gormally *et al* em 1982 especificamente para uso em indivíduos obesos. É composto por uma escala de Likert com 16 itens, cada um com 3 a 4 afirmações sobre comportamentos, sentimentos e cognições relacionados à compulsão alimentar. Em cada item deve ser selecionada a afirmação que melhor representa a resposta do indivíduo, tendo esta uma pontuação de 0 (ausência) até 3 (gravidade máxima). A pontuação final é o resultado da soma dos pontos de cada item e pode variar de 0 a 45. Os indivíduos são classificados

sem IAC quando a pontuação é inferior ou igual a 17 e com IAC na presença de uma pontuação igual ou superior a 18. Quanto à gravidade da IAC, é considerada moderada com uma pontuação entre 18 e 26, e grave com um valor igual ou superior a 27.⁶⁷ Foi utilizada a versão do BES traduzida e validada para português⁶⁸ (Anexo 2).

Como forma de identificar a idade de início da IAC, colocou-se a seguinte questão após o BES, a ser autopreenchida pelo participante: “Caso tenha episódios em que ingere uma quantidade excessiva de alimentos (superior à que a maioria das pessoas consumiria num período similar de tempo e em circunstâncias similares), acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre a alimentação, indique a idade em que pensa que estes episódios começaram”.

4.5.1.5 *The Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21)*

O TFEQ é um questionário de autopreenchimento, composto por 51 itens, que analisa três fatores do comportamento alimentar: restrição alimentar cognitiva, descontrolo alimentar e alimentação emocional.⁶⁹ A escala da RAC afere a proibição alimentar com intuito de manter ou perder peso ou controlar a forma corporal; a escala do descontrolo alimentar verifica a tendência a perder o controlo alimentar na presença de fome ou estímulos externos; e a escala de alimentação emocional mede a propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais negativos, como solidão, ansiedade e depressão.⁶⁹ Para a recolha de dados foi utilizada a versão reduzida, o TFEQ-R21 com 21 itens, e analisada apenas a subescala da restrição alimentar cognitiva. Esta subescala é constituída por 6 itens, sendo em cada um dada uma pontuação de 1-4. O resultado final é obtido pela soma dos pontos em cada item e dividido por 6, podendo variar de 1 a 4, em que valores mais altos indicam maior RAC.⁷⁰ Este instrumento está validado para a população portuguesa,⁷¹ sendo essa a versão utilizada (Anexo 3).

4.6 Análise de Dados

Para identificar a presença da IAC utilizou-se o instrumento BES, sendo esta identificada com uma pontuação final deste questionário igual ou superior a 18.⁶⁷

O grau de RAC foi calculado através da subescala da restrição cognitiva do questionário TFEQ-R21. Para a análise dos dados foi utilizada a pontuação final desta subescala.

O IMC foi analisado, com uma casa decimal, através do seu valor em kg/m^2 e da sua classificação segundo os critérios da OMS: 18,5-24,9 kg/m^2 , peso normal; 25-29,9 kg/m^2 , pré-obesidade; 30-34,9 kg/m^2 , obesidade grau 1; 35-39,9 kg/m^2 , obesidade grau 2; e $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$, obesidade grau 3.²⁸

A expectativa de perda de peso foi calculada subtraindo o peso atual ao peso objetivo (peso que o indivíduo gostaria de atingir com o programa de perda de peso (dieta) que irá iniciar) e analisada em percentagem ($(\text{peso atual} - \text{peso objetivo}) \times 100 / \text{peso atual}$).

A flutuação do peso diz respeito à diferença entre o peso máximo e mínimo que o participante alguma vez teve em idade adulta, não estando relacionado com o peso perdido em dietas anteriores.

Os participantes foram divididos em dois grupos com base na presença ou ausência de IAC: grupo com IAC (pontuação do BES ≥ 18) e grupo sem IAC (pontuação do BES < 18). Os dois grupos foram comparados em termos de médias de: IMC, % MG, GV, PC, número de dietas realizadas, idade da 1ª dieta, grau de RAC, expectativa de perda de peso (em %) e flutuação do peso em idade adulta (em kg).

No grupo de participantes com IAC foram comparadas a idade de início deste comportamento com a idade da primeira dieta realizada, de forma a identificar qual iniciou primeiro.

4.7 Análise Estatística

As variáveis foram classificadas da seguinte forma:

- Variáveis qualitativas de medida nominal: género, IAC (sim/não).
- Variável qualitativa de medida ordinal: IMC (pré-obesidade, obesidade grau 1, obesidade grau 2, obesidade grau 3).
- Variáveis quantitativas de medida métrica: idade (em anos), peso atual (kg), peso mínimo (kg), peso máximo (kg), peso objetivo (kg), IMC (kg/m^2), MG (%), GV, PC (cm), idade da 1ª dieta, idade de início da IAC, expectativa de perda de peso (%) e flutuação do peso em idade adulta (kg).

- Variáveis quantitativas de medida ordinal: número de dietas realizadas, pontuação total BES, pontuação da subescala restrição alimentar cognitiva do TFEQ-R21.

A análise exploratória dos dados foi realizada através de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e através da média (M) e desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas. Quando oportuno, foi acrescentado mínimo e máximo.

Para os testes de normalidade das variáveis quantitativas, utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, devido à dimensão da amostra.

Para testar as diferenças entre médias com dois grupos independentes (grupo com e sem IAC), foi efetuado o teste paramétrico T de *Student*, para as variáveis quantitativas que seguem uma distribuição normal. Para as variáveis quantitativas que não seguem uma distribuição normal, bem como para as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Para os testes de associação entre IAC (grupo com e sem IAC) e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Já para testar a associação entre IAC e as variáveis quantitativas foi utilizada a correlação de *Spearman*, visto que não se verificou em nenhuma correlação ambas as variáveis seguirem uma distribuição normal. Nestes testes de correlação utilizou-se a pontuação final do BES.

O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$) ao longo de todo o estudo. Para a análise de dados foi utilizado o programa informático de tratamento de dados IBM SPSS *Statistics* versão 24.

5. Resultados

5.1 Caracterização da amostra

Foram incluídos neste estudo 155 adultos com excesso de peso, sendo a grande maioria do género feminino [146 mulheres (94,2%) e 9 homens (5,8%)]. As idades estiveram compreendidas entre 21 e 69 anos, com média de $47,0 \pm 11,4$ anos.

5.2 Dados antropométricos

O peso atual médio foi $81,0 \pm 12,3$ kg e o valor do IMC variou entre 25,2 e 42,7 kg/m² com média de 31,1 kg/m² (DP=4,0).

Quanto à composição corporal, a percentagem média de massa gorda foi de $43,5 \pm 5,4\%$ e a de GV média $9,9 \pm 2,6$. O PC médio foi $96,5 \pm 11,7$ cm.

A tabela 2 descreve as variáveis antropométricas, bem como a flutuação do peso e a expectativa de perda de peso da amostra.

Tabela 2 – Variáveis antropométricas, flutuação do peso e expectativa de perda de peso

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Peso (Kg)	81,0	12,3	60,1	120,5
IMC (kg/m²)	31,1	4,0	25,2	42,7
MG (%)	43,5	5,4	24,4	54,7
GV	9,9	2,6	5	22
PC (cm)	96,5	11,7	70	128
Flutuação do peso (Kg)	22,3	9,8	6,0	52,0
Expectativa de perda de peso (%)	16,7	6,0	5,2	34,8

Relativamente à classificação do IMC, verificou-se que a maioria dos participantes se encontrava num estadio de pré-obesidade (42,6%) e de obesidade grau 1 (40,0%) - Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes pela classificação do IMC

	Frequência	Percentagem
Pré-obesidade	66	42,6
Obesidade grau 1	62	40,0
Obesidade grau 2	21	13,5
Obesidade grau 3	6	3,9

5.3 Dietas realizadas

O número de dietas para perda de peso realizadas anteriormente pelos participantes, encontra-se representado na tabela 4, sendo que variou entre 0 e 11 (M=2,6; DP=2,5).

Tabela 4 – Frequência do número de dietas realizadas para perda de peso

	Frequência	Porcentagem
0	28	18,1
1	39	25,2
2	29	18,7
3	21	13,5
4	10	6,5
5	5	3,2
6	11	7,1
7	3	1,9
8	3	1,9
10	5	3,2
11	1	0,6
Total	155	100,0

Quanto à idade aquando a primeira dieta realizada, variou de 10 a 65 anos, sendo a média de $35,1 \pm 13,4$ anos.

5.4 Presença de ingestão alimentar compulsiva e características associadas

Através da análise do questionário BES verificou-se que 45 participantes apresentavam IAC. Estima-se assim uma frequência de 29% de IAC nos adultos com excesso de peso que recorreram a uma consulta de nutrição para perda de peso (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência ingestão alimentar compulsiva

	Frequência	Porcentagem
Sem IAC	110	71,0
Com IAC	45	29,0
Total	155	100,0

Quanto à idade de início dos comportamentos de IAC, variou dos 8 aos 60 anos, sendo a média de $24,9 \pm 13,3$ anos.

A média da idade dos participantes nos grupos sem e com IAC foi idêntica ($p > 0,05$) - Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação dos grupos sem e com ingestão alimentar compulsiva por idade

	Sem IAC (n=110) Média (DP)	Com IAC (n=45) Média (DP)	Teste estatístico (U)	p
Idade (anos)	46,9 (10,8)	47,1 (13)	2431,5	0,864

Dos 45 indivíduos com IAC, verificou-se que todos eram do género feminino, não tendo sido identificado nenhum indivíduo do género masculino com este comportamento alimentar (Tabela 7). Verificou-se uma associação entre o género e a IAC ($\chi^2=3,91$; $p=0,048$).

Tabela 7 – Ingestão alimentar compulsiva por género

	Género		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sem IAC	101 (65,2)	9 (5,8)	110 (71,0)
Com IAC	45 (29,0)	0 (0,0)	45 (29,0)
Total	146 (94,2)	9 (5,8)	155 (100,0)

5.5 Ingestão alimentar compulsiva e dados antropométricos

São apresentados na Tabela 8 os resultados alusivos à comparação dos dados antropométricos entre os grupos sem e com IAC. Constatou-se que a média da percentagem de massa gorda é significativamente superior no grupo com IAC ($t=-2,754$; $p=0,007$). Quanto à média do IMC, no grupo com IAC ($M=31,6$; $DP=3,6$) verificou-se ser superior à do grupo sem IAC ($M=30,9$; $DP=4,2$), contudo sem uma diferença estatisticamente significativa ($U=2102,50$; $p=0,142$). Também não se verificaram diferenças significativas nas médias de GV e do PC.

Tabela 8 – Comparação dos dados antropométricos entre os grupos sem e com IAC

	Sem IAC Média (DP)	Com IAC Média (DP)	Teste estatístico	p
IMC (kg/m²)	30,9 (4,2)	31,6 (3,6)	U=2102,50	0,142
MG (%)	42,8 (5,6)	45,4 (4,3)	t=-2,754	0,007*
GV	9,8 (2,8)	10,0 (2,2)	U=2223,50	0,317
PC (cm)	96,1 (11,4)	97,5 (12,6)	t=-0,695	0,488

Nota: *p<0,05

A Tabela 9 apresenta a correlação entre a pontuação final do questionário BES e os dados antropométricos. Observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa da %MG com a pontuação final do BES. Não se verificou correlação das restantes variáveis (IMC, GV, PC).

Tabela 9 – Correlação entre a pontuação final do BES e os dados antropométricos

	Pontuação final BES	
	r	p
IMC (kg/m²)	0,133	0,098
MG (%)	0,197	0,014*
GV	0,079	0,330
PC (cm)	0,069	0,395

Nota: *p<0,05

5.6 Ingestão alimentar compulsiva, número de dietas e idade de primeira dieta

O número médio de dietas realizadas anteriormente para perda de peso no grupo com IAC foi superior comparativamente com o grupo sem IAC. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) – Tabela 10.

Tabela 10 – Comparação do número de dietas realizadas entre os grupos sem e com IAC

	Sem IAC Média (DP)	Com IAC Média (DP)	Teste estatístico (U)	P
Nº dietas realizadas	2,3 (2,2)	3,3 (3,1)	2030,0	0,075

Ao correlacionar, contudo, a pontuação final do BES com o número de dietas realizadas, observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=0,269$; $p=0,001$).

A idade do participante quando realizou a primeira dieta mostrou-se correlacionada de forma negativa com a pontuação final do BES ($r=-0,165$; $p=0,040$).

Dos 45 participantes que apresentaram IAC, 7 não responderam à questão sobre a idade de início deste comportamento alimentar. Ao comparar a idade de início da IAC dos restantes 38 participantes com a idade de início de dieta, verificou-se que a grande maioria (71,1%) iniciou os comportamentos de IAC previamente à primeira dieta realizada (Tabela 11).

Tabela 11 – Comparação da idade de início da IAC com a idade de início de dieta

	Frequência	Porcentagem
1º Início IAC	27	71,1
1º Início dieta	11	28,9
Total	38	100,0

Verificou-se também que a idade de início da IAC está significativamente correlacionada de forma positiva com a idade da primeira dieta ($r=0,548$; $p=0,001$).

5.7 Ingestão alimentar compulsiva, flutuação do peso e expectativa de perda de peso

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos sem e com IAC relativamente às médias de flutuação do peso e expectativa de perda de peso (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação da flutuação do peso e da expectativa de perda de peso entre os grupos sem e com IAC

	Sem IAC Média (DP)	Com IAC Média (DP)	Teste estatístico (U)	p
Flutuação do peso (kg)	22,4 (10,5)	22,2 (8,1)	2357,0	0,642
Expectativa de perda de peso (%)	16,3 (6,3)	17,6 (5,3)	2009,0	0,066

Através da tabela 13 verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a pontuação final do BES e a expectativa de perda de peso.

Tabela 13 – Correlação entre a pontuação final do BES com a flutuação do peso e expectativa de perda de peso

	Pontuação final BES	
	r	p
Flutuação do peso (kg)	-0,003	0,973
Expectativa de perda de peso (%)	0,170	0,034*

Nota: *p<0,05

5.8 Restrição alimentar cognitiva, IAC e número de dietas realizadas

Os participantes com IAC obtiveram valores significativamente inferiores na RAC comparativamente aos participantes sem IAC (Tabela 14).

Tabela 14 – Comparação do grau de RAC entre os grupos sem e com IAC

	Sem IAC Média (DP)	Com IAC Média (DP)	Teste estatístico (U)	p
Pontuação TFEQ-R21 subescala RAC	2,8 (0,4)	2,4 (0,6)	1342,50	0,000

Na tabela 15 verifica-se uma correlação negativa da RAC com a pontuação final do BES. Não se observou correlação entre a RAC e o número de dietas realizadas.

Tabela 15 – Correlação entre a RAC com a pontuação final do BES e com o número de dietas realizadas

	Pontuação TFEQ-R21 subescala RAC	
	r	p
Pontuação final BES	-0,467	0,000*
Nº dietas realizadas	0,070	0,389

Nota: *p < 0,05

6. Discussão

A frequência estimada de IAC neste estudo foi de 29%, confirmando que a IAC é comum em indivíduos com excesso de peso que procuram tratamento para perda de peso. Este valor vai ao encontro de estudos de revisão existentes que avaliaram a PIAC em adultos que procuram tratamento para redução de peso.^{6,12,42} Também Zwaan et al, identificaram num estudo de revisão que a IAC tem uma frequência de 23-46% entre as mulheres obesas que procuram tratamento para redução de peso.⁷² Contudo, a frequência estimada de IAC neste estudo é superior à relatada por outros estudos que identificaram este comportamento na mesma população.^{7,8,73,74} As diferenças encontradas podem ser explicadas pela diferente metodologia aplicada entre estudos, como os instrumentos utilizados (diferentes questionários de avaliação da IAC) e a amostra incluída. Por exemplo, nos estudos que utilizaram o mesmo instrumento (BES),^{7,74} incluíram um maior número de homens e indivíduos com um IMC de eutrofia, sendo que a literatura aponta para uma menor taxa de prevalência de IAC nestes grupos.^{5-7,42,43}

A idade média de início dos comportamentos de IAC foi 24,9 anos, correspondendo a um valor ligeiramente superior ao reportado pela OMS (23,3 anos).²

Quando avaliada a IAC entre géneros, verificou-se que todos os indivíduos identificados com este comportamento eram do género feminino, confirmando-se assim uma associação entre o género e a IAC. A literatura suporta que a taxa de prevalência de IAC é superior no género feminino, aproximadamente num rácio de 2:1 a 6:1.⁵ O facto deste estudo não ter identificado nenhum indivíduo do género masculino com IAC pode ser explicado pela amostra ter incluído apenas 9 homens. Não foi possível obter uma amostra mais equilibrada entre géneros por esta ser constituída por indivíduos que recorreram a uma consulta de nutrição para perda de peso, sendo estas mais frequentadas por indivíduos do género feminino.

Apesar de já amplamente conhecida a relação entre a IAC e a obesidade,^{5,6,56} não se encontraram diferenças significativas na média do IMC no grupo com IAC (31,6Kg/m²) e sem IAC (30,9Kg/m²), bem como não se demonstrou uma associação entre o IMC e a IAC. Estes resultados apesar de não serem esperados, já foram igualmente encontrados por outros autores.⁷⁵ Uma possível explicação é o facto de todos os indivíduos da

amostra do presente estudo terem já excesso de peso e adicionalmente a baixa representatividade de obesidade grave.

Quando analisada a relação entre a IAC e os restantes dados antropométricos, observou-se, contudo, a existência de uma correlação positiva entre a pontuação final do BES e a % de massa gorda, significando que quanto maior a gravidade da IAC maior a % MG. Este resultado está de acordo com a literatura acima referida sobre a associação entre a IAC e a obesidade tendo em conta que o excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) é definido como uma condição em que há acumulação anormal ou excessiva de massa gorda no indivíduo.²⁴ De facto, apesar do IMC ser considerado a medida mais útil para estimar a obesidade, não tem em conta a composição corporal, como a quantidade de massa gorda.^{25,28} Assim, os resultados do presente estudo sugerem que os episódios de compulsão alimentar estão relacionados com uma %MG superior, mas nem sempre com um IMC superior nos indivíduos com excesso de peso. Também O'Neill et al, demonstraram uma forte relação entre a %MG e a IAC, defendendo que a relação do IMC com o comportamento alimentar pode não ser tão robusta quanto a da massa gorda.⁷⁶ Este resultado é bastante interessante e reforça a necessidade de estudos futuros considerarem a composição corporal, especialmente a %MG, em vez de apenas o IMC no estudo da relação da obesidade com a IAC.

Quanto ao número de dietas realizadas para perda de peso, observou-se que no grupo com IAC a média foi superior comparativamente com o grupo sem IAC, contudo esta diferença não foi significativa. No entanto, quando analisada a pontuação final do BES, verificou-se a existência de uma correlação positiva com o número de dietas e de uma correlação negativa com a idade aquando a primeira dieta realizada. Tal indica que, um início mais precoce de dieta e mais dietas realizadas, estão relacionados com a IAC e a sua frequência/gravidade. De acordo com este resultado, também se verificou que a idade de início dos comportamentos de IAC está correlacionada de forma positiva com a idade da primeira dieta. A literatura existente suporta esta forte associação entre IAC e dieta.¹¹⁻¹⁸ Já a direção desta associação não é completamente linear.^{11,19} Neste estudo, dos indivíduos com IAC, a grande maioria (71,1%) iniciou este comportamento previamente ao início da dieta. Tal sugere que a dieta não é necessariamente um precursor da IAC. Este resultado vai de encontro ao descrito em alguns estudos, em que apesar da dieta ser implicada como um fator de risco para o desenvolvimento de

comportamentos de IAC,¹¹⁻¹⁶ um número substancial de indivíduos que comem compulsivamente não tem como causa a dieta.^{11,12,14,17,18} Interessa salientar que, apesar do presente estudo ter identificado um maior número de indivíduos a relatar um início prévio de IAC comparativamente ao início de dieta e da relação da IAC com as dietas, não se pode estabelecer uma relação causal. Estes resultados podem ser influenciados por vários aspetos, como os dados fornecidos por autorrelato e sujeitos à lembrança do participante (por exemplo as idades de início de IAC e de dieta) e a definição de dieta que pode ter uma interpretação subjetiva. Também não se conhece se ocorreu algum tipo de restrição alimentar anterior, como por exemplo através de práticas parentais restritivas ou pressão para emagrecer. Para melhor se compreender a relação entre dieta e IAC seria também importante conhecer a história do peso e a idade de início de excesso de peso, pelo que se sugere que estudos futuros incluam esta variável.

A flutuação do peso em idade adulta não se mostrou relacionada com a pontuação final do BES nem se encontraram diferenças na média entre o grupo com e sem IAC. Este resultado vai contra o que era esperado, visto que vários artigos de revisão encontraram maiores flutuações acentuadas de peso no passado em indivíduos com excesso de peso e IAC do que naqueles sem compulsão alimentar.^{6,11,12,56} Uma possível explicação para a ausência de relação no presente estudo, deve-se ao facto de se ter considerado como flutuação de peso apenas a diferença entre o peso máximo e mínimo que o participante alguma vez teve em idade adulta, não estando relacionado com o peso perdido em dietas ou restrições anteriores e podendo em alguns casos nunca ter ocorrido perda de peso durante a vida, apenas um aumento gradual.

Relativamente à expectativa de perda de peso, não se observaram diferenças significativas nas médias entre o grupo com e sem IAC, contudo verificou-se estar correlacionada de forma positiva com a pontuação final do BES. Assim, quanto maior a gravidade da IAC maior o objetivo de peso a perder com a dieta. Tal está de acordo com a literatura que refere que os indivíduos com excesso de peso e PIAC têm uma preocupação excessiva com o peso e forma corporal e gastam mais tempo em tentativas de perda de peso, comparativamente aos indivíduos com excesso de peso sem PIAC.^{3,12}

O grupo de indivíduos com IAC obteve valores significativamente inferiores na pontuação da restrição alimentar cognitiva do TFEQ-R21 em relação ao grupo sem IAC, refletindo uma correlação negativa entre a RAC e a gravidade da compulsão alimentar.

Contrariamente ao encontrado no presente estudo, algumas teorias cognitivas das PA, como a teoria da restrição alimentar e a teoria cognitivo-comportamental, consideram que um alto nível de RAC é um fator de risco central e/ou de manutenção dos comportamentos de IAC, que por sua vez estes episódios de IAC incentivam maiores restrições alimentares, resultando ainda mais no aumento do risco de comportamentos de IAC.^{22,23} Também outros estudos identificaram a RAC como um fator de risco significativo para os comportamentos de IAC e o aparecimento da PIAC.^{21,20,51} Por outro lado, os resultados deste estudo vão de encontro ao observado por outros autores. Byrne et al, verificaram que altos níveis de RAC não previram o aumento da compulsão alimentar.⁷⁷ Um artigo de revisão observou que, estudos que usaram o TFEQ em indivíduos obesos não encontraram correlação ou encontraram uma correlação negativa entre a gravidade da IAC e o grau de RAC.¹¹ Estas descobertas incoerentes podem ser explicadas pelas diferentes formas de restrição: flexível (abordagem de alimentação moderada) ou rígida (abordagem do tipo "tudo ou nada"); estando a restrição rígida associada a episódios de IAC mais frequentes e graves e a restrição flexível associada a menor gravidade e frequência da IAC.⁷⁸

O presente estudo permitiu avaliar a IAC numa população específica com excesso de peso que procura tratamento para a sua perda em Portugal, que para meu conhecimento era inexistente, tal como a sua relação com o número de dietas realizadas para redução de peso.

Entre os pontos fortes deste estudo destaca-se a avaliação objetiva dos dados antropométricos realizada por nutricionistas, ao invés de valores auto reportados, o que permitiu aferir dados com maior exatidão e fiabilidade; a aplicação do questionário BES, visto ser destinado a uma população obesa e que tem como objetivo específico avaliar a presença de comportamentos de IAC.

Apesar de as entrevistas clínicas, como o *Eating Disorders Examination* (EDE), serem consideradas o instrumento “gold standard” para a avaliação e diagnóstico das PA, geralmente são demoradas, requerem um clínico treinado para conduzir a entrevista e pode ser difícil de avaliar em alguns pacientes.⁷⁹ Assim, os questionários de autorrelato são amplamente utilizados em investigação e na prática clínica, visto serem de aplicação fácil, económica e permitirem o anonimato, o que pode ser vantajoso ao pretender-se

obter respostas honestas sobre comportamentos que por vezes causam constrangimento ou que tentam ser ocultados pelo paciente, como a IAC.^{79,80}

O presente estudo apresenta algumas limitações que merecem comentários. Primeiro, o facto de ter sido utilizado apenas um questionário para a identificação da presença de IAC, o que leva a terem sido identificados apenas possíveis casos de IAC. A aplicação de uma entrevista clínica como complemento ou de um segundo questionário seria importante para diagnóstico definitivo desta PA. Segundo, devido à natureza transversal do estudo, confiou-se na recordação do participante para determinar a idade de início da IAC, bem como a de início de dieta e do número de dietas realizadas previamente, o que acarreta um potencial viés. Devido também ao tipo de estudo, e ao facto de não se saber a idade de início de excesso de peso nem o historial de peso, não é possível estabelecer vínculos causais entre o aparecimento inicial de IAC, dieta e o excesso de peso, nem testar se a IAC está associada a alterações no peso corporal, IMC e % MG nos indivíduos que iniciam uma dieta.

Por fim, a amostra incluída neste estudo não foi representativa relativamente ao género, uma vez que os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (94,2%). Pesquisas anteriores mostram que a prevalência da PIAC é 1,5-6 vezes superior nas mulheres que nos homens.^{42,43} Seria assim aconselhável que pesquisas futuras sobre IAC incluíssem uma maior proporção de indivíduos do sexo masculino.

Sugere-se também que estudos futuros incluam outras variáveis que possam interferir com a IAC e a RAC, como a história do peso, insatisfação corporal, perturbações de humor e ansiedade, alimentação emocional, práticas familiares restritivas e PA de familiares.

7. Conclusão

Os resultados deste estudo confirmam a IAC como um problema prevalente nos indivíduos com excesso de peso que procuram tratamento para a perda ponderal, especialmente no género feminino.

Apesar do IMC ser a medida mais utilizada para avaliar o excesso de peso, verificou-se que é a %MG que apresenta uma forte relação positiva com a IAC. Não se tendo identificado no presente estudo diferenças significativas de IMC entre os grupos com e

sem IAC, conclui-se que a %MG apresenta uma relação mais robusta que o IMC com este comportamento alimentar, aumentando a importância de um acompanhamento nutricional personalizado nos indivíduos com IAC.

Os resultados deste estudo permitem concluir que uma idade mais precoce de início de dieta e um maior número de dietas realizadas, estão relacionados com a IAC e a sua frequência/gravidade. Observou-se também que os comportamentos de IAC precederam a realização de dieta para a maioria dos participantes com excesso de peso que procura tratamento, ainda que não se possa estabelecer uma relação causal.

Concluiu-se ainda que, quanto maior a gravidade da IAC, maior a expectativa de perda de peso, confirmando uma possível preocupação com o peso e forma corporal acrescidas, e menor a restrição alimentar cognitiva, ainda que seria importante estudos futuros avaliarem o tipo de restrição alimentar bem como práticas familiares restritivas.

Considerando a grande prevalência do excesso de peso a nível nacional e mundial, estes resultados reforçam a importância e necessidade de avaliar o comportamento alimentar nos indivíduos com excesso de peso, principalmente nos que iniciam programas de perda de peso e com maior historial de dietas realizadas, sugerindo-se que os profissionais de saúde envolvidos nesta área incluam um rastreio de perturbação alimentar. Realça-se também a necessidade de estudos prospetivos e mais alargados, que permitam avaliar e melhor compreender as relações entre o excesso de peso, ingestão alimentar compulsiva e a realização de dietas.

8. Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904-14
3. Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S96-106.
4. Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S39-46.

5. Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr.* 2015 Dec;20(6):522-9.
6. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001 May;25 Suppl 1:S51-5.
7. Bertoli S, Leone A, Ponissi V, Bedogni G, Beggio V, Strepparava MG et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutr.* 2016 Jan;19(1):71-7
8. Pacanowski CR, Senso MM, Oriogun K, Crain AL, Sherwood NE. Binge eating behavior and weight loss maintenance over a 2-year period. *J Obes.* 2014, 249315.
9. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med.* 2011 Apr;22(2):153-60.
10. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018 Jan 5;9:17-30
11. Howard CE, Porzelius LK. The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 1999 Jan;19(1):25-44.
12. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Mar;26(3):299-307.
13. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, Le Grange D, Neumark-Sztainer D. Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *J Adolesc Health.* 2012 Jul;51(1):86-92
14. Pederson Mussell M, Mitchell JE, Fenna CJ, Crosby RD, Miller JP, Hoberman HM. A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1997 May;21(4):353-60.
15. Andrés A, Saldaña C. Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutr Res.* 2014 Nov;34(11):944-50
16. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(1):38-51
17. Abbott DW, de Zwaan M, Mussell MP, Raymond NC, Seim HC, Crow SJ, et al. Onset of binge eating and dieting in overweight women: implications for etiology, associated features and treatment. *J Psychosom Res.* 1998 Mar-Apr;44(3-4):367-74.

18. Mussell MP, Mitchell JE, Weller CL, Raymond NC, Crow SJ, Crosby RD. Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1995 May;17(4):395-401.
19. Lowe MR. Dietary restraint and overeating. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2. New York: Guilford Press; 2002. pp. 88–92.
20. Linardon J. The relationship between dietary restraint and binge eating: Examining eating-related self-efficacy as a moderator. *Appetite*. 2018 Aug 1;127:126-129
21. Marcus M, Wing RR, Lamparski DM. Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*. 1985 Jan;10(2):163-168.
22. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003 May;41(5):509-28.
23. Burton AL, Abbott MJ. Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Journal of Behaviour Change*. 2017 Sep;34(3):168-198.
24. World Health Organization. Fact sheet about obesity and overweight. February 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Acedido em 24-08-2019].
25. do Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J. *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
26. Morais G, Rego M. Os Dados Antropométricos na Avaliação Nutricional. *Nutricias*. 2011;3:18-23.
27. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO; 1995.
28. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
29. Wajchenberg BL. Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev*. 2000 Dec;21(6):697-738.
30. Canoy D. Distribution of body fat and risk of coronary heart disease in men and women. *Curr Opin Cardiol*. 2008 Nov;23(6):591-8.
31. World Health Organization. Waist Circumference and waist-hip ratio: report of a WHO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2008: 19-20.

32. Gallagher D1, Heymsfield SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, Sakamoto Y. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr.* 2000 Sep;72(3):694-701.
33. Kyle U, Bosaeus I, Lorenzo A, Deurenberg P, Elia M, Gómez M, et al. Bioelectrical impedance analysis - Part I: Review of principles and methods. *Clinical Nutrition.* 2004;23(5):1226-1243.
34. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: DGS; 2005.
35. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008 Jan;9(1):11-9
36. Lopes C, Torres D, Oliveira, A, Severo, M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto, 2017. Disponível em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relat%C3%B3rio%20Resultados.pdf [Acedido em 04-09-2019].
37. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts.* 2015;8(6):402-424.
38. National Eating Disorders Association. Binge eating disorder. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed> [Acedido em 05-09-2019].
39. American Psychiatric Association. *DSM-5* Fact Sheets, Eating Disorders. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/dsm-5-fact-sheets> [Acedido em 05-09-2019].
40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
41. Erzegovesi S, Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectr.* 2016 Aug;21(4):304-9.
42. de Zwaan M, Friederich HC. [Binge eating disorder]. *Ther Umsch.* 2006 Aug;63(8):529-33.
43. Ágh T, Kovács G, Pawaskar M, Supina D, Inotai A, Vokó Z. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eat Weight Disord.* 2015;20(1): 1–12.

44. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016; 18(3): 10.
45. Ribeiro M, Conceição E, Vaz AR, Machado PP. The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(3): 185–190.
46. Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord.* 2013;46(1): 60–65.
47. Baptista F, Sampaio D, do Carmo I, Reis D, Galvao-Teles A. The prevalence of disturbances of eating behavior in a Portuguese female university population. *Eur Eat Disord Rev.* 1996 Dec;4(4):260–270
48. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2013 May 1; 73(9): 904–914.
49. Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, et al. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord.* 2012 May; 45(4): 531–536.
50. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Mar;42(1):33-43.
51. Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, et al. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Mar;63(3):313-9.
52. Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res.* 2004 Sep;12(9):1445-54.
53. Citrome L. Binge-Eating Disorder and Comorbid Conditions: Differential Diagnosis and Implications for Treatment. *J Clin Psychiatry.* 2017;78 Suppl 1:9-13.
54. Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Dec;34(4):773-83
55. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2010 Apr;43(3):205-17.

56. Bruce B, Wilfley D. Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *J Am Diet Assoc.* 1996 Jan;96(1):58-61.
57. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007;48:124–131.
58. Lowe MR, Caputo GC. Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors. *International Journal of Eating Disorders.* 1991 Jan;10(1):49-55.
59. Lowe MR. The effects of dieting on eating behavior: a three-factor model. *Psychol Bull.* 1993 Jul;114(1):100-21.
60. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Dieting and binge eating: which dieters are at risk? *J Am Diet Assoc.* 1995 May;95(5):586-9.
61. Tuschl RJ. From dietary restraint to binge eating: Some theoretical considerations. *Appetite.* 1990 Apr;14(2): 105-109
62. Lowe MR, Doshi SD, Katterman SN, Feig EH. Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Front Psychol.* 2013; 4: 577.
63. Lowe MR. Restrained eating and dieting: replication of their divergent effects on eating regulation. *Appetite.* 1995 Oct;25(2):115-8.
64. Guerrieri R, Nederkoorn C, Schrooten M, Martijn C, Jansen A. Inducing impulsivity leads high and low restrained eaters into overeating, whereas current dieters stick to their diet. *Appetite.* 2009 Aug;53(1):93-100.
65. Spoor ST, Stice E, Bekker MH, Van Strien T, Croon MA, Van Heck GL. Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2006 Dec;39(8):700-7.
66. Elran-Barak R, Sztainer M, Goldschmidt AB, Crow SJ, Peterson CB, Hill LL, et al. Dietary Restriction Behaviors and Binge Eating in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Trans-diagnostic Examination of the Restraint Model. *Eat Behav.* 2015 Aug;18:192-6.
67. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.
68. Tapadinhas AR, Ribeiro JLP. Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES), um estudo com uma amostra de obesos portugueses. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde.* 2012.
69. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71–83

70. Cappelleri JC, Bushmakin AG, Gerber RA, Leidy NK, Sexton CC, Lowe MR, et al. Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *Int J Obes (Lond)*. 2009 Jun;33(6):611-20
71. Moreira P, Almeida L, Sampaio D, Almeida MD. Validação de uma escala para avaliação do comportamento alimentar de jovens universitários saudáveis. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol*(4). 1998; 125-136.
72. de Zwaan M, Mitchell JE. Binge eating in the obese. *Ann Med*. 1992 Aug;24(4):303-8.
73. de Man Lapidoth J, Ghaderi A, Norring C. Eating disorders and disordered eating among patients seeking non-surgical weight-loss treatment in Sweden. *Eat Behav*. 2006 Jan;7(1):15-26.
74. Leone A, Bedogni G, Ponissi V, Battezzati A, Beggio V, Magni P, et al. Contribution of binge eating behaviour to cardiometabolic risk factors in subjects starting a weight loss or maintenance programme. *Br J Nutr*. 2016 Dec; 116(11):1984-1992.
75. Mackenzie J, Harris L. Binge eating symptomatology, BMI, and health. *J Eat Disord*. 2015; 3(Suppl 1): O59.
76. O'Neill BV, Bullmore ET, Miller S, McHugh S, Simons D, Dodds CM, et al. The relationship between fat mass, eating behaviour and obesity-related psychological traits in overweight and obese individuals. *Appetite*. 2012 Dec;59(3):656-61.
77. Byrne SM, McLean NJ. The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: a direct evaluation. *Int J Eat Disord*. 2002 Jan;31(1):17-31.
78. Westenhoefer J, Stunkard AJ, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *Int J Eat Disord*. 1999 Jul;26(1):53-64.
79. Burton AL, Abbott MJ, Modini M, Touyz S. Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2016 Feb;49(2):123-40
80. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994 Dec;16(4):363-70.

Anexo I
Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar, a autora Juliana Marques Correia, de profissão nutricionista, sob a orientação da Prof.^a Doutora Maria Isabel do Carmo e coorientação da Prof.^a Doutora Ana Rita Vaz, encontra-se a desenvolver um estudo intitulado **“Ingestão Alimentar Compulsiva em indivíduos com pré-obesidade e obesidade: frequência e relação com dietas realizadas”**.

O estudo em causa tem como principais objetivos identificar a frequência de indivíduos com pré-obesidade e obesidade, que procuram tratamento para perda de peso, com presença de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e investigar a associação deste comportamento com o índice de massa corporal e com o número de dietas realizadas para perda de peso. Neste sentido, venho requerer a vossa colaboração para a realização desta investigação. Para tal, será recolhida informação da Consulta de Nutrição, como dados da composição corporal, de saúde e de dietas realizadas, e solicitado o preenchimento de dois breves questionários.

A participação neste estudo é voluntária, não lhe envolve qualquer despesa ou risco, sendo que pode recusar ou desistir de participar a qualquer momento.

Será garantida confidencialidade e anonimato (não registando os dados de identificação). A informação recolhida será de uso exclusivo para o presente estudo e não revelada a terceiros.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Juliana Marques Correia, Nutricionista Cédula 1325N

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e que autorizo participar neste estudo sob as condições acima mencionadas.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo II
Questionário BES

Escala de Ingestão Compulsiva

Nome: _____

De seguida encontrará 16 grupos de afirmações numeradas. Leia atentamente todas as afirmações de cada grupo e escolha, fazendo um círculo no número, aquela que melhor descreve a forma como se sente em relação à dificuldade que tem em controlar o seu comportamento alimentar.

<p># 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não me sinto constrangido/a com o meu peso ou com o tamanho do meu corpo, quando estou com outras pessoas. 2. Sinto-me preocupado/a com a imagem que passo aos outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado/a comigo mesmo/a. 3. Fico mesmo constrangido/a com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado/a comigo mesmo/a. 4. Sinto-me constrangido/a com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo/a. Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento. 	<p># 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geralmente, 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. Tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente não necessite de comida. 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na minha boca que só pode ser satisfeita quando como um alimento, tipo uma sandes, que me encha a boca. Às vezes, quando como um alimento para satisfazer a minha “fome na boca”, em seguida deito-o fora, assim não ganharei peso.
<p># 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não tenho nenhuma dificuldade em comer devagar e de forma apropriada. 2. Embora pareça que devoro os alimentos, acabo por não me sentir empanturrado/a por comer demais. 3. Às vezes, tenho tendência a comer muito rápido e, depois sinto-me desconfortavelmente cheio/a. 4. Tenho o hábito de engolir a comida sem realmente a mastigar. Quando isto acontece, em geral, sinto-me desconfortavelmente empanturrado/a por ter comido demais. 	<p># 6.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais. 2. De vez em quando, sinto culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais. 3. A maior parte do tempo, sinto culpa ou ódio de mim mesmo/a depois de comer demais.
<p># 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quando quero, sinto-me capaz de controlar os meus impulsos para comer. 2. Sinto que tenho falhado no controlo do meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas. 3. 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. 	<p># 7.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não perco o controlo 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-me como se tivesse estragado tudo e como ainda mais. 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo/a: “agora que estraguei tudo, porque não ir até ao fim”. Quando isto acontece, como ainda mais. 4. Tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo/a, mas quebro-as entrando numa compulsão alimentar. A minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.
<p># 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não tenho o hábito de comer quando estou chateado/a. 2. Às vezes, como quando estou chateado/a mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar a minha mente da comida. 3. Tenho o hábito regular de comer quando estou chateado/a mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar a minha mente da comida. 4. Tenho o forte hábito de comer quando estou chateado/a. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito. 	<p># 8.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raramente como tanta comida ao ponto de depois me sentir desconfortavelmente empanturrado/a. 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo por me sentir empanturrado/a. 3. Durante o mês, tenho períodos regulares, em que como grandes quantidades de comida, quer seja na hora das refeições, quer nos lanches. 4. Como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado/a.

<p># 9.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em geral, a minha ingestão de calorias não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir a minha ingestão de calorias para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri. 3. 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 segue-se a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”. 	<p># 13.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faço três refeições por dia, apenas com um lanche ocasional entre as refeições. 2. Faço três refeições por dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições. 3. Quando faço lanches pesados, tenho o hábito de não realizar as refeições regulares. 4. Há períodos regulares em que me parece que estou continuamente a comer, sem refeições planeadas.
<p># 10.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normalmente, sou capaz de parar de comer quando quero. Sei quando “já chega”. 2. De vez em quando, tenho uma compulsão para comer que não posso controlar. 3. Frequentemente, tenho fortes impulsos para comer, em que parece que não sou capaz de controlar, mas noutras ocasiões, posso controlar os meus impulsos para comer. 4. Sinto-me incapaz de controlar os impulsos para comer. Tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria. 	<p># 14.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não penso muito em tentar controlar os impulsos indesejáveis para comer. 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que os meus pensamentos estão previamente ocupados com o tentar controlar os meus impulsos para comer. 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo a pensar no quanto comi ou a tentar não comer demais. 4. Parece-me que a maior parte das horas que passo acordado/a estão previamente ocupadas por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto-me como se estivesse a lutar constantemente para não comer.
<p># 11.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não tenho problema algum em parar de comer quando me sinto cheio/a. 2. Normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio/a mas, de vez em quando, comer demais deixa-me desconfortavelmente empanturrado/a. 3. Tenho problemas em parar de comer desde que tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado/a após uma refeição. 4. Por ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes, tenho que provocar o vomito, usar laxantes e/ou diuréticos para aliviar a minha sensação de empanturramento. 	<p># 15.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não penso muito sobre comida. 2. Tenho fortes desejos de comida, mas estes desejos só duram curtos períodos de tempo. 3. Há dias em que parece que não posso pensar em mais nada a não ser na comida. 4. Na maioria dos dias, os meus pensamentos parecem previamente ocupados com comida. Sinto-me como se vivesse para comer.
<p># 12.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parece-me que como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho/a. 2. Às vezes, quando estou com outras pessoas, não como tanto quanto quero comer porque sinto-me constrangido/a com o meu comportamento alimentar. 3. Frequentemente, como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois sinto-me embaraçado/a com o meu comportamento alimentar. 4. Sinto-me tão envergonhado/a por comer demais, que escolho comer demais em alturas que sei que ninguém me verá. Sinto-me uma pessoa que se esconde para comer. 	<p># 16.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normalmente, sei se estou fisicamente com fome. Como a quantidade certa de comida para me satisfazer. 2. De vez em quando, sinto-me com dúvidas em saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões, é difícil saber o quanto devo comer para me satisfazer. 3. Mesmo que pudesse saber quantas calorias deveria ingerir, não faria a mínima ideia de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

(Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. 1982; Versão Portuguesa validada por Tapadinhas AR, Ribeiro JL. 2009)

Anexo III
Questionário TFEQ-R21
(Subescala da restrição alimentar cognitiva)

TEFQ-21

Este questionário contém afirmações e questões sobre hábitos alimentares. Leia cuidadosamente cada afirmação e responda colocando uma X na alternativa que melhor se aplica a si.

1. Escolho deliberadamente pequenas porções de comida como forma de controlar o peso

- 1 Completamente Verdadeiro
- 2 Verdadeiro na maior parte das vezes
- 3 Falso na maior parte das vezes
- 4 Completamente Falso

2. Não como certos alimentos porque me fazem engordar

- 1 Completamente Verdadeiro
- 2 Verdadeiro na maior parte das vezes
- 3 Falso na maior parte das vezes
- 4 Completamente Falso

3. Contenho-me no que como às refeições para não ganhar peso

- 1 Completamente Verdadeiro
- 2 Verdadeiro na maior parte das vezes
- 3 Falso na maior parte das vezes
- 4 Completamente Falso

4. Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores

- 1 Quase nunca
- 2 Raramente
- 3 Normalmente
- 4 Quase sempre

5. Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que o que realmente gostaria de comer?

- 1 Não é provável
- 2 Pouco provável
- 3 Moderadamente provável
- 4 Muito provável

6. Numa escala de 1 a 8, em que 1 significa não fazer qualquer restrição alimentar (comer o que quiser e quando quiser) e 8 traduz o máximo de restrição (limitar constantemente a ingestão de alimentos sem nunca ceder), assinale o número que melhor traduz o seu comportamento?

1	2	3	4	5	6	7	8
Como tudo o que quero e quando quero							Limito constantemente a minha ingestão de alimentos, "nunca cedo"

(Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. 2005; Versão Portuguesa validada por Moreira P, Almeida L, Sampaio D, Almeida MD. 1998)