

**FATORES DE INÍCIO E MANUTENÇÃO DA OBESIDADE/EXCESSO DE PESO:
UMA COMPARAÇÃO ENTRE ADULTOS COM BINGE EATING E SEM BINGE EATING**Cristina Martins Horta¹, Filipa Pimenta^{1,2}
Isabel Leal^{1,2}, João Maroco^{1,2}**RESUMO**

O sobrepeso e a obesidade são atualmente um problema grave de saúde pública. Neste sentido foram objetivos deste estudo explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e à manutenção de obesidade/excesso de peso e perceber se estes fatores e processos são independentes do sexo e da presença de compulsão alimentar. Foi recolhida uma amostra de conveniência de 38 adultos com obesidade (n=35) ou excesso de peso (n=3), em contexto clínico e comunitário. Os processos/fatores de início e manutenção foram avaliados por entrevista; a presença de compulsão alimentar foi explorada com a Escala de Ingestão Compulsiva. Os resultados mostraram que os fatores de início do excesso de peso mais referidos foram a presença de excesso de peso na infância ou adolescência (57.9%), a falta de exercício físico (18.4%), questões genéticas (15.8%) e o casamento (13.2%) e que os processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos foram ouvir comentários negativos (57.9%), a existência de um ciclo de perda-reganho (47.4%), a presença de doenças (47.4%), a percepção da dificuldade em perder peso (42.1%), o sedentarismo (42.1%), a falta de mobilidade (36.8%), a ingestão excessiva de doces (36.8%), a presença de emoções negativas como o stress (34.2%), a ausência de esforço para controlo de peso (31.6%) e a utilização de estratégias de coping de evitamento (sem especificação e da imagem corporal) (31.6%). Conclui-se que os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, mas não do sexo.

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Transtorno da compulsão alimentar.

1-Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Lisboa, Portugal.

ABSTRACT

Factors for the Beginning and Maintenance of Obesity/Excess Weight: A comparison between Adults with Binge Eating and no Binge Eating

Overweight and obesity are currently a serious public health problem. In this sense, the aims of this study were to explore the factors and processes associated with the onset of overweight and maintenance of obesity / overweight and to understand if these factors and processes are independent of gender and the presence of binge eating. A convenience sample of 38 adults with obesity (n=35) or overweight (n=3) was collected, in clinical and community context. The processes/factors of maintenance and maintenance were evaluated by interview; the presence of binge eating was exploited with the Compulsive Ingestion Scale. The results showed that the most mentioned factors of onset of overweight were the presence of overweight in childhood or adolescence (57.9%), lack of physical exercise (18.4%), genetic issues (15.8%) and marriage (13.2%) and that the processes associated with maintenance of weight gain most referred to were: to hear negative comments (57.9%), the existence of a loss-retinal cycle (47.4%), the presence of diseases (47.4%), the perception of difficulty in losing weight (42.1%), sedentary lifestyle (42.1%), lack of mobility (36.8%), excessive ingestion of sweets (36.8%), the presence of negative emotions such as stress (34.2%), lack of effort to control weight (31.6%) and the use of avoidance coping strategies (31.6%). It is concluded that the factors and processes associated with the maintenance of obesity / overweight are independent of the presence of binge eating, but not gender.

Key words: Obesity. Overweight. Binge-eating disorder.

2-William James Center for Research (WJCR), Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade (Ward e colaboradores, 2016), sendo um problema grave de saúde pública.

A obesidade pode ser descrita como a acumulação excessiva de tecido adiposo no organismo, ao ponto de comprometer a saúde (Moraes, Almeida e Souza, 2013).

A avaliação da obesidade pode ser realizada de várias formas como o cálculo do índice de massa corporal (IMC) que representa o resultado da divisão do peso pela altura ao quadrado, e é a medida mais utilizada, assim como o perímetro abdominal, a relação cintura-quadril e a presença de dobras cutâneas que costumam ser associadas ao IMC (Moraes, Almeida e Souza, 2013).

Em Portugal, estima-se que 16.4% da população adulta seja obesa (IMC \geq 30 kg/m²), enquanto 36.4% sofrem de excesso de peso (25 \leq IMC<30), de acordo com dados de 2014 (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Adicionalmente, em diversos países, tal como em Portugal, o número de pessoas com obesidade tem vindo a aumentar rapidamente (Janssen e colaboradores, 2010; Keating e colaboradores, 2015; Mi e colaboradores, 2015; Rito e Breda, 2006; Taylor e colaboradores, 2015).

Além de ser muito prevalente, a obesidade está frequentemente associada a diversas doenças do foro físico e psicológico. Nomeadamente, aumenta substancialmente o risco de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, diabetes tipo II, osteoartrite, angina de peito, doença da vesícula biliar, cancro do endométrio, do cólon e cancro da mama, condições de saúde que representam as principais causas de morte, influenciadas por fatores comportamentais evitáveis (Pereira e Mateus, 2003; Pérez, Sánchez e Ortiz, 2013; Rito e Breda, 2006; Sasson e colaboradores, 2014).

O excesso de peso também agrava algumas doenças crónicas, como a asma, hipertensão, dislipidemia e depressão, assim como a infertilidade (Pereira e Mateus, 2003).

Diversos são os estudos que têm investigado os fatores associados ao início da obesidade. A maioria dos estudos refere que

esses fatores são a baixa escolaridade (Gutiérrez-Fisac e colaboradores, 2011; Hosseinpanah e colaboradores, 2016; Karageorgi, Alsmadi e Behbehani, 2013; Pan e colaboradores, 2011), o estado civil casado/a (Hosseinpanah e colaboradores, 2016; Karageorgi e colaboradores, 2013; Pan e colaboradores, 2011), praticar pouca ou nenhuma atividade física (Andreou e colaboradores, 2012; Islam e Rasooly, 2013), ter um IMC elevado desde cedo (Pan e colaboradores, 2011), ter baixo estatuto socioeconómico, viver num agregado familiar extenso, não fumar, ir muitas vezes a restaurantes, ter uma elevada preferência por sal, ter familiares diretos com obesidade (Karageorgi e colaboradores, 2013), ter diabetes (Islam e Rasooly, 2013), entre outros.

Relativamente ao sexo e à idade existe discordância. Alguns estudos referem que ser mulher (Islam e Rasooly, 2013) é um fator de risco, enquanto outros mencionam, o ser homem (especialmente jovem) como um fator de risco (Karageorgi e colaboradores, 2013).

Por outro lado, outros estudos referem que ser mais velho é um fator de risco (Gutiérrez-Fisac e colaboradores, 2011; Karageorgi e colaboradores, 2013), outros que é ser mais novo (Hosseinpanah e colaboradores, 2016; Islam e Rasooly, 2013).

Na literatura, os fatores de manutenção (eventuais barreiras à perda de peso) da obesidade mais relatados são: a pertença a uma família com outros elementos obesos, o isolamento social (Moraes, Almeida e Souza, 2013), a ajuda médica vista como um último recurso, ter experiência anterior de insucesso em gerir o peso, auto culpabilização pela obesidade, negação da condição de obesidade (Sinfield e colaboradores, 2013), dificuldade em controlar as emoções, baixa autoconfiança, apoio insuficiente, falta de conhecimento sobre estratégias para comer de forma saudável, percepção de impotência, dissonância cognitiva (Sporndly-Nees e colaboradores, 2014) e percepção de custo elevado associado aos tratamentos (Sinfield e colaboradores, 2013; Sporndly-Nees e colaboradores, 2014).

Frequentemente verifica-se comorbidade do foro psicológico, tal como défice de atenção, hiperatividade, problemas relacionados com as funções executivas e perturbações do humor (Cortese e

colaboradores, 2013; Moraes, Almeida e Souza, 2013; Raman, Smith e Hay, 2013).

Não existe unanimidade no que concerne à prevalência de obesidade nos dois sexos. Apesar de ser mais frequente haver referências que apontam para maior prevalência de obesidade nos homens (Fonseca, Sichiari e Veiga, 1998; Santos e colaboradores, 2005), existem outros estudos que referem maior prevalência da obesidade nas mulheres (Gigante e colaboradores, 1997).

Não existe muita informação relativamente às diferenças entre sexos, ao nível dos fatores e processos associados ao início do excesso de peso (nomeadamente, em pessoas com obesidade). Contudo sabe-se que a obesidade familiar surge como fortemente associada ao aumento de peso, tanto em homens como em mulheres (Fonseca e colaboradores, 1998).

No que concerne aos fatores e processos de manutenção da obesidade é referido mais frequentemente nos rapazes o elevado número de horas que passam a ver televisão ou a jogar videojogos, e nas raparigas o comportamento de dieta para emagrecer (Fonseca e colaboradores, 1998).

Gigante e colaboradores (1997) acrescentam como outras variáveis associadas à obesidade em mulheres a ocorrência de diabetes ou hipertensão, não fumar, menor número de refeições diárias e não praticar exercício físico; para os homens, os autores destacam apenas a hipertensão arterial sistémica.

Existe uma associação entre a obesidade e a compulsão alimentar (Cooke e colaboradores, 1997; Herbozo e colaboradores, 2015; Wilfley, Wilson e Agras, 2003). A compulsão alimentar caracteriza-se por uma ingestão objetiva de uma grande quantidade de alimento num período curto de tempo, acompanhada por uma sensação de perda de controlo em relação à ingestão (Compare e Tasca, 2016; Manasse e colaboradores, 2015). Uma vez que os indivíduos com obesidade e com compulsão alimentar são mais propensos a apresentar outras perturbações psiquiátricas, tanto do Eixo I como do Eixo II (Dingemans e Van Furth, 2012; Fandino e colaboradores, 2010; Telch e Stice, 1998), revela-se importante estudar a relação entre estas duas dimensões, na população portuguesa.

Os estudos qualitativos permitem uma maior profundidade na realidade do pesquisado, possibilitando aceder à informação de forma mais aberta e livre. Todavia, existem muito poucos estudos qualitativos na área da obesidade e da compulsão alimentar.

Um exemplo desses estudos é o de Curtis e Davis (2014), que tinha como objetivo explorar como as mulheres obesas, no Canadá, com e sem perturbação de compulsão alimentar experienciam o comer em excesso em relação aos sintomas de dependência (nova categoria da DSM-5 "Addiction and Related Disorders", que inclui tanto a dependência de substâncias e de não-substâncias). Foram entrevistadas 12 mulheres com obesidade e com compulsão alimentar e 12 mulheres com obesidade e sem compulsão alimentar, tendo os resultados demonstrado que a dependência alimentar pode ocorrer com e sem compulsão.

Outro estudo qualitativo, este realizado em adolescentes brasileiros, teve como fim analisar os fatores associados ao início e à manutenção da obesidade. Os resultados mostraram que, apesar de a genética ser importante, havia uma forte influência dos fatores ambientais e psicossociais. São exemplos disto a existência de conflitos individuais e interpessoais não resolvidos no sistema familiar; dificuldades na relação mãe-bebé; problemas com a figura paterna; problemas de alcoolismo; baixa autoestima; sentimentos de solidão, ansiedade e depressão na infância, e intensificados na adolescência; insegurança e dependência; e problemas na esfera da sexualidade (Muller, 1999).

O facto de existirem poucos estudos qualitativos nesta área do conhecimento aumenta a pertinência do presente estudo. A pertinência deste estudo justifica-se ainda pelo aumento da prevalência de excesso de peso, nos últimos anos, e pela elevada comorbidade com outras doenças físicas e psicológicas. Por este motivo optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa para levar a cabo esta investigação.

Assim, os objetivos da presente investigação são 1) explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e 2) fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso, numa amostra de 38 adultos com

obesidade/excesso de peso, recorrendo a metodologia qualitativa. Adicionalmente, no contexto de uma metodologia mista, pretende-se ainda averiguar se os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes do 3) sexo e da 4) presença de compulsão alimentar (medida quantitativamente com a Escala de Ingestão Compulsiva).

De acordo com a literatura e com os objetivos delineados foram colocadas as seguintes hipóteses: Hipótese 1) é esperado que os fatores associados ao início do aumento de peso mais referidos sejam a falta de exercício físico, questões familiares/genéticas, um excesso de peso na infância ou adolescência, o casamento e a baixa escolaridade/reduzido conhecimento; Hipótese 2) é esperado que os fatores e processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos sejam, a presença de doenças psicológicas, negação da obesidade, falta de controlo emocional, falta de apoio e percepção de incompetência para perder peso; Hipótese 3) espera-se (no contexto dos fatores associados à manutenção de obesidade/excesso de peso) que a distribuição de possíveis categorias emergentes como doença psicológica, genética, enviesamento na imagem corporal e críticas ou provocações não sejam independentes da compulsão alimentar (presença versus ausência); Hipótese 4) é esperado (no âmbito dos fatores associados ao início do excesso de peso) que a distribuição da categoria casamento (caso seja mencionada) não seja independente do sexo (i.e., é esperado que esta categoria seja mais mencionada por mulheres do que por homens); Hipótese 5) é ainda esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção de obesidade/excesso de peso) que a categoria sedentarismo, caso exista, também não seja independente do sexo (i.e., seja mais referida por homens do que por mulheres).

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho da Investigação

Este estudo segue um desenho qualitativo e quantitativo, observacional

descritivo, transversal e correlacional (Ribeiro, 2010).

Participantes

Foram considerados critérios de inclusão idade igual ou superior a 18 anos, IMC igual ou superior a 25 Kg/m² e manutenção de obesidade/excesso de peso há, pelo menos 12 meses.

A amostra, não probabilística, de conveniência, foi composta por 38 participantes com obesidade, com idades entre os 22 e os 62 anos (M=42.79; DP=10.48) e com IMC entre 26.20 e 50.64 (M=37.97; DP=6.46), dos quais 35 (92.1%) com obesidade e 3 (7.9%) com excesso de peso. Do total da amostra, 25 participantes (65.8%) não possuem perturbação de ingestão alimentar compulsiva e 13 destes participantes (34.2%) têm perturbação de ingestão alimentar compulsiva, moderada ou grave.

Material

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para conhecer o percurso de obesidade/excesso de peso dos participantes, especificamente os seus fatores e processos associados ao início do aumento do peso e associados à manutenção do estado de obesidade/excesso de peso.

Foi ainda utilizado um questionário sociodemográfico, com o objetivo de caracterizar a amostra relativamente ao sexo, idade, existência de relação afetivo-sexual, situação profissional e rendimento anual bruto do agregado familiar. Concomitantemente, foi utilizado um questionário de saúde para obter informações no que concerne à saúde física e psicológica dos participantes, ao seu IMC e estilo de vida (e.g., consumo de álcool e tabaco).

Para avaliar a Compulsão alimentar foi utilizada a Binge Eating Scale (Gormally e colaboradores, 1982), adaptada à população portuguesa por Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012), que permite avaliar manifestações comportamentais, sentimentos e cognições relativos à ingestão compulsiva, com o objetivo de investigar se os participantes têm ingestão compulsiva e em que grau. A BES é constituída por 16 itens e por 62 afirmações, em que um exemplo de uma destas afirmações é: "Tenho o forte hábito de comer

quando estou aborrecido. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito”; as afirmações variam entre ausência do comportamento e gravidade máxima do comportamento.

O valor atribuído às opções existentes para cada item varia numa escala ordinal tipo Likert de três pontos.

A pontuação total referência o grau de gravidade da compulsão alimentar e é obtida através do somatório dos pontos de cada item (pontuação não contínua, dada com o auxílio de uma tabela nas instruções de aplicação). Deste modo, participantes com pontuações

inferiores ou iguais a 17 não possuem Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), participantes com pontuações entre 18 e 26 pontos possuem PIAC moderada e participantes cujas pontuações são superiores ou iguais a 27 são participantes com PIAC grave.

O material usado e recolhido pertence a uma investigação sobre obesidade que está a ser desenvolvida no William James Center for Research (WJCR), a partir do ISPA-Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Sexo	n	%
Feminino	24	63,2
Masculino	14	36,8
Relação afetivo-sexual		
Não	10	26,3
Sim	27	71,1
Não respondeu	1	2,6
Situação profissional		
Ativo	28	73,7
Reformado	2	5,3
Desempregado	8	2,1
Rendimento anual bruto do agregado familiar		
≤ 10.000€	11	28,9
10.001€-20.000€	11	28,9
20.001€-37.500€	8	21,1
37.501€-70.000€	3	7,9
≥ 70.001€	2	5,3
Não respondeu	3	7,9
Doença recente		
Não	22	57,9
Sim	16	42,1
Problema psicológico recente		
Não	27	71,1
Sim	9	23,7
Fumador		
Não	10	26,3
Sim	28	73,7
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	23	60,5
Sim	15	39,5
Prática de exercício físico		
Não	14	36,8
Sim	23	60,5
Não respondeu	1	2,6

Procedimento para recolha de dados

A recolha de dados foi feita através de um processo de amostragem não probabilística, de conveniência. A amostra foi

recolhida entre setembro de 2012 e junho de 2013.

Para obtermos permissão para o desenvolvimento da investigação em ambiente hospitalar, e em ambiente de prática privada (clínica de nutrição e clínica de tratamento da

obesidade), foi feito um pedido formal por escrito, enviado ao Conselho de Ética do Hospital e ao Diretor Clínico de ambas as clínicas.

Foram apresentados pelos investigadores, todos os procedimentos e objetivos principais da investigação, à equipa de profissionais de saúde das Clínicas e do Hospital.

Após a aprovação da autorização nos contextos descritos, os profissionais de saúde, estabeleceram contato com os eventuais participantes (que fossem ao encontro dos critérios de inclusão: IMC e idade) e apresentaram os principais objetivos da atual investigação. Os profissionais de saúde, posteriormente referiram aos investigadores os indivíduos que demonstraram interesse em fazer parte do estudo.

Seguidamente, cada participante foi contactado por um dos psicólogos afiliados à investigação, para aplicar o questionário de triagem, focado nos critérios de inclusão - idade igual ou superior a 18 anos e IMC igual ou superior a 25 kg/m², e pelo menos 12 meses de manutenção do IMC igual ou acima de 25.

Este contato foi feito por e-mail, telefone ou pessoalmente. Ao cumprirem os critérios de admissão, foram assinados o consentimento informado e a permissão para a gravação áudio da entrevista. Subsequentemente foram aplicados os questionários sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida para caracterizar a amostra e a BES.

As entrevistas foram feitas pessoalmente ou por telefone, de acordo com a disponibilidade do participante. Para as entrevistas realizadas pessoalmente, foi disponibilizado um espaço, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente de prática privada (clínicas), com todas as condições asseguradas para que não houvesse interrupções.

Nas entrevistas que se realizaram por telefone, o investigador responsável pela realização da mesma, assegurou que estas se realizassem numa sala reservadas para o efeito, à porta fechada. Não foi estabelecido limite de tempo, permitindo uma caracterização de experiências pessoais sem quaisquer restrições de tempo.

Os dados recolhidos foram inteiramente transcritos, incluindo o conteúdo

verbal e não-verbal, tais como pausas e risos. Para garantir o anonimato, cada entrevista foi designada por um código alfanumérico, ocultando a identificação do participante.

Procedimento para análise de dados

Recorreu-se programa MAXQDA, versão 12.2.

Vários processos foram envolvidos na análise, o estabelecimento de pré categorias correspondentes às áreas centrais a analisar, a criação e definição quando justificadas por natureza do conteúdo manifesto na análise das 38 entrevistas, foram identificadas partes do discurso, que integram as categorias emergentes. A categorização é um procedimento de agrupar dados, considerando a parte comum existentes entre eles.

O material recolhido foi analisado através de uma abordagem pluralista, i.e., com o recurso a duas técnicas diferentes, nomeadamente, a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), que foi feita de acordo com os critérios de exaustividade e exclusividade com o objetivo de obter uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto; concomitantemente foi feita a análise temática que possibilitou a identificação e exploração da descrição de padrões ou temas, suportados pela literatura, dentro dos dados recolhidos (Braun e Clarke, 2006).

A análise de conteúdo e a análise temática permitiram uma abordagem simultaneamente indutiva, enraizada no conteúdo, uma vez que os temas identificados estavam ligados permitindo a sua codificação, e uma abordagem dedutiva, considerando a análise orientada pela teoria (literatura) presente na exploração.

Foram envolvidos na análise vários processos: a) o estabelecimento de categorias pré-existentes; b. Criação e definição de categorias emergentes (subcategorias), que derivam da análise de conteúdo, através do conteúdo manifesto, onde foram identificadas pequenas partes do discurso nas 38 entrevistas analisadas que integraram as categorias emergentes; c. Geração de códigos e associação dos mesmos a segmentos do texto.

A caracterização da expressão de todas as categorias emergentes ou

subcategorias encontradas foi feita através de um estudo de frequência e percentagem.

Na segunda fase, procedeu-se a uma análise mista, cruzando os resultados da análise quantitativa (nomeadamente todas as categorias mencionadas por mais do que 10% da amostra), com o score obtido na Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (Freitas, Lopes e Apolinário, 2001; Freitas e colaboradores, 2006; Gormally e colaboradores, 1982).

Os dados foram analisados quantitativamente através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Para comparar os participantes sem compulsão e com compulsão, e em função do sexo (homens vs. mulheres) foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de independência, e também para avaliar se os fatores e processos associados ao início e manutenção de obesidade/excesso de peso eram independentes do sexo e ingestão compulsiva.

As análises que não cumpriam os pressupostos de aplicação do teste de Qui-Quadrado (nomeadamente, no caso dos fatores de início: Exercício físico, Genética, Casamento, Fartar dieta e Metabolismo e no caso dos fatores de Manutenção: Emoções negativas - Stress, Ausência de esforço para controlo de peso, Coping de evitamento, Coping de evitamento da imagem corporal, Enviesamento da informação médica, Problemas familiares, Trabalho, Coping de evitamento desresponsabilização do comportamento alimentar, Imagem corporal negativa, Sexo, Comer fora de horas, Humor deprimido, Horário de trabalho, Autoconceito, Compensação afetiva, Estado emocional alterado, Emoções negativas - Ansiedade, Isolamento social, Interrupção de exercício físico, Problemas com filhos, Casamento, Falta de apoio, Medicamentos, Minimizar o excesso de peso, Morte, Ausência de controlo, Baixa

autoestima, Coping de evitamento desistência, Coping de evitamento monitorização do peso, Deixar de fumar, Emoções negativas - Sem especificação, Gravidez, Não cumprimento de estratégias de perda de peso, Vida social, À vontade com o corpo, Tempo de espera para cirurgia, Comer em restaurante, Desemprego, Enviesamento da realidade, Excesso de peso após perda, Nova gravidez, Ingestão excessiva de alimentos - sem especificação, Ingestão excessiva de alimentos - Pão, Ingestão excessiva de alimentos - Vontade de comer, Metabolismo, Cozinhar, Desvalorização de consequências futuras, Emoção positiva - Comida, Ingestão excessiva de alimentos - Noite, Jejum, Problemas casal, Pós-parto, Sedentarismo sem especificação e Sedentarismo na habitação) não foram consideradas.

RESULTADOS

As categorias emergentes mencionadas por pelo menos 10% da amostra são apresentadas mais abaixo (Tabela 2), em termos de frequências e percentagens dos fatores/processos associados ao início do excesso de peso e na Tabela 3 as frequências e percentagens dos fatores/processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso). O fator/processo associado ao início do excesso de peso mais referido foi Infância/adolescência (58%).

No que concerne aos fatores associados à manutenção, o mais referido foi Comentários negativos (57.9%), tal como apresentado na tabela seguinte.

Para comparar os participantes sem compulsão e com compulsão foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, sendo os resultados apresentados na Tabela 4 (tendo sido excluídas as variáveis que não cumprem os critérios de utilização do teste).

Tabela 2 - Fatores e processos associados ao início do excesso de peso.

Categorias emergentes	n^a	%
Infância/adolescência	22	57,9
Exercício físico (ausência/alteração no padrão)	7	18,4
Genética	6	15,8
Casamento	5	13,2
Fartar-se da dieta	5	13,2
Metabolismo	4	10,5

Legenda: ^a O n reporta-se ao número de pessoas que mencionou cada uma das categorias apresentadas.

Tabela 3 - Fatores e processos associados à manutenção da obesidade/excesso de peso.

Categorias emergentes			Categorias emergentes		
	n^a	%		n^a	%
Comentários negativos	22	57,9	Morte	7	18,4
Ciclo perda-reganho	18	47,4	Ausência de controlo	6	15,8
Doenças	18	47,4	Baixa autoestima	6	15,8
Perceção da dificuldade em perder peso	16	42,1	Coping de evitamento desistência	6	15,8
Sedentarismo no exercício físico	16	42,1	Coping de evitamento - não monitorização do peso	6	15,8
Falta de mobilidade	14	36,8	Deixar de fumar	6	15,8
Ingestão excessiva de alimentos – Doces	14	36,8	Emoções negativas – Sem especificação	6	15,8
Emoções negativas – Stress	13	34,2	Gravidez	6	15,8
Ausência de esforço para controlo de peso	12	31,6	Não cumprimento de estratégias de perda de peso	6	15,8
Coping de evitamento (sem especificação)	12	31,6	Vida social	6	15,8
Coping de evitamento da imagem corporal	12	31,6	À vontade com o corpo	5	13,2
Enviesamento da informação médica	11	28,9	Tempo de espera para cirurgia	5	13,2
Problemas familiares	11	28,9	Comer em restaurante	5	13,2
Trabalho	11	28,9	Desemprego	5	13,2
Coping de evitamento (desresponsabilização do comportamento alimentar)	10	26,3	Enviesamento da realidade	5	13,2
Imagem corporal negativa	10	26,3	Excesso de peso após perda	5	13,2
Desinvestimento sexual	10	26,3	Nova gravidez	5	13,2
Comer fora de horas	9	23,7	Ingestão excessiva de alimentos – sem especificação	5	13,2
Humor deprimido	9	23,7	Ingestão excessiva de alimentos – Pão	5	13,2
Horário de trabalho	9	23,7	Ingestão excessiva de alimentos – Vontade de comer	5	13,2
Autoconceito negativo	8	21,1	Metabolismo	5	13,2
Compensação afetiva	8	21,1	Ter de cozinhar	4	10,5
Estado emocional alterado	8	21,1	Desvalorização de consequências futuras	4	10,5
Emoções negativas – Ansiedade	8	21,1	Emoção positiva na ingestão	4	10,5
Isolamento social	8	21,1	Ingestão excessiva de alimentos – Noite	4	10,5
Interrupção de exercício físico	8	21,1	Jejum	4	10,5
Problemas com filhos	8	21,1	Problemas casal	4	10,5
Casamento	7	18,4	Pós-parto	4	10,5
Falta de apoio	7	18,4	Sedentarismo sem especificação	4	10,5
Medicamentos	7	18,4	Sedentarismo na habitação	4	10,5
Minimizar o excesso de peso	7	18,4			

Legenda: ^aO n reporta-se ao número de pessoas que mencionou cada uma das categorias apresentadas.

Tabela 4 - Comparação entre participantes sem compulsão e com compulsão.

Categorias	Sem compulsão (n=25)				Com compulsão (n=13)				χ²	p
	Ausência		Presença		Ausência		Presença			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Início (Categoria emergente)	n	%	n	%	n	%	n	%		
Infância adolescência	9	36,0	16	64,0	7	53,8	6	42,2	1,12	0,29
Manutenção										
Comentários negativos	12	48,0	13	52,0	4	30,8	9	69,2	1,10	0,31
Ciclo perda-reganho	14	56,0	11	44,0	6	46,2	7	53,8	0,33	0,56
Doenças	15	60,0	10	40,0	5	38,5	8	61,5	1,59	0,21
Perceção da dificuldade em perder peso	15	60,0	10	40,0	7	53,8	6	46,2	0,13	0,72
Sedentarismo e exercício físico	12	48,0	13	52,0	10	76,9	3	23,1	2,94	0,09

Tabela 5 - Comparação entre sexos.

Categorias	Mulheres (n=24)				Homens (n=14)				χ^2	p
	Ausência		Presença		Ausência		Presença			
Início (Categoria emergente)	n	%	n	%	n	%	n	%		
Infância adolescência	9	37,5	15	62,5	7	50,0	7	50,0	0,57	0,45
Manutenção										
Comentários negativos	7	29,2	9	64,3	17	70,8	5	35,7	4,47*	0,03
Ciclo perda-reganho	11	45,8	13	54,2	9	64,3	5	35,7	1,21	0,27
Doenças existentes	10	41,7	14	58,3	10	71,4	4	28,4	3,14	0,08
Percepção da dificuldade em perder peso	16	66,7	8	33,3	6	42,9	8	57,1	2,06	0,15
Sedentarismo	18	75,0	6	25,0	4	28,6	10	71,4	7,82**	0,01
Falta de mobilidade	12	50,0	12	50,0	12	85,7	2	14,3	4,85*	0,03
Ingestão excessiva de alimentos – Doces	16	66,7	8	33,3	8	57,4	6	42,9	0,35	0,56

Legenda: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Os fatores/processos associados pelos participantes ao início do excesso de peso e aos fatores/processos relacionados com a manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, nesta amostra ($p > 0,05$). Contudo a dimensão Sedentarismo e exercício físico apresenta uma diferença marginalmente significativa ($p = 0,087$), havendo mais sedentarismo quando não há compulsão.

Para explorar se os fatores/processos associados ao início do excesso de peso e manutenção de obesidade/excesso de peso eram independentes do sexo foi novamente utilizado o teste de Qui-Quadrado, sendo os resultados apresentados na Tabela 5 (apresentam-se apenas os casos que cumprem os critérios de utilização do Qui-Quadrado).

A identificação da infância e adolescência como fase de início do excesso de peso é independente do sexo ($p > 0,05$).

Contudo, alguns fatores/processos associados pelos participantes à manutenção de obesidade/excesso de peso não são independentes da variável sexo, nomeadamente as categorias “Comentários negativos” ($\chi^2(1) = 4,474$; $p = 0,034$), “Sedentarismo” ($\chi^2(1) = 7,819$; $p = 0,005$) “Falta de mobilidade” ($\chi^2(1) = 4,847$; $p = 0,028$). Os resultados mostram que os homens referem mais frequentemente como fator de manutenção o “Sedentarismo”, enquanto as mulheres mencionam mais frequentemente como fator de manutenção os “Comentários negativos” e a “Falta de mobilidade”.

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como objetivos explorar os fatores e processos associados ao início do excesso de peso e associados à manutenção de obesidade/excesso de peso, numa amostra de 38 adultos com obesidade ou excesso de peso, recorrendo a metodologia qualitativa.

Concomitantemente, pretendia-se averiguar se os fatores e processos associados ao início de excesso de peso, e de manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes do sexo e da presença de compulsão alimentar.

Foi colocado como primeira hipótese que os fatores do início do excesso de peso mais referidos eram a falta de exercício físico, questões familiares/genéticas, um excesso de peso na infância ou adolescência, o casamento e a baixa escolaridade/reduzido conhecimento. Os resultados confirmaram a hipótese tal como referido na literatura (Andreou e colaboradores, 2012; Hosseinpanah e colaboradores, 2016; Islam e Rasooly, 2013; Karageorgi e colaboradores, 2013; Pan e colaboradores, 2011) com a exceção de “a baixa escolaridade/reduzido conhecimento” não ter sido apontada como fator de início do aumento de peso, no presente estudo ao contrário do defendido por outros autores (Gutiérrez-Fisac e colaboradores, 2011; Hosseinpanah e colaboradores, 2016; Karageorgi, Alsmadi e Behbehani, 2013; Pan e colaboradores, 2011).

O fator mais referido foi a presença de excesso de peso na infância ou adolescência tal como no estudo de Pan e colaboradores (2011), sendo perceptível a necessidade de haver prevenção precoce do excesso de peso na infância, como forma de prevenir a obesidade em adultos.

Com a segunda hipótese era esperado que os fatores e processos associados à manutenção da obesidade e do excesso de peso mais referidos fossem a presença de doenças psicológicas, negação da obesidade, falta de controlo emocional, falta de apoio e percepção de incompetência para perder peso. Os resultados mostraram que os fatores associados à manutenção da obesidade e excesso de peso mais referidos (sendo referidos pelo menos por 30% dos participantes) foram ouvir comentários negativos, a existência de um ciclo de perda-reganho, a presença de doenças, a percepção da dificuldade em perder peso, o sedentarismo, a falta de mobilidade, a ingestão excessiva de doces, a presença de emoções negativas como o stress, a ausência de esforço para controlo de peso e a utilização de estratégias de coping de evitamento (sem especificação e da imagem corporal).

A hipótese foi parcialmente confirmada uma vez que tal como referido na literatura (Cortese e colaboradores, 2013; Moraes, Almeida e Souza, 2013; Pereira e Mateus, 2003; Raman e colaboradores, 2013), a presença de doenças psicológicas é um dos fatores mais referidos pois resume fatores como a presença de doenças, a presença de emoções negativas como o stress e pode incluir a falta de controlo emocional.

Do mesmo modo a negação da obesidade referida por outros autores (Sinfield e colaboradores, 2013) também se mostrou frequente através das categorias utilização de estratégias de coping de evitamento (sem especificação e da imagem corporal).

A percepção de incompetência para perder peso referida como fator frequente por Spornly-Nees e colaboradores (2014) pode ser confirmada através da categoria percepção da dificuldade em perder peso e como consequência da categoria a existência de um ciclo de perda-reganho.

Todavia, o fator falta de apoio defendido por Spornly-Nees e colaboradores (2014) não mostrou ser um dos fatores de manutenção da obesidade/excesso de peso

mais frequentes na presente amostra, contudo foi referido em cerca de 18% dos participantes o que mostra que também nesta amostra apresenta algum relevo. No presente estudo, estão também presentes entre os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso mais referidos, o sedentarismo, a falta de mobilidade, e a ausência de esforço para controlo de peso, o que revela que a inatividade é também um fator muito relevante na manutenção do peso excessivo na perspectiva dos participantes, e tal como referem outros autores (Andreou e colaboradores, 2012; Gigante e colaboradores, 1997; Pan e colaboradores, 2011).

O fator mais referido na presente amostra foi ouvir comentários negativos, o que de acordo com Mustelin e colaboradores (2015) está associado à compulsão alimentar, fazendo assim sentido a referência a este fator. E por existir esta evidência (de que alguns fatores de manutenção estão associados a compulsão alimentar) este estudo pretendeu igualmente verificar se, nesta amostra, alguns fatores percebidos eram independentes desta condição clínica.

Assim, era esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção da obesidade/excesso de peso) que a distribuição de possíveis categorias emergentes como doença psicológica, genética, enviesamento na imagem corporal e críticas ou provocações não fossem independentes da compulsão alimentar (presença versus ausência).

A hipótese foi infirmada, pois ao contrário do defendido na literatura (Carvalho-Ferreira e colaboradores, 2012; Dingemans e Van Furth, 2012; Fandino e colaboradores, 2010; Mustelin e colaboradores, 2015; Puhl e colaboradores, 2007; Telch e Stice, 1998; Wilfley e colaboradores, 2013), no presente estudo os fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar. É possível que o fato de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com e sem compulsão alimentar desta amostra se deva mais à reduzida dimensão da amostra global e sub-representação da amostra clínica (n=13), sendo necessários novos estudos no futuro para superar as lacunas do presente. No entanto o sedentarismo, de forma marginalmente significativa, mostrou ser mais

frequente quando não há compulsão alimentar, provavelmente por o grupo com mais compulsão poder utilizar o exercício físico como mecanismo de compensação após uma ingestão alimentar excessiva, pois apesar de a perturbação compulsiva não ser caracterizada por mecanismos de compensação extremos.

Na quarta hipótese era esperado (no âmbito dos fatores associados ao início do excesso de peso) que a distribuição da categoria casamento (caso seja mencionada) não fosse independente do sexo (i.e., era esperado que esta categoria fosse mais mencionada por mulheres do que por homens).

A hipótese não se confirmou, contrariando as conclusões de Hosseinpanah e colaboradores (2016). É possível que essa discrepância de resultados se deva a que apenas cinco participantes tenham referido o casamento como fator associado ao início da obesidade, não havendo assim dimensão de amostra suficiente para representar com confiança este fenômeno.

Por último era ainda esperado (no contexto dos fatores associados à manutenção da obesidade/excesso de peso) que a categoria sedentarismo, caso existisse, também não fosse independente do sexo (i.e., fosse mais referida por homens do que por mulheres). A hipótese foi parcialmente confirmada, pois os resultados mostram que os homens apresentaram mais frequentemente como fator de manutenção de obesidade/excesso de peso, o sedentarismo (i.e., ausência de exercício físico), o que vai ao encontro das conclusões do estudo de Fonseca, Sichier e Veiga (1998) com participantes mais jovens.

Contudo, as mulheres apresentaram mais frequentemente como fator associado à manutenção de obesidade/excesso de peso, a presença de comentários negativos e a falta de mobilidade do que homens, não tendo sido encontrado nenhum estudo que confirme estes resultados.

Este estudo permitiu enfatizar os fatores associados ao início do aumento de peso em pessoas com obesidade/excesso de peso, sendo os mais referidos um excesso de peso na infância ou adolescência (com uma percentagem bastante superior aos restantes fatores), a falta de exercício físico, questões genéticas e o casamento. Os fatores e

processos associados à manutenção do aumento de peso mais referidos foram ouvir comentários negativos, a existência de um ciclo de perda-reganho, a presença de doenças, a percepção da dificuldade em perder peso, o sedentarismo, a falta de mobilidade, a ingestão excessiva de doces, a presença de emoções negativas como o stress, a ausência de esforço para controlo de peso e a utilização de estratégias de coping de evitamento (sem especificação e da imagem corporal). Conclui-se ainda que as referências aos fatores e processos associados à manutenção de obesidade/excesso de peso são independentes da presença de compulsão alimentar, mas não do sexo, sendo que os homens referem mais frequentemente como fator de manutenção o "Sedentarismo", enquanto as mulheres mencionam mais frequentemente como fator de manutenção os "Comentários negativos" e a "Falta de mobilidade".

Como limitações ao presente estudo pode-se apontar o número reduzido de participantes com compulsão alimentar, o número de homens ser inferior ao número de mulheres e tratar-se de uma amostra de conveniência não permitindo a generalização dos resultados obtidos para a população.

Neste sentido sugere-se a replicação do presente estudo em amostras de maiores dimensões, equiparadas em termos de sexos e de número de participantes com e sem compulsão alimentar e a utilização das conclusões obtidas no presente estudo em programas de prevenção da obesidade.

Conta-se que este trabalho possa contribuir tanto para o aumento do conhecimento incrementando o estado da arte, como para a prática clínica. Poderá ser pertinente considerar, no contexto da prática clínica, que alguns conteúdos são dependentes do sexo dos indivíduos; tal poderá melhor informar sobre as diferenças que deverão ser consideradas no contexto da intervenção na obesidade e também em programas de prevenção.

Igualmente, também as campanhas de divulgação e prevenção poderão direcionar a comunicação para o sexo masculino no sentido de procurar aumentar a atividade física e para o sexo feminino no sentido de trabalhar as capacidades para lidar melhor com as emoções advindas das interações negativas com os outros. Outro fator importante, que

pode ser relevante para programas de prevenção, é o fato de ser tão frequente a referência que o excesso de peso na infância ou adolescência é um fator de início da obesidade na idade adulta, sendo premente continuar-se o trabalho de prevenção em escolas e possivelmente a criação de ainda mais serviços de apoio especializados nesta faixa etária, no contexto da prevenção e controle da obesidade/excesso de peso.

REFERÊNCIAS

- 1-Andreou, E.; Hajigeorgiou, P. G.; Kyriakou, K.; Avraam, T.; Chappa, G.; Kallis, P.; Lazarou, C.; Philippou, C.; Claristoforou, C.; Kokkinofa, R.; Diohenous, C.; Savva, S. C.; Kafatos, A.; Zampelas, A; Papandreou, D. Risk Factors of Obesity in a Cohort of 1001 Cypriot Adults: An Epidemiological Study. *Hippokratia*. Num. 3. 2012. p. 256-260.
- 2-Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. 1977.
- 3-Braun, V.; Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. Vol. 3. Num. 2. p. 77-101. 2006.
- 4-Carvalho-Ferreira, J. P.; Cipullo, M. A. T.; Caranti, D. A.; Masquio, D. C. L.; Andrade-Silva, S. G.; Pisani, L. P.; Dâmaso, A. R. Interdisciplinary Lifestyle Therapy Improves Binge Eating Symptoms and Body Image Dissatisfaction in Brazilian Obese Adults. *Trends in Psychology and Psychotherapy*. Num. 4. 2012. p. 223-233.
- 5-Compare, A.; Tasca, G. A. The Rate and Shape of Change in Binge Eating Episodes and Weight: An Effectiveness Trial of Emotionally Focused Group Therapy for Binge-Eating Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Num. 23. 2016. p. 24-34.
- 6-Cooke, E. A.; Guss, J. L.; Kissileff, H. R.; Devlin, M. J.; Walsh, B. T. Patterns of Food Selection During Binges in Women with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*. Num. 7. 1997. p. 187-193.
- 7-Cortese, S.; Comencini, E.; Vincenzi, B.; Speranza, M.; Angriman, M. Attention-deficit/hyperactivity Disorder and Impairment in Executive Functions: A Barrier to Weight Loss Individual with Obesity? *BMC Psychiatry*. Num. 13. 2013. p. 1-7.
- 8-Curtis, C.; Davis, C. A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity from an Addiction Perspective. *Eating Disorders*. Num. 22. 2014. p. 19-32.
- 9-Dingemans, A. E.; van Furth, E. F. Binge Eating Disorder Psychopathology in Normal Weight and Obese Individuals. *International Journal of Eating Disorders*. Num. 1. 2012. p. 135-138.
- 10-Fandino, J.; Moreira, R. O.; Preissler, C.; Gaya, C. W.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. F.; Appolinario, J. C. Impact of Binge Eating Disorder in the Psychopathological Profile of Obese Women. *Comprehensive Psychiatry*. Num. 2. 2010. p. 110-114.
- 11-Fonseca, V. M.; Sichieri, R.; Veiga, G., V. Fatores Associados à Obesidade em Adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. Num. 6. 1998. p. 541-549.
- 12-Freitas, S. R.; Lopes, C. S.; Apolinário, J. C. Tradução e Adaptação para o Português da ESCALA de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Num. 4. 2001. p. 215-220.
- 13-Freitas, S. R.; Lopes, C. S.; Apolinário, J. C.; Coutinho, W. The Assessment of Binge Eating Disorder in Obese Women: A Comparison of the Binge Eating with the Structural Clinical Interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors*. Num. 7. 2006. p. 282-289.
- 14-Gigante, D. P.; Barros, F. C.; Post, C. L. A.; Olinto, M. T. A. Prevalência de Obesidade em Adultos e seus Fatores de Risco. *Revista de Saúde Pública*. Num. 3. 1997. p. 236-246.
- 15-Gormally, J.; Black, S.; Daston, S.; Rardin, D. The Assessment of binge Eating Severity among Obese Persons. *Addictive Behaviors*. Num. 7. p. 47-55.
- 16-Gutiérrez-Fisac, J. L.; Gallar-Castillón, P.; León-Munoz, L. M.; Graciani, A.; Banegas, J. R.; Rodríguez-Artalejo, F. Prevalence of General and Abdominal Obesity in the Adult Population of Spain, 2008-2010: The ENRICA

Study. *Obesity Reviews*. Num. 13. 2011. p. 388-392.

17-Herbozo, S.; Flynn, P. M.; Stevens, S. D.; Betancourt, H. Dietary Adherence, Glycemic Control, and Psychological Factor Associated with binge Eating among Indigenous and Non-Indigenous Chileans with Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*. Num. 22. 2015. p. 792-798.

18-Hosseinpahan, F.; Mirbolouk, M.; Mossadeghkhah, A.; Barzin, M.; Serahati, S.; Delshad, H.; Azizi, F. Incidence and Potential Risk Factors of Obesity among Tehranian Adults. *Preventive Medicine*. Num. 82. 2016. p. 99-104.

19-Instituto Nacional de Estatística. População Residente com 18 e Mais Anos de Idade por Sexo e Classes de Índice de Massa Corporal. 2016. Retirado a 24 de Agosto de 2016, de <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008906&contexto=bd&selTab=tab2>.

20-Islam, S. K. M.; Rasooly, M. H. Prevalence and Risk Factors Associated with Obesity among Adult Kabul Citizens (Afghanistan), 2012. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. Num. 4. 2013. p. 152-161.

21-Janssen, I.; Shields, M.; Craig, C. L.; Tremblay, M. S. Prevalence and Secular Changes in Abdominal Obesity in Canadian Adolescents and Adults, 1981 to 2007-2009. *Obesity Reviews*. Num. 12. 2010. p. 397-405.

22-Karageorgi, S.; Alsmadi, O.; Behbehani, K. A Review of adult Obesity Prevalence, Trends, Risk Factors, and Epidemiologic Methods in Kuwait. *Journal of Obesity*. Num. 1. 2013. p. 1-14.

23-Keating, C.; Backholer, K.; Gearon, E.; Stevenson, C.; Swinburn, B.; Moodie, M.; Carter, R.; Peeters, A. Prevalence of Class-I, Classe-II and Class-III Obesity in Australian Adults Between 1995 and 2011-12. *Obesity Research & Clinical Practice*. Num. 9. 2015. p. 553-562.

24-Manasse, S. M.; Forman, E. M.; Ruocco, A. C.; Butryn, M. L.; Juarascio, A. S.; Fitzpatrick, K. K. Do Executive Functioning Deficits

Underpin Binge Eating Disorder? A Comparison of Overweight Women with and without Binge Eating Pathology. *International Journal of Eating Disorders*. Num. 6. 2015. p. 677-683.

25-Mi, Y.; Zhang, B.; Wang, H.; Yan, J.; Han, W.; Zhao, J.; Liu, D.; Tian, Q. (2015). Prevalence and Secular Trends in Obesity among Chinese Adults, 1991-2011. *American Journal of Preventive Medicine*. Num. 5. 2015. p. 661-669.

26-Moraes, A. L.; Almeida, E. C.; Souza, L. B. Percepções de Obesos Deprimidos sobre os Fatores Envolvidos na Manutenção da sua Obesidade: Investigação numa Unidade do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva*. Num. 2. 2013. p. 553-572.

27-Muller, R. C. L. A História Familiar e a Obesidade na adolescência: Um Estudo Clínico-Qualitativo com Adolescentes Obesos. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. 1999.

28-Mustelin, L.; Raevuori, A.; Hoek, H. W.; Kaprio, J.; Keski-Rahkonen, A. Incidence and Weight Trajectories of Binge Eating Disorder among Young Women in the Community. *International Journal of Eating Disorders*. Num. 48. 2015. p. 1106-1112.

29-Pan, L.; Freedman, D. S.; Gillespie, C.; Park, S.; Sherry, B. Incidences of Obesity and Extreme Obesity among US Adults: Findings from the 2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Population Health Metrics*. Num. 9. 2011. p. 1-9.

30-Pereira, J.; Mateus, C. Custos Indiretos e Associados à Obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Num. 3. 2003. p. 65-80.

31-Pérez, C. M.; Sánchez, H.; Ortiz, A. P. Prevalence of Overweight and Obesity and their Cardiometabolic Comorbidities in Hispanic Adults Living in Puerto Rico. *Journal of Community Health*. Num. 38. 2013. p. 1140-1146.

32-Puhl, R. M.; Moss-Racussin, C. A.; Schwartz, M. B. Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-Being. *Obesity*. Num. 1. 2007. p. 19-23.

33-Raman, J.; Smith, E.; Hay, P. The Clinical Obesity Maintenance Model: An Integration of the Psychological Constructs Including Mood, Emotional Regulation, Disordered Overeating, Habitual Cluster Behaviours, Health Literacy and Cognitive Function. *Journal of Obesity*. Vol. 2013. 2013. p. 1-9.

34-Ribeiro, J. L. P. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto. Legis Editora. 2010.

35-Rito, A.; Breda, J. Um Olhar sobre a Estratégia de Nutrição, Actividade Física e Obesidade na União Europeia e em Portugal. *Revista Nutricias*. Num. 6. 2006. p. 14-17.

36-Santos, R.; Nunes, A.; Ribeiro, J. C.; Santos, P.; Duarte, J. A. R.; Mota, J. Obesidade, Síndrome Metabólica e Atividade Física: Estudo Exploratório Realizado com Adultos de Ambos os Sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. Num. 4. 2005. p. 317-328.

37-Sasson, M.; Lee, M.; Jan, C.; Fontes, F.; Motta, J. Prevalence and Associated Factors of Obesity among Panamanian Adults. 1982-2010. *PLoS ONE*. Num. 3. 2014. p. e91689. DOI: 10.1371/journal.pone.0091689

38-Sinfield, P.; Baker, R.; Pollard, L.; Tang, M. Y. Improving the Management of Obesity in Adults: a Pilot of a Method to Identify Important Barriers to Change and Tailor Interventions to Address them. *Quality in Prime Care*. Num. 21. 2013. p. 237-246.

39-Sporndly-Nees, S.; Igelstrom, H.; Lindberg, E.; Martin, C.; Asenlof, P. Facilitators and Barriers for Eating Behavior Changes in Obstructive Sleep Apnoea and Obesity – A Qualitative Content Analysis. *Disability and Rehabilitation*. Num. 1. 2014. p. 74-81.

40-Tapadinhas, A.; Pais-Ribeiro J. Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES): Um Estudo com uma Amostra de Obesos

Portugueses. 9th Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 2012. p. 1331-1336.

41-Taylor, A. W.; Shi, Z.; Montgomerie, A.; Dal Grande, E.; Camprostrini, S. The Use of a Chronic Disease and Risk Factor Surveillance System to Determine the Age, Period and Cohort Effects on the Prevalence of Obesity and Diabetes in South Australian Adults - 2003-2013. *PLoS ONE*. Num. 4. 2015. p. e0125233.

42-Telch, C. F.; Stice, E. Psychiatric Comorbidity in Women with Binge Eating Disorder: Prevalence Rates from a Nontreatment-Seeking Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Num. 5. 1998. p. 768-776.

43-Ward, Z. J.; Long, M. W.; Resch, S. C.; Gortmaker, S. L.; Craddock, A. L.; Giles, C.; Hsiao, A.; Wang, Y. C. Redrawing the US Obesity Landscape: Bias-Corrected Estimates of State-Specific Adult Obesity Prevalence. *PLoS ONE*. Num. 3. 2016. p. 1-13.

44-Wilfley, D. E.; Wilson, G. T.; Agras, W. S. The Clinical Significance of Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disorder*. Num. 34. 2003. p. S96-S106.

E-mails dos autores:
 cristinamartins09@gmail.com
 filipa_pimenta@ispa.pt
 ileal@ispa.pt
 jpmaroco@ispa.pt

Endereço para correspondência:
 Cristina Martins Horta
 Rua do Junco n. 5
 Brejos de Azeitão
 2925-679 Azeitão
 Portugal

Recebido para publicação em 09/06/2017
 Aceito em 21/08/2017