



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Nadine Teiga Afonso

**Validação do questionário Rep(eat)-Q
para avaliação de Petisco Contínuo
em adolescentes obesos**

Nadine Teiga Afonso **Validação do questionário Rep(eat)-Q para avaliação
de Petisco Contínuo em adolescentes obesos**

UMinho | 2017

junho de 2017



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Nadine Teiga Afonso

**Validação do questionário Rep(eat)-Q
para avaliação de Petisco Contínuo
em adolescentes obesos**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Doutora Eva Conceição

junho de 2017

DECLARAÇÃO

Nome: Nadine Teiga Afonso

Endereço eletrónico: pg29489@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14374177

Título da dissertação: Validação do questionário Rep(eat)-Q para avaliação de Petisco

Contínuo em adolescentes obesos

Orientadora: Doutora Eva Conceição

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 08 de junho de 2017

Assinatura: Nadine Teiga Afonso

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Introdução	6
Metodologia	9
Amostra	10
Instrumentos	10
Procedimento	12
Análise de Dados	12
Resultados	13
Discussão	18
Conclusão	21
Referências	22

Índice de tabelas

Tabela 1	14
Tabela 2	15
Tabela 3	16

Agradecimentos

À Professora Doutora Eva Conceição, pela orientação nos momentos mais decisivos e pela oportunidade de envolvimento neste projeto que me proporcionou várias experiências enriquecedoras.

À Doutora Sofia Ramalho pelas aprendizagens, motivação e disponibilidade nas partilhas realizadas.

À Dr.^a Helena Mansilha e à Dr.^a Mónica Tavares, pela boa integração que me proporcionaram e simpatia ao longo da recolha de dados.

Ao Grupo de Estudos de Perturbações Alimentares, principalmente à Ana Vieira por caminhar ao meu lado, pelo carinho e palavras amigas.

À Daniela Rego, pela partilha de conhecimentos e compreensão.

Às minhas colegas e amigas de curso, Catarina, Cláudia, Cristina, Flávia, Rita, Sara e Vânia pelas longas conversas e experiências vividas.

Aos amigos do 1º Esq. de Vila Real por me transmitirem calma e essa forma de viver descontraída, alegre e cheia de boa vontade em ajudar.

Às minhas amigas, Cristiana, Raquel e Rita, pela amizade inigualável e cumplicidade.

Ao Lázaro Pereira, pelo carinho, paciência e presença constante. Obrigada por nunca duvidares de mim e seres um dos meus grandes apoios.

À Patrícia Afonso e à família, por fazerem parte da minha vida e me apoiarem constantemente. Obrigada do fundo do coração, por seres a melhor madrinha do mundo.

Aos meus avós, não tenho palavras para agradecer.

À minha irmã Bruna, por me proporcionar 9 anos de felicidade, brincadeiras, mas especialmente pelo amor verdadeiro e pleno.

À minha irmã Daniela, pela motivação, força transmitida, por acreditar sempre em mim, por todo o amor partilhado, e por me incentivar a ser cada dia melhor: obrigada!

Ao meu pai, Baptista Afonso, e à minha mãe, Ana Teiga, por fazerem parte de todos os meus momentos, pelos ensinamentos de vida e sobretudo, pelo amor incondicional.

A todos vocês, obrigada!

Validação do questionário Rep(eat)-Q para avaliação de Petisco Contínuo em adolescentes obesos

Resumo

O petisco contínuo caracteriza-se por comer pequenas quantidades de comida de forma repetida e não planeada, e pode ser avaliado através do Rep(eat)-Q. Poucos têm sido os estudos realizados para compreender este padrão alimentar, principalmente na população adolescente. Neste sentido, este estudo tem como objetivo validar este questionário de autorrelato para adolescentes obesos em tratamento. A amostra foi constituída por 166 participantes, com idades compreendidas entre os 13 e 18 anos, com um percentil de IMC ≥ 85 . Foram analisadas as características psicométricas do instrumento, recorrendo à análise fatorial exploratória, mais especificamente verificando a sensibilidade, fidelidade e validade. Através da análise de componentes principais, foram identificados dois fatores: compulsivo e não compulsivo, que vão de encontro ao questionário original. Também foram realizados testes de correlação entre o Rep(eat)-Q, o Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes, o Teste do Comportamento Impulsivo (urgência negativa), a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress-21* e, a Escala de Alimentação Intuitiva, evidenciando bons níveis de validade convergente. Relativamente à análise do Rep(eat)-Q e dos seus fatores com a idade, sexo, percentil de IMC e IMC z-score, não foram obtidos valores significativos.

Palavras-chave: validação, Rep(eat)-Q, adolescentes, petisco contínuo, obesidade.

Validation of the Rep(eat)-Q questionnaire for evaluation of grazing in obese adolescents

Abstract

The grazing is characterized by eating small amounts of food repeatedly and unplanned, and can be evaluated through the Rep(eat)-Q. Few studies have been conducted to study this food pattern, especially in the adolescent population. In this way, this study aims to validate this self-report questionnaire for obese adolescents in treatment. The sample consisted of 166 participants, aged between 13 and 18 years, with a BMI percentile ≥ 85 . The psychometric characteristics of the instrument were analyzed using exploratory factor analysis, more specifically by verifying sensitivity, fidelity and validity. Through the analysis of main components, two factors were identified: compulsive and non-compulsive, which are in accordance with the original questionnaire. Correlation tests were also performed between Rep(eat)-Q, Food Attitude Test for Children and Adolescents, Impulsive Behavior Test (negative urgency), Anxiety, Depression and Stress Scale-21, and the Intuitive Feeding Scale, evidencing Good convergent validity levels. Regarding the analysis of Rep(eat)-Q and its factors with age, sex, BMI percentile and BMI z-score, no significant values were found.

Keywords: validation, Rep(eat)-Q, adolescents, grazing, obesity.

Introdução

A obesidade é reconduzida a uma doença crónica que afeta desde crianças a adultos e está presente tanto em países desenvolvidos como em países ainda em desenvolvimento (World Health Organization - WHO, 2000). Esta é considerada uma epidemia global que advém, tanto de problemas económicos, como sociais e até culturais (WHO, 2000).

Segundo a WHO (2000) compreende-se que a obesidade é uma doença complexa e multifatorial que, para além de afetar a saúde, se traduz numa excessiva acumulação de gordura no corpo. Ademais, a distribuição, a quantidade e as consequências desta gordura em excesso variam de indivíduo para indivíduo (WHO, 2000). De acordo com Stern e Kazaks (2009), o termo “obesidade” prende-se com o peso corporal. De uma forma mais explícita, com o que se julga ou não ser saudável ou normal para a idade correspondente (Stern & Kazaks, 2009).

Assim, torna-se importante definir obesidade na infância ou na adolescência (WHO, 2000). De todas as formas, o que é certo é que não se pode deixar de referir a dificuldade que esta necessidade comporta, pois nessa fase do desenvolvimento, a altura e a composição corporal, estão em constante mudança (WHO, 2000).

A adolescência é definida pela WHO (2000) como um período de tempo entre os 10 e 19 anos de idade e, tal como já Dietz (1994) defendia, identificar possíveis períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade poderia ajudar na sua prevenção, referindo a adolescência como um período crítico para o desenvolvimento desse problema.

Simmonds, Llewellyn, Owen, e Woolacott (2016) também afirmam que existe uma forte probabilidade de crianças e adolescentes acima do peso assim permaneçam até à idade adulta. Por outras palavras, uma criança com obesidade é cinco vezes mais propensa a poder vir a ser, efetivamente, um adulto obeso, comparada com aqueles que não apresentam estas características.

Um estudo realizado por Sardinha et al. (2011), com a intenção de relatar a prevalência da obesidade numa amostra representativa de crianças/adolescentes portugueses, entre os 10 e os 18 anos de idade, de acordo com os critérios da WHO e da *International Obesity Task Force* (IOTF), respetivamente, chegaram à conclusão que nos rapazes a percentagem era de 32.7% e 21.6% enquanto nas raparigas era de 30.7% e 23.5%. Segundo Bibiloni, Pons, e Tur (2013), o excesso de peso e a obesidade é de alta prevalência em todo o mundo, sendo que num estudo realizado com adolescentes entre os 10 e os 19 anos concluíram que a obesidade é relativamente maior no sexo masculino.

A obesidade é assim vista como a epidemia do século XXI (Direção Geral de Saúde - DGS, 2006) e, de modo a monitorizar, não apenas o estado de nutrição e identificar uma criança/adolescente com obesidade, mas também aqueles em risco de poder vir a sê-lo, recorre-se às curvas do índice de massa corporal (IMC) (DGS, 2006).

Para Hruby et al. (2016), a obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para a diabetes tipo II, alguns tipos de cancro e, também, doenças cardiovasculares. Carpenter, Hasin, Allison, e Faith (2000) foram mais longe e afirmaram que o sexo feminino parece estar mais associado ao risco de disfunção psicológica comparativamente ao sexo masculino, sendo que nas mulheres o IMC estava associado a tentativas de suicídio, assim como à depressão *major*. Burgos et al. (2015) relatam que nas crianças e adolescentes já se torna comum diagnosticar doenças consideradas de adultos. Quando se fala do tratamento da obesidade, os autores têm presente que o objetivo a curto prazo é reduzir a taxa de ganho de peso, seguindo-se a sua manutenção e redução, de forma a estabilizar o IMC (Raj & Kumar, 2010). Por outro lado, a longo prazo, espera-se a melhoria da qualidade de vida assim como a redução da mortalidade e morbilidade associada a esta epidemia (Raj & Kumar, 2010). Hainer, Toplak, e Mitrakou (2008) consideram que perder peso a curto prazo, ou seja, até 6 meses, pode ser simples, porém gerir o peso a longo prazo associa-se a elevadas taxas de abandono do tratamento, bem como a algumas falhas no decorrer do processo.

Carter e Jansen (2012) consideram que existe uma falta de consenso relativamente aos comportamentos alimentares associados à obesidade. Porém, Nicklas, Yang, Baranowski, Zakeri, e Berenson (2003) referem existirem vários comportamentos alimentares incutidos na população que estão associados à obesidade e, num estudo anteriormente realizado, foram referidos hábitos alimentares comuns em crianças e adolescentes como por exemplo, consumo de doces/sobremesas e bebidas açucaradas. Bhattacharjee, Mukhopadhyay, Joshi, e Singh (2017) relatam também que, saltar o pequeno almoço e ser seletivo na escolha de alimentos, ou seja, comer alimentos preferidos e rejeitar os que não são considerados como apreciados ou os ditos preferenciais, são comportamentos relacionados a esta problemática. Um outro comportamento alimentar, a que se tem dado pouca atenção, responsável pelo aumento de peso, é o petisco contínuo, referido pelos autores como “*grazing*” (Colles, Dixon, & O’Brien, 2008). Este comportamento tem sido muitas vezes mencionado na bibliografia de formas distintas, de notar: “*between-meals snacking*” (O’Connor, Jones, Conner, McMillan, & Ferguson, 2008), “*snack-eating*” (Brolin, Robertson, Kenler, & Cody, 1994), ou “*nibbling*” (Busetto et al, 2002). O termo “*grazing*” foi usado pela primeira vez em 1989, porém, a existência de distintas denominações relativas ao mesmo comportamento dificultaram a

comparação de dados entre as várias investigações que dizem respeito a este tema (Conceição et al., 2014). Também Savige, MacFarlane, Ball, Worsley, e Crawford (2007) consideraram provável que o comportamento alimentar - petisco contínuo – pudesse ter um papel importante no desenvolvimento de excesso de peso e de obesidade nos adolescentes.

Carter e Jansen (2012) consideram que pouco se sabe quanto a comportamentos alimentares associados ao excesso de peso e à obesidade, no entanto, referem-se ao petisco contínuo também como “grazing” e caracterizam-no como a ingestão de pequenas quantidades de comida, de forma repetida, durante um espaço de tempo prolongado. Além disso, os autores Carter e Jansen (2012) defendem que para melhorar os tratamentos psicológicos na obesidade este comportamento alimentar deveria ser foco de interesse. Tal como referido anteriormente, são vários os termos utilizados, mas também as definições para petisco contínuo, entre elas considera-se relevante referir a de Conceição et al. (2014), que referem ser um comportamento alimentar repetitivo e não planeado, ou seja, com mais de dois episódios no mesmo período de tempo, de pequenas quantidades de alimentos.

Conceição et al. (2014) defendem que o petisco contínuo pode ser distinguido em dois subtipos. Por um lado, o petisco contínuo compulsivo, em que a pessoa não é capaz de resistir à comida e, mesmo tentando, sente que tem que voltar a petiscar; por outro lado, e tal como o nome indica, não há compulsão, uma vez que a pessoa petisca de forma distraída - petisco contínuo não compulsivo (Conceição et al., 2014).

Kofman, Lent, e Swencionis (2010) consideram que este comportamento alimentar, o petisco contínuo, surge associado à menor perda de peso ou a piores resultados aquando do tratamento da obesidade. De acordo com Conceição et al. (2013), a elevada prevalência deste comportamento encontra-se não só associada à menor perda de peso, mas também à dificuldade de controlo na alimentação.

É escassa a investigação acerca do petisco contínuo, porém, considera-se que é um comportamento frequente tanto em amostras clínicas, ou seja, em indivíduos com perturbações do comportamento alimentar, como em amostras não clínicas (Conceição et al., 2014). De encontro a esta afirmação, Masheb, Roberto, e White (2013) afirmam que o petisco contínuo teve uma prevalência de 89.9% numa amostra clínica e, Reas, Wisting, Kapstad, e Lask (2012) admitem a prevalência de 92% em amostras não clínicas.

Kass et al. (2015) referem que apesar das investigações não mostrarem uma associação entre petisco contínuo e perturbações alimentares nos adultos, hipoteticamente, pode estar relacionado com perturbações alimentares na adolescência. Conceição et al. (2014) referem a falta de evidências em considerar o petisco contínuo como um estado

psicopatológico, no entanto (Saunders, 2004), aponta uma possível ligação entre este comportamento e estados emocionais e psicológicos. Também Fischer, Smith, e Cyders (2008) consideram que comportamentos alimentares atípicos estão associados em particular com a urgência negativa, isto é, com um domínio da impulsividade.

A informação encontrada acerca de petisco contínuo é escassa e atinente à população adulta e não à infância ou adolescência. Em investigações anteriores, esse comportamento estava associado à bulimia nervosa, à anorexia nervosa, e à ingestão alimentar compulsiva, exemplo disso é o estudo realizado por Conceição et al. (2013) com indivíduos adultos, no qual o petisco contínuo se verificou em 57.6% de indivíduos com BN, 44% com perturbação da ingestão alimentar compulsiva (BED) e 34.3% com AN. Noutro estudo realizado por Masheb, Grilo, e White (2011), acerca de comportamentos atípicos, o petisco contínuo foi o mais frequente e, foi evidenciado em 50.4% dos participantes com diagnóstico de ingestão alimentar compulsiva, 56.8% em bulimia nervosa e, num grupo constituído por população normal foi relatada a presença de 31.8%.

No que concerne ao referido anteriormente, num estudo realizado por Conceição et al. (2014) foi evidenciada a importância de avaliar o petisco contínuo, na medida em que os instrumentos de avaliação permitem recolher informação pertinente. Para tal, foi mencionado um questionário de autorrelato - Rep(eat)-Q (*Repetitive Eating Questionnaire*) que indica o padrão alimentar de petisco contínuo (Conceição et al., 2014).

Neste sentido, a pertinência do presente estudo prende-se com o facto de existir uma necessidade de maior entendimento deste comportamento alimentar – petisco contínuo – na infância/adolescência e, ainda, perceber como este questionário de autorrelato poderá ser vantajoso para um tratamento mais eficaz na obesidade. Deste modo, a importância de avaliar o petisco contínuo nesta população específica conduz à necessidade de validar o questionário Rep(eat)-Q, sendo este o principal objetivo do estudo.

Metodologia

É de referir que, a presente investigação está incluída num protocolo mais amplo cujo objetivo geral é examinar a eficácia bem como a relação custo-eficácia de um programa psicoeducacional para adolescentes com obesidade e excesso de peso, através de um programa na *internet*.

Amostra

Para a realização do presente estudo, a amostra foi recolhida em contexto hospitalar, no Centro Hospitalar do Porto, mais precisamente no Centro Materno Infantil do Norte e no Centro Hospitalar de São João. Os critérios de exclusão do presente estudo foram: deficiência intelectual; uso de bengala, alteração morfo-funcional ou amputação de membros inferiores; estar inscrito noutras intervenções para perda de peso (por exemplo, prática privada de nutricionistas e/ou psicólogos). Por outro lado, os critérios de inclusão foram os seguintes: idade compreendida entre os 13 e 18 anos de idade; IMC percentil ≥ 85 ; e, ter um primeiro compromisso médico agendado para qualquer consulta multidisciplinar da obesidade em ambientes médicos portugueses públicos.

Instrumentos

Questionário de dados clínico-sociodemográfico e dados antropométricos e indicadores bioquímicos.

Inclui dados sociodemográficos e antropométricos dos pais e da criança/adolescente (por exemplo: idade, sexo, ano de escolaridade, peso, altura, contactos).

Repetitive Eating Questionnaire (Rep(eat)-Q; Conceição et al., 2014).

É um questionário de autorrelato, que tem como objetivo avaliar se o petisco contínuo se verificou durante o último mês (Conceição et al., 2014). É constituído por 15 itens, avaliados numa escala de *Likert* de 7 pontos (em que 0 corresponde a “nunca” e 6 a “mais que uma vez em todos os dias da semana”) (Conceição et al., 2014). A pontuação total pode variar entre 0 e 90 pontos, sendo que uma pontuação mais alta indica um padrão alimentar do tipo Petisco Contínuo (Conceição et al., 2014).

Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (ChEAT).

Este instrumento, na sua versão original, é designado *Infantil Eating Attitudes Test*, dos autores Maloney, McGuire, e Daniels (1988) e, foi validado para a população portuguesa por Teixeira et al. (2012). Tem como objetivo avaliar a presença de perturbações alimentares e, é composto por 26 itens numa escala de *Likert* que oscila entre 1 (sempre) a 6 (nunca) (Teixeira et al., 2012). É organizado por quatro subescalas, nomeadamente, medo de engordar, comportamentos purgativos e de restrição, preocupação com a comida e, por último, pressão social para comer (Teixeira et al., 2012). A pontuação pode variar entre 0 e 78, sendo que uma maior pontuação indica perturbação do comportamento alimentar (Teixeira et al., 2012).

Escala de Alimentação Intuitiva-2 (EAI-2).

Designada *Intuitive Eating Scale (IES)* pelos seus autores Tylka e Kroon Van Diest (2013) e, traduzida e adaptada para português por Duarte, Pinto Gouveia, e Mendes (2015), é composta por 23 itens e pretende avaliar quatro componentes da alimentação intuitiva: permissão incondicional de comer quando está com fome e o alimento é desejado (UPE); alimentação realizada por razões físicas em vez de emocionais (EPR); dependência de sinais de fome e de saciedade para determinar quando e quanto se vai comer (RHSC); e, se existem escolhas congruentes entre as necessidades do corpo e a alimentação (B-FCC) (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). A escala é respondida através de uma escala de Likert que varia entre 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente) (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Pontuações mais elevadas nesta escala indicam hábitos alimentares mais positivos (Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

Escala do Comportamento Impulsivo (UPPS-P).

Desenvolvida por Whiteside, Lynam, Miller, e Reynolds (2005), é designada de *Impulsive Behavior Scale* pelos seus autores. Pretende medir a impulsividade baseada nas dimensões do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (Lynam, Smith, Whiteside, & Cyders, 2006). Este instrumento é composto por 59 itens distribuídos por cinco subescalas: urgência negativa; urgência positiva; falta de premeditação; falta de perseverança e, procura de sensações (Lynam et al., 2006). Para avaliar este instrumento recorre-se a uma escala tipo *Likert* de 1 (concordo completamente) a 4 (discordo completamente) (Whiteside et al., 2005). Apenas foi administrada uma das subescalas, designadamente a subescala (urgência negativa), constituída por 12 itens que avalia a tendência do indivíduo ceder a impulsos fortes, particularmente quando acompanhado de emoções fortes como, ansiedade, raiva ou depressão (Whiteside et al., 2005).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Este instrumento foi designado de *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* pelos seus autores Lovibon e Lovibon em 1995, e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004). É composto por 21 itens, divididos de modo igual e distribuídos por três subescalas: ansiedade, depressão, e stress, que são respondidas, tendo em conta a última semana, numa escala de Likert que varia de 0 (não se aplica nada a mim) a 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes), em que uma pontuação mais elevada diz respeito a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Procedimento

Foi necessário, numa primeira fase, fornecer os critérios de inclusão e de exclusão aos profissionais de saúde que realizam as consultas médicas com a amostra de interesse e, na primeira consulta médica, após averiguar os potenciais participantes do estudo, tendo em conta estes critérios, foram convidados a participar no estudo. Posto isto, os participantes e os seus pais foram convocados a assinar o consentimento informado, assim como a fornecer informações de contacto. Posteriormente, contactámos os adolescentes que aceitaram participar através do *email* e o *link* dos questionários foi anexado para que fosse possível o seu preenchimento, numa plataforma *online*, o *Qualtrics*. O presente estudo irá trabalhar os dados recolhidos no momento inicial de avaliação do programa de intervenção.

A recolha de dados decorreu ao longo de sete meses, entre outubro de 2016 e o início do mês de maio de 2017. Ao longo deste processo, foram cumpridos todos os requisitos presentes no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos (OPP), nomeadamente a nível do consentimento informado, privacidade e confidencialidade, assim como a participação voluntária.

Análise de Dados

Relativamente aos procedimentos estatísticos, estes foram conduzidos no programa de tratamento de dados quantitativos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (para *Windows*).

Foi realizada uma análise fatorial e verificou-se a sensibilidade, a validade e a fidelidade. Relativamente à fidelidade, foi analisado o *alfa de Cronbach*. Atinente à sensibilidade, verificou-se, se os indivíduos consideraram todas as categorias de resposta (0=nunca a 6=todos os dias). Quanto à análise exploratória de dados, com recurso ao método de extração de componentes principais, analisou-se a estrutura fatorial do Rep(eat)-Q. Os pressupostos para realizar esta análise, verificando-se a adequação desta, foram averiguados recorrendo à análise dos valores do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), e do teste de esfericidade de Bartlett. Para garantir que o Rep(eat)-Q se relaciona com instrumentos que avaliam processos idênticos (validade convergente), entre este instrumento e o Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (ChEAT), bem como com as subescalas deste, uma vez que é validado para a população portuguesa jovem, realizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (*rs*), o mesmo aconteceu em relação à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), e à Escala de Alimentação Intuitiva (EAI) com o Rep(eat)-Q.

O Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) foi efetuado entre o Rep(eat)-Q e medidas de impulsividade (UPPS-P).

Por último, foram realizadas análises do Rep(eat)-Q com variáveis sociodemográficas de interesse, recorrendo a testes estatísticos. Para analisar a associação entre o Rep(eat)-Q e o percentil de IMC, IMC z-score e a idade foi realizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r). Foi utilizado o Teste t para amostras independentes com o intuito de avaliar as diferenças entre rapazes e raparigas quanto ao total do Rep(eat)-Q.

Resultados

A amostra do presente estudo foi constituída por 166 adolescentes de ambos os sexos, 105 (63.3%) do sexo feminino e 61 (36.7%) participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e 18 anos ($M = 15.12$, $DP = 1.583$), em que 122 (100%) se encontravam entre o percentil 85 e 100 de IMC. Da totalidade dos participantes, 73 (44.0%) frequentavam o ensino básico, 51 (30.7%) o ensino secundário, 30 (18.1%) o ensino profissional, 2 (1.2%) a universidade e, 1 (.6%) encontrava-se a trabalhar. O ano de escolaridade dos participantes variou, sendo que 5 (3.0%) frequentavam o 6º ano, 6 (3.6%) o 7º ano, 37 (22.3%) o 8º ano, 29 (17.5%) o 9º ano, 33 (19.9%) o 10º ano, 27 (16.35%) o 11º ano, e 19 (11.45%) frequentavam o 12º ano.

Relativamente ao estado civil, 107 (64.5%) das mães estavam casadas e 105 (63.3%) dos pais também. No geral, as mães apresentaram maior nível de escolaridade que os pais dos participantes. Ao nível da empregabilidade dos pais, a maior parte encontrava-se empregada a tempo inteiro (Tabela 1).

Tabela 1

Caraterização da amostra

	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade			
Pai		46.72	6.11
Mãe		44.29	5.22
Ano escolaridade – Pai			
6º ano	39 (23.5%)		
Ano escolaridade – Mãe			
9º ano	41 (24.7%)		
Empregabilidade – Pai			
Empregado a tempo inteiro	121 (72.9%)		
Desempregado	16 (9.6%)		
Empregabilidade – Mãe			
Empregada a tempo inteiro	107 (64.5%)		
Desempregada	39 (23.5%)		

Análise Fatorial Exploratória e Validade de Construto

Analisando os valores resultantes dos testes KMO (.907), Bartlett ($X^2(66) = 1276.530$, $p < .001$) e, o número de sujeitos por cada item, sendo que o instrumento tem um total de 15 itens foi de encontro às recomendações e verificou-se que recorrer à análise fatorial exploratória é apropriado. Nesta análise, verificou-se que três dos quinze itens constituintes da escala (composta por dois fatores, obtidos através do método de rotação ortogonal, nomeadamente, *Varimax* com Normalização de *Kaiser* e, tendo em conta as saturações de cada item em cada um dos fatores obtidos), saturavam abaixo de .30 (itens 5; 12 e 15), tendo sido eliminados. Desta forma, consideraram-se 12 itens para a validação do questionário para a população adolescente portuguesa.

Relativamente aos valores das comunalidades, estas variaram entre .498 e .784, nos itens 10 e 9, respetivamente, revelando-se adequadas.

Foi evidenciado, através da análise dos valores próprios/*eigenvalues*, que dois fatores foram retidos. De acordo com o critério de *Kaiser*, estes dois fatores explicam 64.9% da variância total, sendo que 55.0% deveu-se exclusivamente ao primeiro fator e 9.8% ao

segundo. Recorrendo ao método de rotação, pode-se observar a saturação de cada item em cada um dos dois fatores, sendo que o primeiro fator engloba seis itens no total (6, 7, 8, 9, 13, 14), onde as saturações variam entre .588 e .807 e, o segundo fator engloba também seis itens no total (1, 2, 3, 4, 10, 11), constatando-se que apresentam saturações entre .569 e .832 (Tabela 2).

Tabela 2

Saturação de cada item nos dois fatores obtidos

	Fatores	
	1	2
Rep(eat)_1	.293	.709
Rep(eat)_2	.145	.720
Rep(eat)_3	.302	.813
Rep(eat)_4	.272	.832
Rep(eat)_6	.789	.348
Rep(eat)_7	.729	.437
Rep(eat)_8	.760	.352
Rep(eat)_9	.807	.364
Rep(eat)_10	.370	.601
Rep(eat)_11	.449	.569
Rep(eat)_13	.805	.068
Rep(eat)_14	.588	.407

Consistência interna do Rep(eat)-Q e dos Fatores

No que respeita à consistência interna, mais concretamente o *alfa de Cronbach*, da totalidade da escala com 12 itens, o valor obtido é consideravelmente elevado ($\alpha = .923$), contribuindo a eliminação dos três itens (5; 12 e, 15) para melhorias ao nível da consistência interna da totalidade da escala. Considerando cada um dos dois fatores isoladamente, apuraram-se valores elevados como $\alpha = .898$ e $\alpha = .868$, correspondentes ao primeiro e segundo fator respetivamente.

Os resultados relativos à correlação entre o fator 1 e o fator 2 do Rep(eat)-Q apontam para valores significativos ($r_s = .69, p < .000$). Analisando a correlação entre o valor total do

Rep(eat)-Q e os fatores 1 e 2, verificou-se também, que foi estatisticamente significativa ($r_s = .93, p < .000$) e ($r_s = .90, p < .000$), respetivamente.

Correlações com variáveis antropométricas e demográficas

A correlação deste instrumento e dos seus fatores com o percentil de IMC e com o IMC z-score, não foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

Também, não foram identificadas diferenças significativas entre os sexos ao nível do total do Rep(eat)-Q, $t(164) = .91, p = .365$, bem como no fator 1, $t(164) = 1.81, p = .072$, e no fator 2 deste instrumento $t(164) = .095, p = .924$.

Tabela 3

Correlação do Rep(eat)-Q e dos seus fatores com variáveis sociodemográficas e com os restantes instrumentos de autorrelato

	Rep(eat)- Total	Rep(eat)- F1	Rep(eat)- F2
IDADE	.070	.136	.021
IMC_PERCENTIL	.039	-.012	.015
IMC_Z-SCORE	.056	.025	.026
ChEAT			
ChEAT_Total	.220**	.302**	.076
ChEAT_Medo	.221**	.287**	.098
ChEAT_Comp.	-.172*	-.073	-.281**
ChEAT_Preocup.	.393**	.514**	.386**
ChEAT_Pressão	.021	.019	.036
EADS-21			
Ansiedade	.285**	.397**	.135
Depressão	.346**	.401**	.241**
Stress	.313**	.383**	.183*
EAI			
EAI_Total	.067	.097	.009
EAI_Upe	.249**	.247**	.201**
EAI_Epr	-.018	.015	-.048

EAI_Rhsc	-.068	-.053	-.093
EAI_B-fcc	.021	.040	-.005
UPPS_Urg_Neg^a	.384**	.305**	.284**

Nota. Rep(eat)_Total – Score total do questionário repetitive eating; Rep(eat) F1 – fator 1; Rep(eat) F2 – fator 2; IMC_percentil – Percentil do índice de massa corporal; ChEAT_Total – Teste de atitudes alimentares para crianças e adolescentes; ChEAT_Medo – Subescala medo de engordar; ChEAT_Comp. – Subescala comportamentos purgativos e de restrição; ChEAT_Preocupa. – Subescala preocupação com a comida; ChEAT_Pressão – Subescala pressão social para comer; EADS-21 – Escala de ansiedade, depressão e stress; EAI – Score total da escala de alimentação intuitiva; EAI_UPE – Subescala permissão incondicional de comer quando está com fome e o alimento é desejado; EAI_EPR – Subescala alimentação realizada por razões físicas em vez de emocionais; EAI_RHSC – Subescala dependência de sinais de fome e de saciedade para determinar quando e quanto vão comer; EAI_B-FCC – Subescala escolhas congruentes entre as necessidades do corpo e a alimentação; UPPS_Urg_Neg: Subescala urgência negativa da escala do comportamento impulsivo; ^a Coeficiente de correlação de *pearson* (*r*) **p*<.05; ***p*<.001; Os outros valores representam os coeficientes de correlação de *spearman* (*rs*) **p*<.05; ***p*<.01

Validade convergente

Quanto à validade convergente, verificou-se que o total do Rep(eat)-Q e os fatores 1 e 2 se correlacionam positivamente com a subescala preocupação com a comida do instrumento ChEAT (Tabela 3). Também se verificou uma correlação no sentido positivo, entre o total do ChEAT e a subescala medo de engordar, com o total do Rep(eat)-Q e o fator 1 (Tabela 3). A subescala de comportamentos purgativos e de restrição do ChEAT correlacionou-se no sentido negativo com o total do Rep(eat)-Q e com o fator 2 (Tabela 3). Não foram evidenciadas correlações entre o total do Rep(eat)-Q e os fatores deste instrumento com a subescala pressão social para comer do ChEAT (Tabela 3).

Analisando os resultados obtidos no EADS-21, verificaram-se correlações positivas significativas, nomeadamente ao nível das três subescalas, ansiedade, depressão e stress com o total do Rep(eat)-Q, bem como entre o fator 1 do Rep(eat)-Q e as três subescalas do EADS-21. No que diz respeito ao fator 2 do Rep(eat)-Q, este apenas se correlacionou com as subescalas depressão e stress (Tabela 3).

Averiguou-se também, uma correlação positiva significativa entre a subescala permissão incondicional de comer quando está com fome e o alimento é desejado do EAI com o total do Rep(eat)-Q e com ambos os fatores deste (Tabela 3).

Por outro lado, o Rep(eat)-Q, mais precisamente a sua totalidade, e ambos os fatores deste instrumento, relacionam-se estatisticamente no sentido positivo de modo significativo com o UPPS-P (urgência negativa) (Tabela 3).

Discussão

Este questionário, já com validação para a população não clínica e também para a população clínica, é agora proposta uma contribuição para a validação deste na população adolescente com excesso de peso ou obesidade, com um número significativo de participantes ($n = 166$). É de referir que parece ser um bom indicador de fidelidade e de validade, apresentando valores de consistência interna bastante significativos, com um *alfa de Cronbach* de ($\alpha = .923$), revelando também ser um bom preditor para estudos futuros.

Relativamente à análise das correlações do Rep(eat)-Q com variáveis sociodemográficas como a idade, o sexo, o IMC z-score e o percentil de IMC no momento da avaliação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Estudos prévios, vão de encontro aos resultados deste estudo relativo ao IMC, e indicam que esta variável não se correlacionou com o petisco contínuo (Reas et al., 2012; Conceição et al., 2013). Também Masheb et al. (2013) concluíram que o petisco contínuo não se correlacionou com o sexo e a idade dos participantes diagnosticados com obesidade. Estes resultados podem ter surgido, uma vez que todos os participantes do estudo se encontravam num percentil de IMC ≥ 85 , não existindo assim uma correlação significativa. Apesar de não serem analisados resultados com diferenças estatisticamente significativas neste estudo, no que diz respeito a estas variáveis, não prediz que estas não sejam pertinentes.

Teixeira et al. (2012) referem que o ChEAT avalia atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes, nomeadamente distúrbios alimentares. Neste sentido, foram observadas correlações de quatro das subescalas deste instrumento com o Rep(eat)-Q e os fatores 1 e 2. Relativamente ao total do ChEAT e à subescala medo de engordar, estes correlacionaram-se significativamente com o total do Rep(eat)-Q e o fator 1; a subescala preocupação com a comida correlacionou-se com o total do Rep(eat)-Q e com ambos os fatores deste instrumento de forma significativa, o que nos demonstra que quanto maior é o comportamento de petisco contínuo, maiores serão as probabilidades de ter medo de engordar, e de se preocuparem com a comida. Por outro lado, a subescala comportamentos purgativos e restritivos do ChEAT correlacionou-se significativamente no sentido negativo com o Rep(eat)-Q e com o fator 2, evidenciando que quanto mais petisco contínuo menos

comportamentos purgativos e de restrição. Estes resultados mostram-nos que apesar da existência de petisco contínuo nos adolescentes, não existem necessariamente comportamentos de compensação. Conceição et al. (2013) relataram a falta de associação entre petisco contínuo e comportamentos compensatórios, colocando-se a questão de o petisco contínuo ser considerado um comportamento alimentar mal adaptativo, disfuncional, ou apenas um comportamento alimentar normativo fora do espectro das perturbações do comportamento alimentar. Ainda Conceição et al. (2013), questionaram-se acerca do significado clínico do questionário de autorrelato Rep(eat)-Q entre sujeitos com perturbações alimentares, pois o petisco contínuo não estava associado com o aumento da incapacidade psicológica, nem com o comportamento alimentar disfuncional. Pelo contrário, Saunders (2004) considerou o petisco contínuo como uma perturbação do comportamento alimentar. Tendo em conta as várias opiniões, já Masheb et al. (2011) propuseram estudos futuros com o intuito de perceber se o petisco contínuo poderia realmente considerar-se um comportamento alimentar atípico. Neste sentido, e tendo em conta os resultados obtidos, o petisco contínuo parece ter implicações negativas nas perturbações do comportamento alimentar, tal como acontece na obesidade, porém este comportamento poderá exigir mais dos investigadores da área para gerar um melhor entendimento.

Relativamente à análise dos valores resultantes do EAI, sobressai a única correlação existente, entre a subescala permissão incondicional de comer quando está com fome e o alimento é desejado, com o total do Rep(eat)-Q e os fatores 1 e 2. Esta relação demonstra que existe uma maior permissão incondicional de comer quando os adolescentes estão com fome e o alimento é desejado, contribuindo para um maior comportamento de petisco contínuo.

Também, foi encontrada uma correlação no sentido positivo entre três fatores emocionais (ansiedade, depressão e stress) avaliados através do EAI e o aumento do petisco contínuo. Segundo Conceição et al. (2014) a associação entre estados psicopatológicos e o petisco contínuo não é clara. Porém Saunders (2004) aponta para que alguns estados psicológicos, como por exemplo as emoções negativas possam ser possíveis fatores precipitantes deste comportamento, o que vai de encontro aos dados relatados.

A correlação positiva do UPPS-P (urgência negativa) com o total do Rep(eat)-Q e os fatores 1 e 2, mostrou que quanto mais impulsividade comportamental, maior a frequência de petisco contínuo. Este resultado pode ser corroborado com o que defende Anestis, Selby, Fink, e Joiner (2007), há maior probabilidade de exibirem comportamentos alimentares desadaptativos os indivíduos com maiores níveis de impulsividade. A urgência negativa, segundo Fischer et al. (2008), é o domínio da impulsividade caracterizado pela tendência em

ceder a comportamentos impulsivos em caso de afetos negativos, sendo que este domínio demonstrou uma ligação forte com comportamentos alimentares atípicos.

Alusivo às validações realizadas anteriormente, ambas evidenciaram boa consistência interna do Rep(eat)-Q. A nível psicométrico, mais precisamente no que diz respeito ao número de itens constituintes da escala, esta proposta de validação está em conformidade com as anteriores, pois a escala original era composta por 15 itens e passou a 12 itens com a eliminação de três itens (5; 12; 15). Neste estudo o fator 1, que engloba os itens (6; 7; 8; 9; 13 e 14), parece corresponder ao subtipo compulsivo, por exemplo: “Não querer comer, mas sentir que não consegue evitar de comer” ou “Não conseguir evitar petiscar comida mesmo estando a tentar resistir”; já o fator 2 com os itens (1; 2; 3; 4; 10 e 11) aparenta o subtipo não compulsivo, por exemplo: “Comer pequenas quantidades de comida de forma repetitiva e não planeada” ou “Petiscar comida ao longo do dia sem prestar atenção ao que está a fazer”, o que parece ir de encontro aos dois subtipos de petisco contínuo e aos resultados encontrados por Conceição et al. (2014).

Apesar deste estudo evidenciar boas propriedades psicométricas para que seja possível a validação deste instrumento, existem alguns aspetos que podem sugerir estudos futuros. É provável que um estudo com uma amostra representativa sujeita aos mesmos procedimentos e, comparando com uma população adolescente não obesa, possa evidenciar diferenças ao nível do comportamento de petisco contínuo, quanto a variáveis como a idade, sexo, percentil de IMC e IMC z-score.

Também as dúvidas existentes, relativamente a considerar ou não o petisco contínuo como um comportamento que evidencia perturbação, são notórias. Existe a necessidade de melhor compreender o petisco contínuo como um distúrbio alimentar ou não, devido às incertezas apontadas em estudos anteriormente mencionados. Todavia torna-se patente, aquando da análise dos resultados, que existe uma relação entre o comportamento alimentar petisco contínuo e a ansiedade, depressão e stress, bem como com as subescalas do ChEAT, este que avalia a presença de distúrbios alimentares. Neste sentido, os resultados obtidos vêm reforçar a necessidade de estudos futuros com um maior número de sujeitos, com o propósito de avaliar esta lacuna, mas sobretudo chegar a um consenso neste âmbito.

É necessário, ainda, contribuir para um melhor entendimento deste comportamento, em particular na população adolescente com excesso de peso e com obesidade, para que se torne possível: averiguar os efeitos a longo prazo do petisco contínuo perante um tratamento de perda de peso; melhorar a avaliação destes pacientes, com o objetivo de lhes possibilitar um tratamento adequado às necessidades, com uma equipa multidisciplinar que integre vários

profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos e, posteriormente, uma recuperação que seja aliada a um estilo de vida saudável.

Conclusão

Em suma, neste estudo, o Repetitive Eating Questionnaire (Rep(eat)-Q) apresentou boas características psicométricas e revelou os dois subtipos de petisco contínuo: compulsivo e não compulsivo, tal como na escala original (Conceição et al., 2014). Apesar da obesidade ser um problema de saúde, os resultados relatados, nomeadamente as correlações entre o Rep(eat)-Q e instrumentos como a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e o Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (ChEAT), indicam que apesar desta doença ser bastante investigada, alguns comportamentos que lhe estão associados exigem mais atenção por parte dos investigadores no que diz respeito à associação desta com variáveis psicológicas e com o petisco contínuo. A relação do Rep(eat)-Q com a Escala de Comportamento Impulsivo (urgência negativa) vem justificar uma parte do comportamento - petisco contínuo - como resultado de impulsividade ou maior perda de controlo (subtipo compulsivo).

Torna-se relevante o presente estudo, na medida em que possa suscitar o interesse na investigação do comportamento petisco contínuo, sobretudo no que diz respeito aos adolescentes com excesso de peso ou obesidade, de modo a contribuir para o seu bem-estar físico, mas também psicológico, tendo em conta que o petisco contínuo está associado aos ganhos de peso, mas considerando também as consequências futuras que este pode acarretar.

A validação de um questionário para esta população específica tem utilidade a vários níveis. Assim, espera-se de alguma forma que este estudo permita uma melhoria da compreensão deste fenómeno nos adolescentes e que, no futuro, possa ajudar para uma avaliação adequada dos comportamentos alimentares nesta faixa etária, podendo-se detetar precocemente. Além disso, poderá orientar os profissionais de saúde quanto a tratamentos mais eficazes e adequados, evitando que este comportamento alimentar se reflita na vida adulta dos adolescentes.

Referências

- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 718-726. doi:10.1002/eat.2047
- Bhattacharjee, P., Mukhopadhyay, S., Joshi, P., & Singh, S. (2017). Food habits and obesity: A study in adolescents. *International Journal of Contemporary Pediatrics, 4*, 336-340. doi:10.18203/2349-3291.ijcp20170526
- Bibiloni, M. D. M., Pons, A., & Tur, J. A. (2013). Prevalence of overweight and obesity in adolescents: A systematic review. *ISRN obesity, 2013*, 1-14. doi:10.1155/2013/392747
- Brolin, R. L., Robertson, L. B., Kenler, H. A., & Cody, R. P. (1994). Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of Surgery, 220*(6), 782-790.
- Burgos, M. S., Reuter, C. P., Possuelo, L. G., Valim, A. R. D. M., Renner, J. D. P., Tornquist, L., ... Gaya, A. R. (2015). Obesity parameters as predictors of early development of cardiometabolic risk factors. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 2381-2388. doi:10.1590/1413-81232015208.11672014
- Busetto, L., Segato, G., De Marchi, F., Foletto, M., De Luca, M., Caniato, D., ... Enzi, G. (2002). Outcome predictors in morbidly obese recipients of an adjustable gastric band. *Obesity Surgery, 12*, 1-10. doi:10.1381/096089202321144649
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*(2), 251-257.
- Carter, F. A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target?. *Appetite, 58*, 1063-1069. doi:10.1016/j.appet.2012.01.016
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity, 16*, 615-622. doi:10.1038/oby.2007.101

- Conceição, E. M., Crosby, R., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Simonich, H. K., ... Grange, D. (2013). Picking or nibbling: Frequency and associated clinical features in bulimia nervosa, anorexia nervosa, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 815-818. doi:10.1002/eat.22167
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Machado, P. P., Lancaster, K., & Wonderlich, S. A. (2014). What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *10*, 973-982. doi:10.1016/j.soard.2014.05.002
- Dietz, W. H. (1994). Critical periods in childhood for the development of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *59*(5), 955-959.
- Direção-Geral de Saúde. (2006). Disponível em:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Mendes, A. (2015, Julho). Turning towards adaptive eating behaviours: Examination of the portuguese version of the Intuitive Eating Scale-2 and its association with decentering and body image flexibility. Poster apresentado na Conferência Mundial Annual ACBS 13, Berlin, Germany.
- Fischer, S., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1413-1425. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.001
- Hainer, V., Toplak, H., & Mitrakou, A. (2008). Treatment modalities of obesity: What fits whom?. *Diabetes Care*, *31*, 269-277. doi:10.2337/dc08-s265
- Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L., Malik, V. S., Rimm, E. B., Sun, Q., ... Hu, F. B. (2016). Determinants and consequences of obesity. *American Journal of Public Health*, *106*, 1656-1662. doi:10.2105/AJPH.2016.303326
- Kass, A. E., Accurso, E. C., Goldschmidt, A. B., Anam, S., Byrne, C. E., Kinasz, K., ... Le Grange, D. (2015). Picking and nibbling in children and adolescents with eating

- disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 1102-1105.
doi:10.1002/eat.22444
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: Results of an internet survey. *Obesity*, 18, 1938-1943. doi:10.1038/oby.2010.27
- Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P., & Cyders, M. A. (2006). The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (Technical Report). West Lafayette: Purdue University.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 541-543.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 618-624.
- Masheb, R. M., Roberto, C. A., & White, M. A. (2013). Nibbling and picking in obese patients with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(4), 424-427.
- Nicklas, T. A., Yang, S. J., Baranowski, T., Zakeri, I., & Berenson, G. (2003). Eating patterns and obesity in children: The bogalusa heart study. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 9-16. doi:10.1016/S0749-3797(03)00098-9
- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27, 20-31.
doi:10.1037/0278-6133.27.1(Suppl.).S20
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Raj, M., & Kumar, R. K. (2010). Obesity in children & adolescents. *Indian Journal of Medical Research*, 132(5), 598-607.

- Reas, D. L., Wisting, L., Kapstad, H., & Lask, B. (2012). Nibbling: Frequency and relationship to BMI, pattern of eating, and shape, weight, and eating concerns among university women. *Eating Behaviors, 13*, 65-66. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.10.005
- Sardinha, L. B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., ... Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of 10–18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity, 6*, 124-128. doi:10.3109/17477166.2010.490263
- Saunders, R. (2004). "Grazing": a high-risk behavior. *Obesity Surgery, 14*, 98-102. doi:10.1381/096089204772787374
- Savidge, G., MacFarlane, A., Ball, K., Worsley, A., & Crawford, D. (2007). Snacking behaviours of adolescents and their association with skipping meals. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 4*, 1-9. doi:10.1186/1479- 5868-4-36
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 17*, 95-107. doi:10.1111/obr.12334.
- Stern, J. S., & Kazaks, A. (2009). *Obesity: A reference handbook* (1st ed.). Santa Barbara, California: ABC-CLIO.
- Teixeira, M. D. C. B., Pereira, A. T. F., Saraiva, J. M. T., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S. C., ... Macedo, A. J. F. D. (2012). Portuguese validation of the children's eating attitudes test. *Revista de Psiquiatria Clinica, 39*(6), 189-193.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 137-153. doi:10.1037/a0030893
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality, 19*, 559-574. doi:10.1002/per.556

World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*.

Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/