



Adição alimentar, regulação emocional, urgência negativa e petisco contínuo numa população universitária

UMinho | 2022

Carolina de Oliveira Guimarães



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carolina de Oliveira Guimarães

**Adição alimentar, regulação emocional,
urgência negativa e petisco contínuo
numa população universitária**

junho de 2022



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Carolina de Oliveira Guimarães

**Adição alimentar, regulação emocional,
urgência negativa e petisco contínuo numa
população universitária**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

junho de 2022

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

À Professora Doutora Sónia Gonçalves, por todo o ensino, apoio e disponibilidade. Pela orientação sempre construtiva, marcada pela gentileza e pelo incentivo à curiosidade. Pelo otimismo e pelos conhecimentos transmitidos, fundamentais para a concretização deste projeto.

À minha família, sempre se fazendo presente mesmo que geograficamente distante, por todo o carinho e encorajamento. Em especial, agradeço aos meus pais por serem tão compreensivos e por me ajudarem a trilhar o caminho que escolhi.

Ao Hélder, por acreditar tanto em mim e por ter abraçado esta aventura comigo. Pela alegria e entusiasmo diários, mesmo diante dos momentos difíceis. Por conseguir tornar tudo mais simples, e por estar sempre ao meu lado.

À Hélia e ao Marcos, pelo convívio, por terem sido uma fonte de partilha de inseguranças e alegrias, e por toda a ajuda.

Às minha amigas de percurso, Carolina Andriola, Beatriz Brito, Dayanne Farias e Helena Vianna, pelo companheirismo, risadas, trocas e vivências particulares que nos uniram. Saibam que fizeram toda a diferença, e essa trajetória certamente não teria sido a mesma sem vocês!

A todos os meus amigos que tornaram e ainda tornam a minha vida mais leve. Obrigada por estarem sempre comigo.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Carolina de Oliveira Guimarães

Braga, 6 de junho de 2022

Adição alimentar, regulação emocional, urgência negativa e petisco contínuo numa população universitária

Resumo

Introdução: A adição alimentar (AA) é uma conceptualização emergente que aborda os possíveis processos aditivos relacionados aos alimentos hiperpalatáveis, e aparece muitas vezes associada a problemas do comportamento alimentar, dificuldades na regulação emocional, urgência negativa e sobrepeso.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo (1) avaliar e caracterizar a frequência de AA numa população universitária; (2) comparar os grupos com e sem AA considerando as dificuldades de regulação emocional, a urgência negativa e o petisco contínuo; (3) avaliar os preditores de AA; e (4) perceber se existem e quais são os moderadores presentes nas associações entre a AA e as demais variáveis.

Método: Foram avaliados 338 estudantes universitários, de ambos os sexos, através de instrumentos de autorrelato num único momento.

Resultados: A frequência de AA nesta população foi de 10.7%. Participantes com AA apresentaram maiores dificuldades de regulação emocional, maior urgência negativa e maior petisco contínuo. As dificuldades de regulação emocional e o petisco contínuo mostraram-se preditores da AA, e a urgência negativa evidenciou um papel de moderação nestas relações.

Discussão: Além de apresentarem mais comportamentos de petisco contínuo, indivíduos com AA possuem défices no que diz respeito à regulação das emoções, agindo de forma mais precipitada diante de emoções negativas.

Palavras-Chave: adição alimentar, regulação emocional, urgência negativa, petisco contínuo, população universitária

Food addiction, emotion regulation, negative urgency and grazing in a university population

Abstract

Introduction: Food addiction (FA) is an emerging conceptualization that addresses the possible addictive processes related to hyperpalatable foods, and often appears associated with eating behavior problems, difficulties in emotional regulation, negative urgency and overweight.

Objectives: This study aimed to (1) assess and characterize the frequency of FA in a university population; (2) compare the groups with and without FA considering difficulties in emotional regulation, negative urgency, and grazing; (3) assess the predictors of FA; and (4) understand if there are and which are the moderators present in the associations between FA and the other variables.

Method: Three hundred and thirty-eight university students of both sexes were assessed using self-report instruments at a single time point.

Results: The frequency of FA in this population was 10.7%. Participants with FA had higher difficulties in emotional regulation, higher negative urgency, and higher grazing behavior. Difficulties in emotional regulation and grazing were predictors of FA, and the negative urgency evidenced a moderating role in these relations.

Discussion: In addition to presenting more grazing behaviors, individuals with FA have deficits regarding the regulation of emotions, acting more precipitately in the face of negative emotions.

Keywords: food addiction, emotional regulation, negative urgency, grazing, university population.

Índice

| | |
|--|----|
| Adição alimentar, regulação emocional, urgência negativa e petisco contínuo numa população universitária..... | 8 |
| Método..... | 12 |
| Participantes..... | 12 |
| Instrumentos..... | 12 |
| Procedimentos..... | 15 |
| Análise Estatística | 15 |
| Resultados | 16 |
| Frequência e Caracterização da Adição Alimentar em Estudantes Universitários..... | 16 |
| Adição Alimentar e Dificuldades na Regulação Emocional | 16 |
| Adição Alimentar e Urgência Negativa..... | 17 |
| Adição Alimentar e Petisco Contínuo..... | 18 |
| Associação entre o Diagnóstico de Adição Alimentar e as Demais Variáveis..... | 19 |
| Associação entre a Sintomatologia de Adição Alimentar e Demais Variáveis..... | 20 |
| Variáveis Predictoras da Adição Alimentar | 21 |
| Papel Moderador da UN na Relação Entre (1) as DRE e a Sintomatologia da AA e (2) o PC e Sintomatologia da AA | 23 |
| Discussão..... | 24 |
| Referências | 31 |
| Anexo: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas | 35 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente às Dificuldades na Regulação Emocional..... | 17 |
| Tabela 2. Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente à Urgência Negativa | 18 |
| Tabela 3. Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente ao Petisco Contínuo..... | 18 |
| Tabela 4. Correlações entre o diagnóstico de Adição Alimentar e variáveis em estudo..... | 19 |
| Tabela 5. Correlações entre a sintomatologia da AA, as DRE, a UN e o PC | 20 |
| Tabela 6. Regressão linear múltipla para analisar os possíveis preditores da sintomatologia da AA | 22 |

Adição alimentar, regulação emocional, urgência negativa e petisco contínuo numa população universitária

Os alimentos ultraprocessados têm ocupado um relevante lugar na rotina alimentar ocidental, sendo mais práticos e convenientes do que os alimentos convencionais e comumente vendidos sob a forma de *snacks*, os quais podem ser consumidos num curto período de tempo e em qualquer lugar (Monteiro et al., 2013). Frequentemente associada a estes alimentos hiperpalatáveis e à alimentação em excesso, a Adição Alimentar (AA) é uma conceptualização surgida na década de 1950, e a qual sugere que os efeitos que determinados alimentos têm no organismo humano são análogos ao padrão de sintomas descrito em processos aditivos relativos a outras substâncias, como as bebidas alcoólicas (Randolph, 1956).

Estes alimentos teriam características específicas, nomeadamente o alto teor de gordura, açúcar, agentes aromatizantes e conservantes—caracterizando-os como ultraprocessados—, além de possuírem em sua composição ingredientes que poderiam não só tornar os alimentos mais saborosos, mas também ativar o funcionamento cerebral de modo particular.

Estudos realizados em animais, por exemplo, sugerem que a tolerância e os sintomas de abstinência ocorrem em ratos que consomem açúcar, enquanto outras investigações alegam que estas substâncias interferem artificialmente no sistema de recompensa (Gearhardt et al., 2011; Gearhardt et al., 2009). Ademais, o consumo destes alimentos em excesso, como visualizado na AA, contribui para o aumento do risco de sobrepeso/obesidade, circunferência abdominal elevada, síndrome metabólica e níveis reduzidos de colesterol HDL (Pagliai et al., 2021; Askari et al., 2020).

Os tipos de alimentos envolvidos na condição da AA, assim, embora não se enquadrem na descrição tradicional de substâncias aditivas, ainda apresentam similaridades significativas quanto ao seu impacto. Desse modo, o Yale Food Addiction Scale Version 2.0 (YFAS 2.0; Gearhardt et al., 2016), instrumento que avalia a presença desta condição, utiliza parâmetros de medida que se espelham nos critérios para o diagnóstico da Perturbação por Uso de Substâncias (SUD) do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). De acordo com esta perspetiva, para que o diagnóstico de AA seja feito, o indivíduo deve apresentar dois ou mais sintomas—que perpassam comportamentos como o consumo alimentar em quantidades maiores do que o previamente planeado e a incapacidade de regular o consumo—acompanhados de comprometimento clínico significativo.

Não obstante ainda seja objeto de debate por parte da comunidade científica, estudos empíricos têm se debruçado sobre este conceito a fim de explorá-lo mais detalhadamente. Dessa

forma, a AA tem sido associada a um maior índice de massa corporal (IMC), a determinadas perturbações alimentares, como a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (BED) e a Bulimia Nervosa (BN), e a uma maior sintomatologia depressiva. A sua incidência é maior em mulheres do que em homens, e a sua prevalência em amostras não-clínicas varia entre 8.2% e 22.2% (Penzenstadler et al., 2019).

Adição Alimentar e Dificuldades na Regulação Emocional

Ainda dentre as investigações realizadas, a sintomatologia da AA tem sido associada às dificuldades na regulação emocional (DRE; Innamorati et al., 2017; Pivarunas & Conner, 2015). Conforme a perspectiva teórica de Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional é um mecanismo que diz respeito não à eliminação de uma emoção negativa, mas sim à sua regulação e modulação adaptativa, o que permite controlar o comportamento de forma mais adequada sem que a emoção seja necessariamente suprimida. De acordo com as autoras, a regulação emocional envolve os seguintes aspetos: consciência, entendimento e aceitação das próprias emoções; habilidade de executar comportamentos orientados por um objetivo; controlar os próprios impulsos ao experienciar emoções negativas; e ter a perceção de que tais estratégias de regulação emocional são eficazes.

A ausência ou deficiência dessas competências, por sua vez, são indicativas de DRE, as quais têm como resultado a ineficácia em modular, de maneira funcional, os afetos negativos diante de fatores stressores. Resultados obtidos por Tatsi e colaboradores (2019) demonstram que alguns destes aspetos da regulação emocional, quando insuficientes, são preditores da sintomatologia da AA. Ademais, indivíduos da população comunitária e que apresentam diagnóstico de AA também possuem maiores níveis de DRE (Bunio et al., 2021; Babaei et al., 2017).

Adicionalmente, análises realizadas por Hardy e colaboradores (2018) indicam que mulheres com diagnóstico de AA e mulheres com SUD apresentam maiores índices de DRE quando comparadas ao grupo controle. Além de suportarem alguns dos resultados acima expostos, este estudo também aproxima a AA e a SUD, uma vez que estes dois grupos não apresentaram diferenças estatísticas significativas. O consumo de determinados alimentos, portanto, funcionaria como estratégia desadaptativa de regular as próprias emoções nos sujeitos com DRE, havendo, neste cenário, uma componente aditiva.

Adição Alimentar e Urgência Negativa

Em estreita relação com este tema, a AA também parece estar relacionada à impulsividade, sobretudo à componente da urgência negativa (UN; Penzenstadler et al., 2019; Pivarunas & Conner, 2015), a qual se refere à tendência para tomar ações precipitadas quando se experiencia estados emocionais negativos. Ainda quanto a esta relação, Murphy e colaboradores (2014) averiguaram que a UN predizia de forma significativa os sintomas de AA, e que estava também indiretamente associada a um maior IMC.

Assim, a vivência destes estados emocionais intensos propiciaria uma tomada de decisão mais rápida face às pistas alimentares, fazendo com que os indivíduos se envolvessem em comportamentos alimentares aditivos a fim de evitar ou prevenir sentimentos como ansiedade, ou, ainda, sintomas físicos de abstinência—podendo isto resultar em consequências não premeditadas e prejudiciais.

Adição Alimentar e Petisco Contínuo

Ao investigar a possível relação entre o consumo de *snacks* por adolescentes e a UN, Coumans e colaboradores (2018) identificaram que os sujeitos com maiores níveis de UN consumiam mais *snacks* por dia, sendo estes *snacks* mais densos energeticamente (e.g., bolachas e chocolates). Tais resultados indicam que estes alimentos ricos em açúcar e gordura são mais eficazes em elevar o humor. Os adolescentes com níveis mais elevados de UN, então, estariam especialmente vulneráveis à disponibilidade de comidas calóricas mesmo não havendo a sensação de fome, viabilizando um possível aumento de peso.

O comportamento de consumo de *snacks* aqui referido remete ao petisco contínuo (PC), caracterizado pelo consumo repetitivo de quantidades pequenas ou modestas de comida num recorte temporal do dia, ou ainda ao longo de todo o dia, sendo que este consumo não é planeado e/ou não responde à sensação de fome. O PC pode ser dividido em dois subtipos, o Compulsivo—no qual o indivíduo sente que é incapaz de resistir ao comportamento—, e o Não-Compulsivo—em que o sujeito come ao longo do dia de forma distraída (Conceição et al., 2014).

Também de acordo com os autores, este comportamento é observado com relativa frequência em diversas populações, como nos indivíduos com perturbações alimentares, sujeitos com obesidade severa em processo de cirurgia bariátrica e amostras não-clínicas. Quanto às duas primeiras populações, alguns estudos têm examinado uma possível relação entre BED e PC, uma vez que alguns pacientes pós-cirurgia bariátrica, diagnosticados com BED antes deste

procedimento, acabaram por desenvolver o padrão de comportamento observado no PC, provavelmente devido às mudanças fisiológicas que impedem a ingestão de grandes quantidades de comida. No entanto, ainda se perpetuam algumas questões quanto a este comportamento na população comunitária.

No que diz respeito ao PC e a AA, Bonder e colaboradores (2018), ao realizarem uma investigação com uma amostra composta por estudantes universitários e participantes recrutados a partir de outro estudo colaborativo, obtiveram resultados indicativos de que o comportamento do PC, mais especificamente do PC Compulsivo, seria um preditor para a sintomatologia da AA—sendo esta a primeira investigação a abordar o PC no contexto da AA.

Neste sentido, Davis (2017) aponta para esta relação alegando que os comportamentos presentes em indivíduos com SUD não são restritos, mas sim diversos. Este facto poderia explicar o motivo pelo qual alguns sujeitos que apresentam sintomatologia para AA não cumprem os critérios para BED, embora os dois diagnósticos estejam frequentemente associados. Em outras palavras, indivíduos que possuem AA podem apresentar um padrão comportamental variável, desde a ingestão de grandes quantidades de comida num determinado momento, como observado em episódios de ingestão alimentar compulsiva, até formas mais temporalmente espaçadas e com uma quantidade de alimento reduzido, como é descrito no PC.

Objetivos

Destarte, a AA, a UN e as DRE são componentes que parecem interagir em torno de um comportamento alimentar desajustado, tendo como pano de fundo o crescente domínio dos alimentos hiperpalatáveis, ricos em substâncias potencialmente aditivas e nocivas à saúde. Esta relação, no entanto, ainda não foi exaustivamente investigada, principalmente no tocante ao contexto português e à população comunitária.

Além disso, a associação entre a AA e perturbações alimentares como BN e BED já foi abordada em estudos anteriores (Penzenstadler et al., 2019), sendo que, para esta última, estima-se uma taxa de comorbidade significativa de 50% (Davis, 2017). Desse modo, considera-se pertinente a necessidade de explorar de forma mais específica a relação entre a AA e o PC, uma vez que este campo ainda é incipiente e carece de mais informações, podendo contribuir de forma significativa para o debate científico que gira em torno da AA enquanto diagnóstico útil.

Assim, uma compreensão mais aprofundada no que concerne a estes fatores pode trazer mais esclarecimentos quanto ao papel da modulação de emoções negativas e da impulsividade

no fenómeno da AA, além de fornecer maiores elucidações acerca desta última no contexto do PC.

Este estudo, portanto, tem como principais objetivos (1) avaliar e caracterizar a frequência da AA numa população de estudantes universitários; (2) realizar uma análise comparativa entre os grupos com e sem AA, tendo em consideração as DRE, a UN e o PC; (3) explorar uma possível associação entre as quatro variáveis; (4) avaliar os preditores dos sintomas da AA nesta população, considerando as DRE, a UN e o PC; (5) e perceber se existem e quais são os moderadores presentes nas associações entre as variáveis.

Têm-se como hipóteses (1) a prevalência do diagnóstico de AA nas participantes do sexo feminino e nos participantes com um IMC mais elevado; (2) a verificação de níveis mais altos de DRE, UN e PC no grupo com diagnóstico de AA; (3) a existência de correlações positivas significativas entre a AA (diagnóstico e sintomatologia), DRE, UN e PC; (4) a existência de um papel preditor significativo das DRE, da UN e do PC quanto à sintomatologia da AA; (5) e a existência de variáveis moderadoras nas possíveis associações encontradas.

Método

Participantes

O estudo contou com 338 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ($M = 20.98$, $DP = 3.23$), sendo todos estudantes universitários residentes em Portugal. A maioria é do sexo feminino (91.4%), de nacionalidade portuguesa (91.7%), frequenta o curso de Psicologia (83.7%) e é solteira (97%). Além disso, a maior parte dos sujeitos frequenta o 3º ano de licenciatura (31.4%), seguido pelo 1º ano de licenciatura (24%) e pelo 1º ano de mestrado (17.2%). Relativamente à situação profissional, 91.1% são estudantes e 8.9% são estudantes-trabalhadores.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico: questionário concebido especificamente para este estudo, e que permitiu a recolha de dados no que se refere à idade, género, nacionalidade, estado civil, ciclo de estudos, situação profissional, curso frequentado, e dados antropométricos, como massa corporal e altura. Também estão aqui incluídas questões acerca da satisfação do participante em relação ao próprio peso—se gostaria de pesar menos, mais ou de manter o peso atual—, e perguntas sobre a existência prévia ou atual de alguma perturbação do

comportamento alimentar—para esta última pergunta, as respostas facultativas de múltipla escolha foram divididas em AN, BN, BED e “outros”.

Questionário para Adição Alimentar 2.0 (YFAS 2.0; Gearhardt et al., 2016; Gonçalves et al., 2022): escala desenvolvida para identificar os sinais de AA tendo como base os critérios de diagnóstico do DSM-5 para a SUD. É um instrumento de autorrelato composto por 35 itens numa escala Likert, e que visa a identificar o possível comportamento aditivo do sujeito em relação à comida nos últimos 12 meses.

Cada item varia do 0 (nunca) ao 7 (todos os dias), e são avaliados 11 critérios de diagnóstico, para além do comprometimento clínico: (1) consumo alimentar em quantidades maiores ou (2) durante um período de tempo maior que o previamente planeado; (3) desejo contínuo ou incapacidade de reduzir/parar o consumo; (4) atividades relevantes para o indivíduo são negligenciadas/abandonadas; (5) persistência do consumo mesmo quando este tem consequências físicas ou emocionais consideradas negativas; (6) tolerância; (7) sintomas de abstinência; (8) forte desejo de consumo, “craving”; (9) falha no cumprimento das funções e obrigações; (10) persistência do consumo apesar das consequências negativas no âmbito das interações sociais e interpessoais; e (11) consumo contínuo mesmo em circunstâncias que causam risco à integridade física.

Considerando estes critérios, o *score* total para esta escala é feito por meio da contagem dos sintomas presentes, variando, portanto, de 0 a 11. O diagnóstico de AA requer a presença de dois ou mais dos sintomas citados, acompanhados pelo comprometimento clínico. Ao apresentar dois ou três sintomas, considera-se AA leve; de quatro a cinco sintomas, o diagnóstico está a nível moderado; e a partir de seis sintomas, considera-se um grau severo de AA. Relativamente às suas propriedades psicométricas, o instrumento validado para a população portuguesa apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .95$).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida (DERS-SF; Kaufman et al., 2006; Moreira et al., 2020): instrumento de autorrelato originalmente desenvolvido por Gratz e Roemer (2004) e que tem como propósito avaliar dificuldades na regulação emocional, buscando fornecer uma perspetiva integrativa deste mecanismo. É constituído por 36 itens numa escala Likert que vai do 1 (quase nunca) ao 5 (quase sempre), e compreende seis domínios: Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias), Não Aceitação das Respostas Emocionais (Não-Aceitação), Falta de Consciência Emocional

(Consciência), Dificuldades no Controle de Impulsos (Impulsos), Dificuldades de Agir de Acordo com os Objetivos (Objetivos) e Falta de Clareza Emocional (Clareza).

Para calcular o *score* desta escala, deve-se somar a pontuação total de cada domínio e, posteriormente, somar o valor de cada domínio para se obter o *score* total. *Scores* mais altos indicam maiores dificuldades em regular as próprias emoções. Neste estudo, optou-se por aplicar a versão reduzida da escala, a qual contém 18 itens. A DERS-SF demonstrou ter uma boa consistência interna ($\alpha = .91$).

Escala do Comportamento Impulsivo – Subescala da Urgência Negativa (UPPS-P; Whiteside et al., 2005; Leandro, 2015): adaptada para o contexto não-clínico português, tem como objetivo avaliar a impulsividade enquanto constructo multidimensional através de uma escala Likert, composta por 59 itens que vão do 1 (concordo completamente) ao 4 (discordo completamente). Este instrumento examina a impulsividade mediante cinco fatores: urgência negativa, falta de premeditação, falta de perseverança, busca de sensações e urgência positiva, sendo esta última dimensão desenvolvida por Cyders e colaboradores (2007) e adicionada à escala posteriormente. A versão portuguesa deste instrumento apresentou boas propriedades psicométricas ($\alpha = .77$). Neste estudo, optou-se por utilizar apenas a subescala que afere a UN, composta por 12 itens.

Questionário para Petisco Contínuo (Repetitive Eating Questionnaire – Rep (Eat)-Q; Conceição et al., 2017): este questionário de autorrelato é composto por 12 itens, e tem como finalidade avaliar a existência e frequência do comportamento de petisco contínuo no último mês. Os itens são respondidos através de uma escala Likert de sete pontos, variando entre 0 (nunca) e 6 (todos os dias).

Este instrumento avalia o padrão de comportamento do PC considerando suas duas formas, sendo elas o PC Compulsivo e o PC Não-Compulsivo. O *score* total é feito através da média da soma de todos os itens, podendo variar entre 0 e 90 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam uma maior incidência do padrão alimentar do PC. As subescalas são cotadas da mesma forma, havendo 6 itens que avaliam o PC Compulsivo e outros 6 que avaliam o PC Não-Compulsivo. Este questionário apresentou uma boa consistência interna para o *score* total ($\alpha = .91$), assim como para as subescalas de PC Compulsivo ($\alpha = .91$) e PC Não-Compulsivo ($\alpha = .86$).

Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho (CEICSH 100/2021). A recolha dos dados para o curso de Psicologia da Universidade do Minho deu-se por meio da Plataforma Digital de Créditos com recurso ao *Google Forms*, onde foram inseridos o Consentimento Informado—com os objetivos e procedimentos do estudo, assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, assim como o caráter voluntário da participação—e os instrumentos de investigação a serem preenchidos.

Para que fosse possível a participação dos estudantes dos demais cursos, foi enviado um pedido de colaboração pelo *e-mail* institucional da Universidade do Minho. Foi também utilizado o método de amostragem não probabilístico de bola de neve, em que o *link* para os questionários foi repassado organicamente entre os participantes, viabilizando, assim, a contribuição de alunos de outras universidades.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico IBM® SPSS® Statistics (versão 28) para *Windows*. Inicialmente, foi conduzida uma análise descritiva dos dados, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão. A seguir, realizou-se uma análise exploratória dos dados para testar a sua normalidade. Os procedimentos da análise exploratória dos dados indicaram que os pressupostos da normalidade não estavam sendo cumpridos em todas as variáveis, optando-se, assim, pela utilização de testes não paramétricos na comparação entre grupos.

Considerando-se um design inter-sujeitos, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney (U) para averiguar as diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de AA relativamente ao IMC, às DRE, à UN e ao PC.

A fim de explorar uma possível correlação entre a presença de diagnóstico para AA e o IMC, DRE, UN e PC, utilizou-se o Teste de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}). A possível associação entre a sintomatologia da AA e as demais variáveis foram aferidas através do Coeficiente de Correlação de Pearson (r).

Com o intuito de investigar os potenciais preditores para a sintomatologia da AA, recorreu-se a uma Regressão Linear Múltipla. Para tal, distribuiu-se em três blocos as possíveis variáveis preditoras selecionadas.

Finalmente, análises de moderação simples foram realizadas através do PROCESS (versão 4.1) com o propósito de examinar o papel moderador da UN na relação entre as DRE e a sintomatologia da AA e na relação entre o PC (Compulsivo e Não-Compulsivo) e a sintomatologia da AA.

Resultados

Frequência e Caracterização da Adição Alimentar em Estudantes Universitários

Dos 338 participantes deste estudo, 36 (10.7%) preencheram os critérios para o diagnóstico de AA de acordo com o YFAS 2.0. Destes, no que concerne à classificação do nível de severidade, 10 sujeitos (25.23%) apresentaram uma AA leve, 5 (14.01%) obtiveram diagnóstico moderado e 21 (60.74%) foram classificados com AA severa.

Quanto à sintomatologia da AA, os critérios diagnósticos mais frequentes no grupo com diagnóstico de AA, excetuando-se o comprometimento clínico, foram os sintomas de abstinência ($M = .78$, $DP = .07$), a persistência do consumo mesmo quando este tem consequências físicas ou emocionais consideradas negativas ($M = .75$, $DP = .07$), e desejo contínuo ou incapacidade de reduzir/parar o consumo ($M = .69$, $DP = .07$).

Dos participantes que apresentaram diagnóstico para AA, 31 são do sexo feminino (86.1%), 3 do sexo masculino (8.3%) e 2 (5.5%) selecionaram a opção “outro” ao serem questionados acerca do sexo. No que se refere ao IMC, o Teste de Mann-Whitney não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem diagnóstico de AA ($U = 4593.5$, $p = .128$).

Adição Alimentar e Dificuldades na Regulação Emocional

O Teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem diagnóstico de AA em relação às DRE, sendo que o grupo com AA apresenta mais dificuldades em regular as próprias emoções de acordo com as seis dimensões da DERS-SF—nomeadamente Consciência ($U = 3867.0$, $p = .004$), Clareza ($U = 2940.0$, $p < .001$), Objetivos ($U = 3262.5$, $p < .001$), Impulsos ($U = 2653.5$, $p < .001$), Não-Aceitação ($U = 2754.0$,

$p < .001$) e Estratégias ($U = 2985.5$, $p < .001$) —, e, conseqüentemente, de acordo com o *score* total ($U = 2599.0$, $p < .001$). A Tabela 1 apresenta estes resultados.

Tabela 1

Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente às Dificuldades na Regulação Emocional

| | Grupo sem AA ($n = 302$) | Grupo com AA ($n = 36$) | |
|------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------|
| | <i>Posto médio</i> | <i>Posto médio</i> | <i>U</i> |
| DERS-SF: | 164.30 | 213.08 | 3867.0** |
| Consciência | | | |
| DERS-SF: Clareza | 161.24 | 238.82 | 2940.5*** |
| DERS-SF: Objetivos | 162.30 | 229.79 | 3262.5*** |
| DERS-SF: Impulsos | 160.29 | 246.79 | 2653.5*** |
| DERS-SF: Não-Aceitação | 160.62 | 244.00 | 2754.5*** |
| Estratégias | | | |
| DERS-SF: Estratégias | 161.39 | 237.57 | 2985.5*** |
| DERS-SF: Total | 160.11 | 248.31 | 2599.0*** |

Nota. $N = 338$. DERS-SF: Consciência; DERS-SF: Clareza; DERS-SF: Objetivos; DERS-SF: Impulsos; DERS-SF: Não-Aceitação; DERS-SF: Estratégias = subescalas da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida; DERS-SF: Total = *score* total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida.

** $p < .01$; *** $p < .001$

Adição Alimentar e Urgência Negativa

Em relação à UN, o Teste de Mann-Whitney mostrou que a diferença entre os grupos com e sem diagnóstico de AA é estatisticamente significativa, uma vez que o grupo com diagnóstico de

AA apresenta um maior *score* para esta componente da Escala do Comportamento Impulsivo, $U = 3155.5$, $p < .001$. Estes resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente à Urgência Negativa

| | Grupo sem AA ($n = 302$) | Grupo com AA ($n = 36$) | |
|---------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------|
| | <i>Posto médio</i> | <i>Posto médio</i> | <i>U</i> |
| UPPS - Subescala UN | 161.95 | 232.85 | 3155.5*** |

Nota. $N = 338$. UPPS - Subescala UN = *score* total da subescala Urgência Negativa na Escala do Comportamento Impulsivo.

*** $p < .001$

Adição Alimentar e Petisco Contínuo

Testes de Mann-Whitney revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à pontuação para o PC de forma geral ($U = 2199.0$, $p < .001$), para o PC no subtipo Não-Compulsivo ($U = 2899.0$, $p < .001$) e para o PC no subtipo Compulsivo ($U = 2012.5$, $p < .001$), sendo que o grupo com diagnóstico de AA apresentou maiores pontuações em todas as condições, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3

Diferenças entre os grupos com e sem diagnóstico de Adição Alimentar relativamente ao Petisco Contínuo

| | Grupo sem AA ($n = 302$) | Grupo com AA ($n = 36$) |
|--|-------------------------------|------------------------------|
|--|-------------------------------|------------------------------|

| | <i>Posto médio</i> | <i>Posto médio</i> | <i>U</i> |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-----------|
| Rep(Eat)-Q: Compulsivo | 158.16 | 264.60 | 2012.5*** |
| Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo | 161.10 | 239.97 | 2899.0*** |
| Rep(Eat)-Q: Total | 158.78 | 259.42 | 2199.0*** |

Nota. $N = 338$. Rep(Eat)-Q: Compulsivo; Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo = subescalas do *Repetitive Eating Questionnaire*. Rep(Eat)-Q: Total = *score* total do *Repetitive Eating Questionnaire*.

*** $p < .001$

Associação entre o Diagnóstico de Adição Alimentar e as Demais Variáveis

Testes de Correlação Ponto-Biserial indicam que existe uma correlação positiva significativa entre a presença do diagnóstico de AA e as DRE ($r_{pb} = .34, p < .001$); entre o diagnóstico de AA e a UN ($r_{pb} = .24, p < .001$), entre o diagnóstico de AA e o *score* total para o PC ($r_{pb} = .40, p < .001$), PC Não-Compulsivo ($r_{pb} = .29, p < .001$) e PC Compulsivo ($r_{pb} = .45, p < .001$). A presença do diagnóstico de AA, portanto, está associada a maiores dificuldades em regular as próprias emoções, a maiores dificuldades para controlar os impulsos diante de eventos emocionalmente negativos, e a maiores níveis do padrão comportamental do PC em seus dois subtipos. Os resultados estão ilustrados na Tabela 4.

Tabela 4

Correlações entre o diagnóstico de Adição Alimentar e variáveis em estudo

| Variáveis | Coeficiente de Correlação Ponto-Biserial | |
|------------------------|--|-------|
| | (r_{pb}) | p |
| DERS-SF: Consciência | .159 | .003 |
| DERS-SF: Clareza | .295 | <.001 |
| DERS-SF: Objetivos | .262 | <.001 |
| DERS-SF: Impulsos | .342 | <.001 |
| DERS-SF: Não-Aceitação | .311 | <.001 |
| DERS-SF: Estratégias | .292 | <.001 |

| | | |
|----------------------------|------|-------|
| DERS-SF: Total | .345 | <.001 |
| UPPS – Subescala UN | .245 | <.001 |
| Rep(Eat)-Q: Compulsivo | .450 | <.001 |
| Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo | .298 | <.001 |
| Rep(Eat)-Q: Total | .405 | <.001 |

Nota. $N = 338$. DERS-SF: Consciência; DERS-SF: Clareza; DERS-SF: Objetivos; DERS-SF: Impulsos; DERS-SF: Não-Aceitação; DERS-SF: Estratégias = subescalas da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida; DERS-SF: Total = *score* total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida. UPPS - Subescala UN = *score* total da subescala Urgência Negativa na Escala do Comportamento Impulsivo. Rep(Eat)-Q: Compulsivo; Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo = subescalas do *Repetitive Eating Questionnaire*. Rep(Eat)-Q: Total = *score* total do *Repetitive Eating Questionnaire*.

Associação entre a Sintomatologia de Adição Alimentar e Demais Variáveis

No que se refere à sintomatologia da AA, o Teste de Correlação de Pearson demonstrou que a presença de mais sintomas também está positivamente relacionada a maiores DRE ($r = .42$, $p < .001$); a uma maior UN ($r = .41$, $p < .001$); e a uma maior pontuação para a escala que afere a presença do PC ($r = .66$, $p < .001$), seja no seu subtipo Compulsivo ($r = .67$, $p < .001$) ou Não-Compulsivo ($r = .55$, $p < .001$). Todas as variáveis também apresentaram correlações positivas significativas entre si. Estes resultados estão indicados na Tabela 5.

Tabela 5

Correlações entre a sintomatologia da AA, as DRE, a UN e o PC

| Variáveis | <i>M</i> | <i>DP</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|----------|-----------|---------|---|---|---|---|---|
| 1. Sintomatologia de AA | 1.2 | 2.39 | – | | | | | |
| 2. DERS-SF: Total | 39.8 | 12.6 | .420*** | – | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| 3.UPPS - Subescala UN | 26.6 | 7.3 | .411*** | .613*** | – | | | |
| 4. Rep(Eat)-Q: Compulsivo | 1.4 | 1.3 | .675*** | .443*** | .476*** | – | | |
| 5. Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo | 1.5 | 1.3 | .556*** | .374*** | .457*** | .716*** | – | |
| 6. Rep(Eat)-Q: Total | 1.5 | 1.2 | .666*** | .442*** | .503*** | .928*** | .924*** | – |

Nota. $N = 338$. DERS-SF: Total = *score* total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida. UPPS - Subescala UN = *score* total da subescala Urgência Negativa na Escala do Comportamento Impulsivo. Rep(Eat)-Q: Compulsivo; Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo = subescalas do *Repetitive Eating Questionnaire*. Rep(Eat)-Q: Total = *score* total do *Repetitive Eating Questionnaire*

*** $p < .001$

Variáveis Predictoras da Adição Alimentar

Foi realizada uma Regressão Linear Múltipla (método hierárquico por blocos) para avaliar o potencial preditor das DRE, UN e PC em relação à sintomatologia da AA. Algumas destas variáveis—como o PC Compulsivo e o PC Não-Compulsivo—foram selecionadas em decorrência da sua significância nas análises acima realizadas, e outras—como as DRE e a UN—foram selecionadas levando-se em consideração a sua base teórica prévia para a predição da sintomatologia da AA.

Desta forma, definiram-se três blocos de variáveis predictoras da sintomatologia da AA. No primeiro bloco foram adicionadas as variáveis Idade e Sexo como variáveis de controlo; no segundo, foram introduzidos o IMC, o PC Compulsivo e o PC Não-Compulsivo, uma vez que estas variáveis estão diretamente relacionadas ao comportamento alimentar; no terceiro bloco, por fim, foram introduzidas as DRE e a UN.

No primeiro bloco, o modelo não foi estatisticamente significativo, $F(2,335) = 1.86$, $p = .156$, $R^2 = .01$, explicando 1% da variância. Nenhuma das variáveis inseridas revelou ser uma preditora significativa da sintomatologia da AA neste modelo.

No segundo bloco, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(5,332) = 59.69$, $p < .001$, $R^2 = .47$, explicando corretamente 47% da variância. Aqui, as variáveis “Sexo” ($\beta = .081$, $t(338) = 2.03$, $p = 0.43$), “PC Compulsivo” ($\beta = .568$, $t(338) = 9.56$, $p < .001$) e “PC Não-Compulsivo” ($\beta = .151$, $t(338) = 2.62$, $p = .009$) mostraram-se preditoras significativas da sintomatologia da AA.

No terceiro bloco, o modelo também se mostrou estatisticamente significativo, $F(7,330) = 45.05$, $p < .001$, $R^2 = .48$, explicando cerca de 49% da variância. Sendo consideradas todas as variáveis do modelo neste bloco, o “PC Compulsivo” ($\beta = .509$, $t(338) = 8.27$, $p < .001$), o “PC Não-Compulsivo” ($\beta = .132$, $t(338) = 2.28$, $p = .023$) e o *score* total do DERS-SF ($\beta = .125$, $t(338) = 2.40$, $p = .017$) se revelaram preditores estatisticamente significativos para a sintomatologia da AA. A Tabela 6 ilustra estes resultados.

Tabela 6

Regressão linear múltipla para analisar os possíveis preditores da sintomatologia da AA

| Variáveis | <i>B</i> | <i>SE B</i> | β | <i>t</i> | <i>p</i> | 95% <i>IC</i> |
|----------------------------|----------|-------------|---------|----------|----------|----------------|
| Bloco 1 | | | | | | |
| Constante | 0.12 | 0.95 | | 0.12 | .900 | [-1.76, 2.00] |
| Idade | 0.01 | 0.04 | .02 | 0.39 | .691 | [-0.06, 0.09] |
| Sexo | 0.76 | 0.40 | .10 | 1.88 | .060 | [-0.03, 1.55] |
| Bloco 2 | | | | | | |
| Constante | -1.24 | 0.88 | | -1.40 | .163 | [-2.98, 0.50] |
| Idade | 0.00 | 0.03 | .01 | 0.26 | .791 | [-0.05, 0.06] |
| Sexo | 0.60 | 0.29 | .08 | 2.03 | .043 | [0.02, 1.18] |
| Rep(Eat)-Q: Compulsivo | 1.01 | 0.10 | .56 | 9.56 | < .001 | [0.80, 1.22] |
| Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo | 0.27 | 0.10 | .15 | 2.62 | .009 | [0.07, 0.48] |
| IMC | -0.00 | 0.03 | -.01 | -0.29 | .767 | [-0.06, 0.05] |
| Bloco 3 | | | | | | |
| Constante | -2.58 | 0.98 | | -2.63 | .009 | [-4.51, -0.65] |
| Idade | 0.02 | 0.03 | .03 | 0.82 | .413 | [-0.03, 0.08] |
| Sexo | 0.50 | 0.29 | .06 | 1.69 | .090 | [-0.07, 1.08] |

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|------|------|-------|--------|---------------|
| Rep(Eat)-Q: Compulsivo | 0.91 | 0.11 | .50 | 8.27 | < .001 | [0.69, 1.12] |
| Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo | 0.24 | 0.10 | .13 | 2.28 | .023 | [0.03, 0.45] |
| IMC | -0.00 | 0.03 | -.00 | -0.14 | .886 | [-0.06, 0.05] |
| DERS-SF: Total | 0.02 | 0.01 | .12 | 2.40 | .017 | [0.00, 0.04] |
| UPPS - Subescala UN | 0.01 | 0.01 | .03 | 0.56 | .576 | [-0.02, 0.04] |

Nota. $N = 338$. IC = intervalo de confiança. Rep(Eat)-Q: Compulsivo; Rep(Eat)-Q: Não-Compulsivo = subescalas do *Repetitive Eating Questionnaire*. IMC = Índice de Massa Corporal. DERS-SF: Total = *score* total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida. UPPS - Subescala UN = *score* total da subescala Urgência Negativa na Escala do Comportamento Impulsivo.

Papel Moderador da UN na Relação Entre (1) as DRE e a Sintomatologia da AA e (2) o PC e Sintomatologia da AA

Com o intuito de investigar se a UN poderia exercer um papel moderador na relação entre as DRE e a sintomatologia da AA, e entre o PC—em seus dois subtipos—e a sintomatologia da AA, foram executadas três análises de moderação simples. A sintomatologia da AA foi a variável final destas análises, e considerou-se como variáveis preditoras as DRE, o PC Compulsivo e o PC Não-Compulsivo, os quais se mostraram preditores da sintomatologia da AA nas análises aqui executadas. A UN foi escolhida para ter avaliado o seu efeito moderador nestas relações, uma vez que a sua associação com a AA e as DRE tem sido amplamente explorada pela literatura, e uma vez que, neste estudo, esteve associada ao PC em seus dois subtipos.

Optou-se por centrar a variável moderadora (UN) em três pontos de corte, adotando-se os pontos de baixo-percentil 16, médio-percentil 50 e alto-percentil 84 (Hayes, 2022), para que, desta forma, o seu efeito pudesse ser mais bem compreendido. Sendo assim, os resultados aqui apresentados têm como base o efeito condicional da UN fundamentando-se nestes pontos, nomeadamente baixos, médios e altos níveis de UN.

Considerando-se as DRE como preditoras da sintomatologia da AA, a interação entre as DRE e a UN revelou-se estatisticamente significativa ($b = .004$, 95% CI [.0020, .0062], $t = 3.78$, $p < .001$). O modelo desta moderação explicou 24% da variância da sintomatologia da AA, $F(3, 334)$

= 36.40, $p < .001$, $R^2 = .24$. Os resultados indicam que a relação entre DRE e sintomatologia da AA é moderada pela UN e que, quanto mais altos os níveis de UN, mais forte é a associação entre DRE e sintomatologia da AA.

Considerando-se, separadamente, o PC em seus dois subtipos como preditores da sintomatologia da AA, os resultados mostraram-se estatisticamente significativos quanto à interação entre o PC Compulsivo e a UN ($b = .048$, 95% CI [.0324, .0635], $t = 6.07$, $p < .001$), sendo que o modelo desta moderação explicou 51% da variância da sintomatologia da AA, $F(3, 334) = 120.33$, $p < .001$, $R^2 = .51$.

Os resultados também foram estatisticamente significativos quanto ao PC Não-Compulsivo e a UN ($b = .056$, 95% CI [.0382, .0752], $t = 6.03$, $p < .001$). O modelo desta moderação explicou 40% da variância da sintomatologia da AA, $F(3, 334) = 75.84$, $p < .001$, $R^2 = .40$.

A UN, portanto, exerce um papel moderador na relação entre os dois subtipos de PC e a sintomatologia da AA, sendo que maiores níveis de UN indicam um maior impacto do PC Compulsivo e Não-Compulsivo sobre esta sintomatologia, afetando positivamente a força destas relações.

Discussão

Este estudo teve como objetivo explorar a condição da AA numa população universitária, assim como investigar a sua relação com outras variáveis relevantes para um melhor entendimento deste campo. Neste sentido, fez-se uma avaliação e uma caracterização da AA nesta população-alvo; realizou-se uma comparação entre os grupos com e sem diagnóstico de AA, buscando-se aferir as diferenças existentes quando considerados o PC, as DRE e a UN; investigou-se as associações entre o diagnóstico e a sintomatologia da AA no que concerne ao PC, às DRE e à UN; e explorou-se os possíveis preditores para a sintomatologia da AA, bem como o papel moderador da UN na relação entre as DRE e a sintomatologia da AA e na relação entre o PC em seus dois subtipos e a sintomatologia da AA.

Deste modo, a frequência de participantes que apresentaram o diagnóstico de AA (10.7%) mostra-se em concordância com o que é reportado pela literatura, considerando-se o contexto comunitário (Oliveira et al., 2021; Penzenstadler et al., 2019). Na presente investigação, a maior parte dos sujeitos (86.1%) que apresentou diagnóstico de AA era do sexo feminino, sendo este dado também congruente com investigações anteriores (Oliveira et al., 2021; Penzenstadler et al.,

2019). Ainda quanto aos participantes com diagnóstico de AA, 60.74% obedeciam aos critérios para uma AA severa. Este resultado é coerente com as conclusões do estudo para o desenvolvimento do YFAS 2.0 (Gearhard et al., 2016) e com outras investigações realizadas em populações não-clínicas (Minhas et al., 2021; Romero-Blanco et al., 2021; Penzenstadler et al., 2019).

Como hipotetizado e confirmando em resultados prévios (Bunio et al., 2021; Hardy et al., 2018; Babaei et al., 2017), o grupo com diagnóstico de AA apresentou maiores índices de DRE, com dificuldades em todos os domínios do DERS-SF. Também como esperado e indicado pelas investigações com a população comunitária, as análises demonstraram que o diagnóstico e a sintomatologia da AA estão positivamente associados às DRE (Tatsi et al., 2019; Innamorati et al., 2017). Portanto, pode-se sugerir, como já sustentado por estes outros estudos, que o comportamento alimentar aditivo vem colmatar estratégias mais adaptativas de lidar com as próprias emoções.

Quanto à UN, esta também apresentou maiores níveis no grupo com diagnóstico de AA. Ademais, a sintomatologia e o diagnóstico de AA foram positivamente correlacionados à UN, o que vem a reiterar os resultados de investigações anteriores (Pivarunas & Conner, 2015; Murphy et al., 2014). Assim, indivíduos que apresentam este traço parecem ter uma orientação imediatista, recorrendo à comida para diminuir o afeto negativo e, por conseguinte, para restaurar algum grau de bem-estar, não refletindo acerca das repercussões futuras destes atos.

Em relação às variáveis referentes ao comportamento alimentar, o grupo com diagnóstico de AA não apresentou um maior IMC quando comparado ao grupo sem diagnóstico de AA. A sintomatologia e o diagnóstico de AA, por outro lado, foram significativa e positivamente correlacionadas ao IMC, como já analisado anteriormente (Oliveira et al., 2021; Penzenstadler et al., 2019; Gearhardt et al., 2016). Uma das possíveis explicações para esta aparente incongruência pode ser o facto de que o instrumento utilizado para avaliar a AA—YFAS 2.0—permite duas formas de interpretação, sendo a primeira o diagnóstico em si, no qual o comprometimento clínico deve necessariamente estar presente junto a outros sintomas; e a segunda, a avaliação da sintomatologia, considerando os problemas de AA de modo contínuo.

A associação entre a AA e o IMC parece estar relacionada a esta forma contínua de interpretação do YFAS 2.0, ou seja, os problemas de AA relacionam-se com um maior IMC, independentemente da presença, ou ausência, do comprometimento clínico. Mais investigações nesta área podem ser realizadas para melhor compreender as diferenças entre aqueles que

apenas possuem problemas de AA e aqueles que possuem o diagnóstico de facto, a fim de perceber que particularidades levam a esta discrepância relativa ao IMC. Outra possível explicação para estes resultados é a diferença quantitativa entre os grupos com e sem diagnóstico de AA, sendo que estes primeiros aparecem em expressa minoria, podendo não representar fielmente o IMC desta população.

No âmbito do PC, os participantes com diagnóstico para AA apresentaram maiores níveis deste comportamento alimentar, tanto no seu subtipo Compulsivo como o Não-Compulsivo. O PC e os seus subtipos também foram positivamente associados ao diagnóstico e à sintomatologia da AA. Estes dados vão ao encontro dos resultados apresentados por Innamorati e colaboradores (2017), nos quais apenas um terço dos sujeitos com alta sintomatologia de AA apresentaram risco para BED, indicando que a AA abrange comportamentos alimentares heterogéneos. Este racional também é suportado pelos resultados obtidos por Bonder e colaboradores (2018), os quais indicam que AA, de modo semelhante a outros tipos de adição, leva a formas de consumo variadas (e.g., PC), que não se centram apenas na ingestão de grandes quantidades de comida num curto período de tempo, como observado na BED. Ao possuir um padrão diverso de consumo, a AA aproxima-se da conduta visualizada na SUD.

Faz-se relevante destacar, contudo, a proposição de alguns autores, como Davis (2013a, 2013b), de que AA não seria um constructo separado da BED, mas sim um subtipo mais severo desta última. Estes autores propõem, então, que a BED apresentaria um continuum de gravidade, sendo a AA o seu extremo. Tal proposição se alicerça em outros estudos que expõem o alto grau de coocorrência entre AA e BED e a sobreposição dos seus sintomas. Não obstante este debate ainda persista, os resultados aqui apresentados sobre a AA e o PC podem vir a somar as evidências contrárias a esta proposição.

Com o intuito de explorar os possíveis preditores da sintomatologia da AA, executou-se uma regressão linear múltipla, a qual confirmou a hipótese de que as DRE são preditoras da sintomatologia da AA, corroborando estudos anteriores (Innamorati et al., 2017; Pivarunas & Conner, 2015; Tatsi et al., 2009). Este resultado, considerando também os resultados referentes à associação entre AA e UN, pode indicar que os indivíduos que apresentam diagnóstico de AA, ou comportamentos referentes àqueles presentes nos critérios deste diagnóstico, possuem défices no que diz respeito à regulação das próprias emoções, agindo de forma mais precipitada diante de emoções negativas.

Esta associação entre DRE e sintomatologia da AA pode ser explicada pelo mesmo modelo de desregulação emocional para os problemas do comportamento alimentar (PCA), como aponta Pivarunas & Conner (2015). Aqui, o comportamento manifestado na AA seria uma tentativa de amenizar o afeto negativo—logo, regulando as emoções negativas. Num estudo com o objetivo de analisar as associações entre AA, traços de personalidade e regulação do afeto negativo, Omar e colaboradores (2016) observaram que mulheres com diagnóstico de AA, em comparação com as mulheres sem este diagnóstico, utilizavam mais estratégias comportamentais externalizantes (e.g., comer) para suavizar ou lidar com as emoções negativas, o que apoia os resultados aqui apresentados.

No entanto, diante do afeto negativo, o direcionamento específico para alimentos—em sua maioria hiperpalatáveis—parece ser um fator da ordem do subjetivo, podendo ser parcialmente justificado pelo excesso de pistas alimentares presente no quotidiano da sociedade ocidental. Este excesso resultaria no consumo destes alimentos, seja em função da sensação de fome ou não, como ocorre na alimentação externa. Esta última diz respeito à suscetibilidade que o indivíduo tem de ser estimulado por pistas alimentares externas como a cor e o cheiro (Van Strien et al, 1986), tendo estado presente no grupo com diagnóstico de AA numa análise comparativa conduzida por Munguía e colaboradores (2022). O atual estado do ambiente alimentar, assim, tem influenciado os indivíduos em todos os seus estágios desenvolvimentais, e é possível que os alimentos ultraprocessados operem mudanças no funcionamento do sistema de recompensa, levando à AA (Schiestl et al., 2021).

Ainda quanto à análise de regressão, os dois subtipos de PC também parecem ser preditores da sintomatologia da AA, corroborando as conclusões do estudo de Bonder e colaboradores (2018). Diante disto, sugere-se que o consumo repetitivo de pequenas porções de comida—especialmente as hiperpalatáveis—ao longo do dia, ou num período do dia, pode eventualmente desencadear mecanismos aditivos associados ao alimento. Também é possível conjecturar que esta relação se deve à componente da falta de controlo partilhada pelas duas variáveis, considerando-se que o baixo controlo é um aspeto importante na AA.

Contrariamente ao esperado e ao reportado pelos estudos com a população comunitária de Pivarunas e Conner (2015) e Murphy e colaboradores (2014), a UN não manifestou ser uma variável preditora da sintomatologia da AA. Os modelos utilizados nestas investigações, porém, diferem do modelo aqui apresentado, havendo variáveis distintas em consideração e que podem ter influenciado a disparidade de resultados.

Dessa forma, testou-se o possível papel da UN na moderação entre as DRE e a sintomatologia da AA, o qual foi confirmado. Assim, a UN parece ser uma característica que fomenta a interação entre as emoções negativas mal reguladas e o comportamento alimentar aditivo, o qual irá, dentro desta lógica, aliviar o mal-estar. Destarte, a impulsividade da UN não parece ser, por si só, capaz de direcionar o indivíduo para AA, mas, somando-se às DRE, acaba por fortalecer a associação entre DRE e AA.

Esta hipótese é reforçada pelas análises de correlação entre o diagnóstico de AA e as componentes da DERS-SF, nas quais as dificuldades em controlar os impulsos (Impulsos) apresenta um maior coeficiente—ou seja, é uma componente da regulação emocional particularmente insuficiente dentre estes participantes. Adicionalmente a esta explicação, pode-se citar a hipótese proposta por Zorrilla e Koob (2019), na qual os efeitos hedônicos advindos de alimentos hiperpalatáveis diminuiriam com o tempo devido aos processos de adição, sendo sobrepostos pelo efeito negativo dos sintomas de abstinência (teoria processo-oponente). Este processo suscitaria adaptações nos circuitos neurais relativos à UN, levando ao seu aumento. Dessa forma, a UN seria um produto da neuroplasticidade presente no processo de adição, reforçando-o.

Entretanto, os estudos que demonstram esta variável como preditora da AA (Wolz et al., 2017; Murphy et al., 2014), defendem que a UN poderia ser uma tendência anterior à adição, e que, diante de estados emocionais negativos, esta tendência levaria ao consumo alimentar como forma de automedicação, estimulando e desencadeando o padrão aditivo. Diante destas duas considerações sobre o papel da UN na AA, explorar esse tema poderia trazer esclarecimentos relevantes para o futuro, visto que diz respeito a um potencial fator de vulnerabilidade para a AA.

Uma vez que a UN demonstrou ter papel moderador na relação entre as DRE e a sintomatologia da AA, testou-se também a UN como moderadora na relação entre os dois subtipos de PC e a sintomatologia da AA, o que se revelou estatisticamente significativo. Assim, a UN eventualmente aumentaria a força da relação entre os dois subtipos de PC e a sintomatologia da AA, sendo isto congruente com o fato de que o PC ocorre de maneira repetitiva e não planeada, havendo algum grau de impulsividade tanto no subtipo Compulsivo como no Não-Compulsivo (Conceição et al., 2017).

Tanto quanto se sabe, não existem estudos que abordem estas variáveis em conjunto, sobretudo no cenário português. Nesta investigação, foram expostas a prevalência de DRE, UN e PC no grupo com diagnóstico de AA; as associações entre a AA, diagnóstico e sintomatologia, e

as DRE, a UN e o PC; o papel preditor das DRE e do PC Compulsivo e Não-Compulsivo em relação à sintomatologia da AA; e o papel moderador da UN na relação entre DRE e sintomatologia da AA e na relação entre os dois subtipos de PC e a sintomatologia da AA. Neste contexto, este estudo veio a corroborar e a oferecer um entendimento colaborativo em relação a alguns resultados encontrados em investigações anteriores.

Sumariamente, as análises aqui realizadas sugerem que a AA tem uma estreita proximidade com a insuficiência de recursos para regular as emoções de forma adaptativa, em especial quando os afetos negativos estão presentes. Esta relação intensifica-se diante da UN, que impele o sujeito a procurar formas rápidas—e, por isso, precipitadas e não refletidas—de atenuar ou eliminar as emoções negativas. Tal solução, centrada na comida, pode se manifestar através de comportamentos diversos, como a ingestão de quantidades excepcionalmente grandes de alimento num episódio de compulsão alimentar; ou através da ingestão de pequenas quantidades de comida ao longo de um período de tempo, como numa manhã ou tarde, ou ainda ao longo de todo o dia. Tais práticas remetem ao padrão comportamental variado presente na SUD, o que suporta a hipótese da AA enquanto diagnóstico diferenciado de outros PCA e sustenta o racional proposto por Davis (2017).

Tendo como maior destaque a indicação de que a AA é um constructo independente, expressando-se de formas heterogêneas, este estudo aponta para a relevância de se considerar a intervenção na AA como diagnóstico independente, mas também no tratamento dos PCA, uma vez que a AA pode atravessar diversos diagnósticos. À intervenção para estes problemas, poderiam ser somadas estratégias pertencentes ao foro das perturbações aditivas, não se devendo perder de vista uma intervenção integrativa. Ressaltam-se também os resultados indicativos de que as DRE têm um importante papel na etiologia da AA, o que demanda um trabalho de cariz preventivo nesta área, podendo isto evitar o uso de estratégias desadaptativas para regular as emoções.

Apoia-se as recomendações sublinhadas por Schulte e colaboradores (2020) para estudos que visem ao aumento do consenso científico sobre a AA, nomeadamente, investigar—quantitativa e qualitativamente—as características descritivas da AA a fim de melhor clarificar as diferenças fenotípicas do padrão alimentar desta e da BED. Complementarmente, o desenvolvimento de estudos que incluíssem a AA, a BED e o PC, visto que estes dois últimos possuem um padrão alimentar dispar, poderia trazer maiores elucidações sobre este tópico.

O presente estudo possui algumas limitações que devem ser referidas. Primeiramente, a investigação foi realizada num só momento, sendo de carácter transversal. Assim, não se pode

constatar uma causalidade na relação entre as variáveis e, por isso, enfatiza-se a importância de estudos longitudinais para contribuir com um conhecimento mais acurado sobre essa questão. Também o facto de os participantes serem, em sua grande maioria, do sexo feminino e pertencentes ao curso de Psicologia, compromete a possibilidade de generalização dos resultados. Finalmente, a utilização de instrumentos de autorrelato pode ser desvantajosa na medida em que estes recursos estão sujeitos a um baixo grau de autoconhecimento do participante e ao viés de desejabilidade social.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Climepsi Editores.
- Askari, M., Heshmati, J., Shahinfar, H., Tripathi, N., & Daneshzad, E. (2020). Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Obesity*, *44*(10), 2080–2091. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00650-z>
- Babaei, S., Lavasani, F., & Birashk, B. (2017). Comparing impulse control and emotional regulation in patients with and without food addiction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *23*(1), 22–37. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.23.1.22>
- Bonder, R., Davis, C., Kuk, J. L., & Loxton, N. J. (2018). Compulsive “grazing” and addictive tendencies towards food. *European Eating Disorders Review*, *26*(6), 569–573. <https://doi.org/10.1002/erv.2642>
- Bunio, L. K., Battles, J. A., & Loverich, T. M. (2021). The nuances of emotion regulation difficulties and mindfulness in food addiction. *Addiction Research & Theory*, *29*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1714038>
- 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*(5), 973–982. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.05.002>
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Machado, P. P., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., Ramalho, S., ... & Freitas, A. C. (2017). Repetitive eating questionnaire [Rep (eat)-Q]: Enlightening the concept of grazing and psychometric properties in a Portuguese sample. *Appetite*, *117*, 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.012>
- Coumans, J. M., Danner, U. N., Intemann, T., De Decker, A., Hadjigeorgiou, C., Hunsberger, M., ... & Hebestreit, A. (2018). Emotion-driven impulsiveness and snack food consumption of European adolescents: Results from the I. Family study. *Appetite*, *123*, 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.018>
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological assessment*, *19*(1), 107. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>
- Davis, C. (2017). A commentary on the associations among ‘food addiction’, binge eating disorder, and obesity: Overlapping conditions with idiosyncratic clinical features. *Appetite*, *115*, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.001>
- Davis, C. (2013a, 13 de Fevereiro). Compulsive overeating as an addictive behavior: overlap between food addiction and binge eating disorder. *Current Obesity Reports*, *2*(2), 171–178. <https://doi.org/10.1007/s13679-013-0049-8>
- Davis, C. (2013b, 20 de Março). From passive overeating to “food addiction”: a spectrum of compulsion and severity. *International Scholarly Research Notices*, *2013*. <https://doi.org/10.1155/2013/435027>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Food addiction: An examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of addiction medicine*, *3*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e318193c993>

- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(1), 113. <https://doi.org/10.1037/adb0000136>
- Gearhardt, A. N., Davis, C., Kuschner, R., & Brownell, K. D. (2011). The addiction potential of hyperpalatable foods. *Current Drug Abuse Reviews, 4*(3), 140–145. <https://doi.org/10.2174/1874473711104030140>
- Gonçalves, S., Moreira, C. S., Machado, B. C., Bastos, B., & Vieira, A. I. (2022). Psychometric properties and convergent and divergent validity of the Portuguese Yale Food Addiction Scale 2.0 (P-YFAS 2.0). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27*(2), 791-801. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01218-0>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hardy, R., Fani, N., Jovanovic, T., & Michopoulos, V. (2018). Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. *Appetite, 120*, 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.026>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). Guilford Press
- Innamorati, M., Imperatori, C., Harnic, D., Erbuto, D., Patitucci, E., Janiri, L., ... & Fabricatore, M. (2017). Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine, 43*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1036831>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Leandro, A. J. (2015). Análise das características psicométricas da Escala de Impulsividade UPPS-P na população portuguesa mediante o Modelo de Rasch [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6432>
- Maxwell, A. L., Gardiner, E., & Loxton, N. J. (2020). Investigating the relationship between reward sensitivity, impulsivity, and food addiction: A systematic review. *European Eating Disorders Review, 28*(4), 368–384. <https://doi.org/10.1002/erv.2732>
- Minhas, M., Murphy, C. M., Balodis, I. M., Acuff, S. F., Buscemi, J., Murphy, J. G., & MacKillop, J. (2021). Multidimensional elements of impulsivity as shared and unique risk factors for food addiction and alcohol misuse. *Appetite, 159*, 105052. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105052>
- Monteiro, C. A., Moubarac, J. C., Cannon, G., Ng, S. W., & Popkin, B. (2013). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity reviews, 14*, 21–28. <https://doi.org/10.1111/obr.12107>
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2020). A bifactor analysis of the difficulties in emotion regulation scale-short form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology, 1*–26. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>
- Munguía, L., Jiménez-Murcia, S., Valenciano-Mendoza, E., Granero, R., Gaspar-Pérez, A., Guzmán-Saldaña, R. M., ... & Fernández-Aranda, F. (2022). Risk patterns in food addiction: a Mexican population approach. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27*(3), 1077–1087. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01240-2>

- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite, 73*, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.008>
- Oliveira, J., Colombaroli, M. S., & Cordás, T. A. (2021). Prevalence and correlates of food addiction: Systematic review of studies with the YFAS 2.0. *Obesity Research & Clinical Practice, 15*(3), 191–204. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.03.014>
- Omar, A. E. M., ElRasheed, A. H., Azzam, H. M., ElZoheiry, A. K., ElSerafi, D. M., ElGhamry, R. H., & Naguib, R. M. (2016). Personality profile and affect regulation in relation to food addiction among a sample of Egyptian females. *Addictive Disorders & Their Treatment, 15*(3), 143–148. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000084>
- Pagliai, G., Dinu, M., Madarena, M. P., Bonaccio, M., Iacoviello, L., & Sofi, F. (2021). Consumption of ultra-processed foods and health status: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition, 125*(3), 308–318. <https://doi.org/10.1017/S0007114520002688>
- Penzenstadler, L., Soares, C., Karila, L., & Khazaal, Y. (2019). Systematic review of food addiction as measured with the Yale Food Addiction Scale: Implications for the food addiction construct. *Current neuropharmacology, 17*(6), 526–538. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666181108093520>
- Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating behaviors, 19*, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>
- Praxedes, D. R., Silva-Júnior, A. E., Macena, M. L., Oliveira, A. D., Cardoso, K. S., Nunes, L. O., ... & Bueno, N. B. (2022). Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 30*(2), 85–95. <https://doi.org/10.1002/erv.2878>
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients, 6*(10), 4552–4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction. Addictive eating and drinking. *Quarterly journal of studies on alcohol, 17*(2), 198–224. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1956.17.198>
- Romero-Blanco, C., Hernández-Martínez, A., Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M. D., Prado-Laguna, M. D. C., & Rodríguez-Almagro, J. (2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students. *Nutrients, 13*(4), 1352. <https://doi.org/10.3390/nu13041352>
- Schiestl, E. T., Rios, J. M., Parnarouskis, L., Cummings, J. R., & Gearhardt, A. N. (2021). A narrative review of highly processed food addiction across the lifespan. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 106*, 110152. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110152>
- Schulte, E. M., Wadden, T. A., & Allison, K. C. (2020). An evaluation of food addiction as a distinct psychiatric disorder. *International Journal of Eating Disorders, 53*(10), 1610–1622. <https://doi.org/10.1002/eat.23350>
- Tatsi, E., Kamal, A., Turvill, A., & Holler, R. (2019). Emotion dysregulation and loneliness as predictors of food addiction. *Journal of Health and Social Sciences, 4*(1) 43–58. <https://doi.org/10.19204/2019/mtn5>
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders, 5*(2), 295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)

- 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*(7), 559–574. <https://doi.org/10.1002/per.556>
- Wolz, I., Granero, R., & Fernández-Aranda, F. (2017). A comprehensive model of food addiction in patients with binge-eating symptomatology: The essential role of negative urgency. *Comprehensive Psychiatry, 74*, 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.012>
- Zorrilla, E. P., & Koob, G. F. (2019). The dark side of compulsive eating and food addiction: Affective dysregulation, negative reinforcement, and negative urgency. In *Compulsive Eating Behavior and Food Addiction* (pp. 115–192). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816207-1.00006-8>

Anexo: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas



Universidade do Minho
Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 100/2021

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Adição Alimentar, Regulação Emocional, Urgência Negativa e Petisco Contínuo numa população universitária*

Equipa de Investigação: Carolina de Oliveira Guimarães (IR), Mestrado Psicologia Aplicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Professora Doutora Sónia Gonçalves (Orientadora), Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Adição Alimentar, Regulação Emocional, Urgência Negativa e Petisco Contínuo numa população universitária*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 18 de novembro de 2021.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)