



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

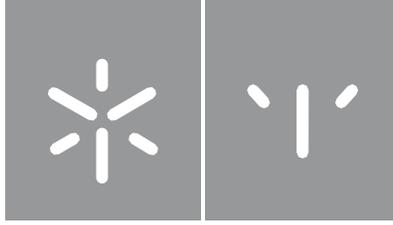
Patrícia Freitas de Oliveira

Supressão de Peso e Perda de Controlo

Patrícia Oliveira | Supressão de Peso e Perda de Controlo

UMinho | 2020

setembro de 2020



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Patrícia Freitas de Oliveira

Supressão de Peso e Perda de Controlo

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Ana Rita Vaz

setembro de 2020

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
CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A handwritten signature in black ink that reads 'Patrícia Freitas de Oliveira'.

(Patrícia Freitas de Oliveira)

Agradecimentos

Estou grata à professora Doutora Ana Rita, minha orientadora pela sua disponibilidade, generosidade, incentivo e imensa paciência. Pelo seu acompanhamento, críticas construtivas e importantes sugestões, indispensáveis para a concretização deste longo trabalho de dissertação.

O meu muito obrigada a todos os meus professores que foram a voz presente ao longo desta jornada, pela motivação e criatividade na transmissão de conhecimentos, por fomentarem o meu interesse nas várias áreas que lecionaram.

Quero, ainda, agradecer a todos aqueles que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Por essa razão, não posso deixar de lembrar o meu pai Manuel de Oliveira, G.N.R de profissão, que me instruiu para não desistir, mesmo nas horas nebulosas, e para que procurasse fazer das minhas dificuldades uma oportunidade de evolução; a minha avó Valentina Freitas que muito me instruiu para a vida, que faleceu na realização da licenciatura, a minha eterna gratidão pois tenho o coração cheio de memórias.

Não posso deixar de agradecer à minha querida mãe Silvina Cândida por não ter desistido nem me ter deixado desistir de mim mesma. Aos meus três irmãos Paulo, Ricardo e Tó por todas as críticas construtivas que me desafiam a melhorar diariamente.

Também quero manifestar o meu agradecimento, aos meus colegas, em especial à Catarina Carvalho, Paula Rodrigues e Bárbara Pinto, por toda a ajuda, incentivo e interessantes sugestões. Pela enorme generosidade de cada uma.

A todos os meus amigos e na impossibilidade de nomear cada um, em particular agradeço de igual forma, todo o apoio, incentivo e carinho.

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.

A handwritten signature in black ink, reading 'Patrícia Freitas de Oliveira'. The signature is written in a cursive, flowing style.

(Patrícia Freitas de Oliveira)

Supressão de Peso e Perda de Controlo

Resumo

A supressão de peso (SP) tem sido associada com a preocupação com o peso, preocupação com a forma, exercício físico excessivo, restrição alimentar e uso de medicamentos para controlo do peso corporal em indivíduos com perturbações alimentares. Contudo, existem inconsistências no valor preditivo da SP nos resultados de tratamento. O objetivo do estudo é estudar a SP (atual e maior) perante a ingestão alimentar compulsiva. Averiguaram-se as relações e as diferenças entre níveis de SP em relação a diferentes variáveis da história clínica, das atitudes alimentares e psicopatologia associada e também o impacto da utilização de métodos purgativos na SP. Assim, o estudo contou com 102 participantes com Bulimia ou ingestão compulsiva em tratamento, sendo utilizados os dados iniciais pré-tratamento. Os resultados indicaram que níveis elevados de SP atual se associam a menor IMC e peso corporal e a mais restrição alimentar, exercício físico excessivo e falta de consciência e clareza das emoções. A SP atual também foi maior nos participantes que utilizam métodos purgativos. Níveis elevados de maior SP associaram-se a maior IMC, peso corporal, idade, sintomatologia global e dificuldades nas relações interpessoais. Ambas (SP atual e maior) se correlacionaram positivamente com a sintomatologia depressiva. Desse modo, parece pertinente que estudos futuros averiguem estas duas formas de medir a SP e é também relevante atender aos níveis de SP para o tratamento destas perturbações, sugerindo-se que a SP pode ser uma forma de regular as emoções através da restrição alimentar e métodos purgativos.

Palavras-chave: Supressão de Peso, Bulimia Nervosa, Ingestão Alimentar Compulsiva, Comportamentos Compensatórios

Weight Suppression and Loss of Control

Abstract

Weight suppression (WS) has been associated with concern for weight, shape concern, excessive physical exercise, dietary restrictions and use of medications to control body weight in individuals with eating disorders. However, there are inconsistencies in the predictive value of WS in treatment outcomes. The aim of this study is to study WS (current and greatest) in the face of binge eating. We investigated the relationships and differences between WS levels in relation to different variables of clinical history, eating attitudes and associated psychopathology and the impact of the use of purgative methods in WS. Thus, this study included 102 participants with Bulimia or binge eating in treatment, using the initial pre-treatment data. The results indicated that high levels of current WS are associated with lower BMI and body weight and more dietary restriction, excessive physical exercise and lack of awareness and clarity of emotions. The current WS was also higher in participants who use purgative methods. High levels of greatest WS were associated with higher BMI, body weight, age, overall symptomatology and difficulties in interpersonal relationships. Both (current and greatest WS) were positively correlated with depressive symptoms. Thus, it seems pertinent that future studies investigate these two ways of measuring WS and it is also relevant to take into account the levels of WS for the treatment of these disorders, suggesting that WS can be a way to regulate emotions through food restriction and purgative methods.

Keywords: Weight Suppression, Bulimia Nervosa, Binge-eating, Compensatory Behaviors

Índice

Supressão de Peso e Perda de Controlo.....	8
Método.....	12
Participantes	12
Procedimento	12
Instrumentos	13
<i>Eating Disorder Examination (EDE)</i>	13
<i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</i>	13
<i>Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)</i>	14
<i>Eating Disorder-15 (ED-15)</i>	14
<i>Urgência NegativaP</i>	14
<i>Clinical Impairment Assessment (CIA)</i>	15
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	15
<i>Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)</i>	15
Análises Estatísticas.....	16
Resultados	17
Diferenças Entre Alta e Baixa Supressão de Peso em Relação a Variáveis Demográficas e Clínicas. 19	
Diferenças Entre Alta e Baixa Supressão de Peso em Relação a Atitudes Alimentares e Psicopatologia Associada	20
Supressão de Peso (SP) e Métodos Purgativos	21
Discussão.....	22
Referências	25
Anexos	31

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Estatísticas Descritivas dos Questionários de Autorrelato da Amostra</i>	17
Tabela 2 <i>Correlações Entre os Valores de Supressão de Peso e as Variáveis Clínicas</i>	18
Tabela 3 <i>Estatísticas dos Testes t-Student Para as Diferenças entre os Grupos com Baixa e Alta Supressão de Peso (atual e maior) em Relação às Variáveis Medidas por Autorrelato</i>	20

Supressão de Peso e Perda de Controlo

Ao longo dos anos, as perturbações do comportamento alimentar, têm suscitado interesse por parte da comunidade científica, sendo consideradas um problema de saúde pública. Estas, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com a alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete de modo significativo a saúde física ou o funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, 2013).

Segundo o DSM-5, as diferentes perturbações do comportamento alimentar são denominadas por Pica, Perturbação de ruminação, Perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa e Perturbação de ingestão alimentar compulsiva, para os quais são descritos diferentes critérios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2013). Existe ainda a categoria Outra Perturbação Alimentar Especificada (OPAE) que se aplica aos casos em que os sintomas característicos de uma perturbação do comportamento alimentar estão presentes, mas não preenchem completamente os critérios de nenhuma perturbação mencionada.

Em relação à Bulimia nervosa (BN), esta perturbação é caracterizada por três aspetos essenciais: i) episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, ii) comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (e.g., vômito autoinduzido) e iii) autoavaliação influenciada, de forma indevida, pela forma e pelo peso corporais. A prevalência da BN entre jovens do sexo feminino é de 1,5%, sendo pouco comum em indivíduos do sexo masculino, apresentando uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1 (American Psychiatric Association, 2013). A BN começa na adolescência ou em jovens adultos, sendo pouco comum apresentar uma manifestação inicial antes da puberdade ou depois dos 40 anos. As complicações clínicas são frequentes e estão relacionadas às práticas e manobras compensatórias inadequadas para o controlo de peso, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, inibidores do apetite, jejuns ou exercício físico excessivo (Amoras et al., 2010).

Já a Perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC) caracteriza-se pelos episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva que devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana, durante três meses. A sua prevalência é de 1,6% nas mulheres e de 0,8% nos homens que tenham idade igual ou superior a 18 anos, sendo tão prevalente nas mulheres brancas como nas mulheres de minorias étnicas e raciais e mais prevalente nos indivíduos que fazem tratamentos de emagrecimento do que no resto da população. Pode surgir associada a deficiência intelectual, especialmente se surgir na idade adulta (American Psychiatric Association, 2013).

Assim, a característica comum entre as perturbações BN e PIAC é a presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva. Estes episódios comportam dois critérios: i) ingestão, num espaço curto de tempo, de uma quantidade de alimentos muito maior do que a maioria das pessoas conseguiria comer em circunstâncias semelhantes e ii) são acompanhados por uma sensação de perda de controlo sobre o ato de comer (e.g., American Psychiatric Association, 2013; Cordás, 2004; Nikolic et al., 2009). Esta ingestão, por norma, de alimentos de elevado teor calórico (Nikolic et al., 2009) concomitante com a sensação de perda de controlo proporciona a ingestão de grande quantidade de comida (Fairburn, 2008), levando, conseqüentemente, a sentimentos de tristeza, auto-crítica, angústia, vergonha, nojo e/ou culpa (Azevedo et al., 2004; Fairburn, 2008).

Apesar da sensação de falta de controlo ser definida como uma sensação subjetiva de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos, o DSM-5 apresenta cinco indicadores para a presença e gravidade da perda de controlo sobre o ato de comer, sendo eles: comer muito mais rápido que o habitual; comer até se sentir desagradavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade e sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva (American Psychiatric Association, 2013).

Este sentimento de perda de controlo sobre a alimentação encontra-se associada a problemas psicopatológicos, tais como, a depressão, perturbações de humor, perturbações do sono, ansiedade e uma baixa autoestima, mais do que a quantidade de comida ingerida (Fairburn et al., 2003; Lewinsohn et al., 2002; Pollert et al., 2013; Rosenbaum & White, 2015). Desse modo, cada vez mais o foco das investigações tem sido a ingestão alimentar compulsiva subjetiva, centrando-se no estudo da perda de controlo na ingestão de quantidades de comida não objetivamente grandes (e.g., Marcus et al., 2009). Adicionalmente, alguns autores sugerem que a perda de controlo pode funcionar como o critério mais relevante na definição de ingestão compulsiva, independentemente do tamanho do episódio compulsivo (Goldschmidt, 2017; White et al., 2010). De facto, no estudo de White e Grilo (2011), os pacientes com BN e PIAC mencionaram, em média, que cada um dos indicadores de perda de controlo estava frequentemente (“4 = often”) presente durante um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Os autores sugeriram que cada um dos cinco indicadores tem um alto valor preditivo em relação ao diagnóstico de PIAC e BN (White & Grilo, 2011).

Entre as diferentes variáveis que têm sido estudadas em relação às perturbações alimentares, uma que se relacionou com ingestão compulsiva (com perda de controlo alimentar) foi a supressão de peso (SP), que consiste na diferença entre o peso mais elevado do indivíduo na idade adulta e o peso

atual (ver revisão de Lowe et al., 2018). Esta relação pode ser percebida à luz de um modelo criado recentemente por Keel et al. (2019) baseada em evidência empírica passada. Esse modelo postula que a SP contribui para a redução da leptina. A diminuição da leptina contribui para alterações em dois construtos relacionados à recompensa: valor/esforço da recompensa e saciedade da recompensa. Essas mudanças aumentam o impulso para consumir alimentos e diminuem a capacidade de o consumo alimentar levar a um estado de saciedade/satisfação. Consequentemente, essas alterações, combinadas, aumentam o risco de episódios de compulsão alimentar descontrolados e grandes (Keel et al., 2019). Há evidências de que quanto maior a SP de um indivíduo, maior o efeito sobre o seu metabolismo (Rosenbaum et al., 2008), apetite (Doucet et al., 2000) e na tendência para ganhar peso no futuro (Carter et al., 2015; Lowe et al., 2006; Stice et al., 2011). Quanto mais o peso corporal se desvia de um peso anterior mais alto (ou seja, maior SP), mais fortes são as forças biocomportamentais que o empurram de volta ao nível anterior (Gorrell et al., 2019). Este efeito parece ocorrer independentemente de quão elevado seja o peso mais alto anterior. Isso implica que, uma vez que um indivíduo ganha peso e mantém esse novo peso, o corpo encara o peso maior como o “novo normal”, sendo que esforços para reverter o ganho de peso serão fortemente resistidos (Rosenbaum et al., 2008). Como os indivíduos com perturbações alimentares valorizam muito a forma corporal, esforçam-se ao máximo para atingir ou manter um peso baixo. Assim, a SP parece ser maior e mais influente nas perturbações alimentares. Estes indivíduos apreciam a magreza e repelem o ganho de peso, favorecendo a manutenção das suas preocupações com a alimentação e com o corpo, uma restrição alimentar intensa e comportamentos compensatórios (Lowe et al., 2018).

Por conseguinte, a SP, em amostras comunitárias, foi relacionada a maior restrição alimentar, insatisfação com o corpo e a mais sintomas globais de perturbação alimentar (Burnette, 2018; Goodman, 2018). Ainda, a SP previu a gravidade de sintomas bulímicos (Bodell, 2017), a frequência de comportamentos purgativos (e.g., laxantes) e restrição da dieta, mas não previu a perda de controlo na alimentação (Burnette, 2017; Lowe et al., 2018; Van Son, 2013).

Especificamente na população com BN, Acurso et al. (2016) estudou a maior SP (diferença entre o peso mais elevado e o peso mais baixo de sempre) e a SP atual em adolescentes. Enquanto que a maior SP se correlacionou positivamente com comportamentos bulímicos, restrição alimentar, preocupação com o peso e preocupação com a forma corporal, a SP atual (referida anteriormente) não se relacionou com essas variáveis nos adolescentes em estudo. Em adultos com BN, a SP também interagiu com o IMC, sendo observada uma maior taxa de compulsão alimentar nos participantes com elevada SP e baixo IMC (Butryn et al., 2011). Os estudos que avaliaram o tratamento da BN encontraram

associações entre níveis elevados de SP e: ganho de peso durante o tratamento (Hessler, 2018), maior taxa de *dropout* e menor probabilidade de alcançar a remissão da compulsão alimentar e comportamentos purgativos (Butryn et al., 2006).

Numa amostra com indivíduos com diferentes perturbações alimentares (AN, BN, PIAC, OPAC), a SP foi associada com a preocupação com o peso, preocupação com a forma, exercício físico/restricção alimentar e uso de medicamentos para controlo do peso corporal (Lavender, 2015). Contudo, na revisão de Lowe et al. (2018), que engloba os estudos realizados acerca da SP em perturbações alimentares entre 2013 e meados de 2018, os autores denotam uma inconsistência na evidência no que concerne ao valor preditivo da SP nos resultados de tratamento e na compulsão alimentar, com alguns estudos a encontrar associação entre a SP e essas variáveis e outros não.

Num estudo piloto de Cook et al. (2015) que englobou participantes com BN e PIAC, a SP foi mais elevada nos indivíduos com BN do que com PIAC. Como referimos, a ingestão alimentar compulsiva (que engloba um sentimento de perda de controlo alimentar) é uma característica comum nos critérios de diagnóstico de BN e PIAC. Já uma característica que as pode distinguir é o uso de métodos compensatórios para evitar o ganho de peso corporal, que está presente na BN e ausente na PIAC (American Psychiatric Association, 2013). Esses métodos compensatórios podem consistir no jejum, o exercício físico excessivo ou em métodos purgativos, como o vômito autoinduzido ou o uso de laxantes (Kaye, 2008). Dessa forma, atendendo a que (i) a SP parece ser mais elevada na BN que na PIAC, (ii) uma característica que distingue a BN da PIAC são os métodos compensatórios e (iii) os métodos compensatórios existentes na BN podem ser purgativos ou não; podemos pressupor que uma variável que pode estar a influenciar os resultados da SP noutras variáveis relacionadas com a perturbação alimentar é o uso de métodos compensatórios (purgativos). De facto, nesse estudo de Cook et al. (2015), a SP foi maior nos indivíduos que realizavam exercício físico com mais frequência. Especificamente, a SP foi maior na BN do que na PIAC nos participantes que realizavam exercício físico pouco frequentemente, mas comparável entre aqueles que realizavam exercício físico com elevada frequência. No mesmo sentido, um estudo recente veio comprovar que a SP se correlacionou com o aparecimento futuro de qualquer perturbação alimentar (incluindo BN), mas não de PIAC (Stice et al., 2020). Assim, a SP foi correlacionada com perturbações alimentares caracterizadas por restrição alimentar e comportamentos compensatórios de controlo de peso, mas não PIAC, que é caracterizado apenas por compulsão alimentar (com perda de controlo associada).

Pelos estudos supramencionados, podemos perceber que a SP já se mostrou estar associada quer a uma maior duração do episódio de compulsão alimentar como a maior frequência de

comportamentos compensatórios na BN (Bodell & Keel, 2015) e, também a mais comportamentos purgativos (Hagan et al., 2017). Esta última relação parece clara se pensarmos que o uso de comportamentos compensatórios (incluindo os purgativos) mantém a SP (Lowe et al., 2018).

Assim, considerando a revisão de literatura efetuada, este estudo avalia a SP na existência de compulsão alimentar, ou seja, em população com BN ou PIAC. Ainda que inicialmente a SP tenha sido obtida pela diferença entre o peso mais elevado do indivíduo na idade adulta e o peso atual (SP atual), recentemente têm surgido outras formas de a medir, entre elas, a maior SP (Cook et al., 2015). Pressupondo que as análises nas diferentes variáveis inseridas neste estudo podem diferir quando se utilizam diferentes formas de medir a SP, ambas (SP atual e maior SP) serão tidas em consideração. Nesse sentido, um dos objetivos da presente investigação é estudar as relações entre a SP e diferentes variáveis da história clínica (e.g., IMC, idade, peso, duração da perturbação alimentar) e das atitudes alimentares e psicopatologia associada (e.g., preocupação com o corpo, preocupação com a forma, dificuldades de regulação emocional, sintomatologia depressiva). O segundo objetivo é estudar a diferença entre os participantes com níveis de SP altos e baixos em relação às variáveis da história clínica e das atitudes alimentares e psicopatologia associada. Por fim, o terceiro objetivo é estudar a diferença na SP entre os participantes que utilizam métodos purgativos (vómito e/ou laxantes) e os que não utilizam (ou seja, que têm presente a ingestão alimentar compulsiva; e que utilizam (ou não) outros comportamentos compensatórios como o exercício físico ou jejum).

Método

Participantes

A recolha de dados foi realizada numa colaboração entre a Escola de Psicologia da Universidade do Minho e dois hospitais centrais do norte e centro-sul do país especializados no tratamento de perturbações alimentares. Assim, a amostra utilizada corresponde a 102 pacientes (100% sexo feminino) com diagnóstico de perturbações de comportamento alimentar, especificamente, BN (n = 77), PIAC (n = 10), e OPAC (n = 15) que se apresentam a tratamento para perturbação alimentar.

Procedimento

Os participantes em tratamento habitual, referenciados pelo seu médico psiquiatra, foram avaliados em diferentes momentos temporais. Contudo, para responder aos objetivos da presente investigação apenas foram utilizadas as avaliações iniciais e de primeira consulta (pré-tratamento).

Os participantes foram informados à priori dos objetivos do estudo e da pertinência do processo de avaliação nos diversos momentos. Foi considerada a disponibilidade dos indivíduos para as diferentes fases de avaliação do estudo e assegurada a possibilidade de cessar a sua participação em qualquer momento sem quaisquer implicações. Garantiu-se ainda aos participantes a independência entre a prestação de tratamento clínico e a sua participação no estudo. O estudo foi aprovado pelas comissões de ética das instituições envolvidas.

Na primeira sessão, foi entregue o consentimento informado onde constava o funcionamento do estudo e as condições de confidencialidade e anonimato dos dados. Em seguida, os participantes foram sujeitos a uma entrevista diagnóstica, com recurso à Eating Disorder Examination (EDE), realizada por um psicólogo clínico com especialização no diagnóstico e tratamento de PCA, com o intuito de estabelecer um diagnóstico clínico e se obterem informações sociodemográficas e clínicas dos sujeitos (e.g., história da dieta, peso, comorbilidades psiquiátricas, entre outros). Foram ainda administrados instrumentos avaliativos das características associadas ao diagnóstico e tratamento das perturbações de comportamento alimentar, descritos na subsecção seguinte.

Instrumentos

Eating Disorder Examination (EDE)

A EDE (Fairburn et al., 1993) é uma entrevista clínica semiestruturada que permite avaliar a psicopatologia referente à perturbação de comportamento alimentar, à sintomatologia da perturbação e à gravidade e frequência do comportamento alimentar nos últimos 28 dias. Para tal, é composta por quatro subescalas: Preocupação com a Forma, Preocupação com o Peso, Restrição Alimentar e Preocupação com a Comida. Para o presente estudo foram apenas utilizados os itens de diagnóstico, possuindo boas capacidades psicométricas (Berg et al., 2012).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) é um questionário de autorrelato constituído por 28 itens (e.g., "*Tentou limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?*") com o intuito de avaliar a psicopatologia da perturbação alimentar. Esses itens dividem-se em quatro subescalas: Preocupação com o Peso, Preocupação com o Corpo/Forma, Preocupação com a Alimentação/Comida e Restrição. A pontuação global corresponde à média das pontuações das quatro subescalas. A resposta a cada item indica o número de dias em que certas atitudes, comportamentos e emoções ocorreram, considerando os últimos 28 dias, inclusivamente

no dia do preenchimento segundo uma escala de *Likert* que varia entre 0 (“nenhum”/“nenhum dia”/“nada”) e 6 (“todos os dias”/“sempre”/“extremamente”). O instrumento foi validado para a população portuguesa e possui boas propriedades psicométricas (Machado et al., 2014).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

Esta medida de autorrelato é constituída por 36 itens (e.g., *percebo com clareza os meus sentimentos*), que avalia as dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004) numa escala de Likert que varia entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”). Complementa seis subescalas: Não-aceitação das Respostas Emocionais; Dificuldades no Envolvimento em Comportamentos Dirigidos por Objetivos ao Experienciar Emoções Negativas; Dificuldades em Controlar os Impulsos na Presença de Emoções Negativas; Falta de Consciência das Respostas Emocionais; Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional Percebidas como Eficazes; e Falta de Clareza das Respostas Emocionais. Pontuações elevadas nesta medida indicam elevada desregulação emocional. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Coutinho et al. (2009), possuindo boas propriedades psicométricas para as seis subescalas, bem como para escala total.

Eating Disorder-15 (ED-15)

ED-15 (Tatham et al., 2015) consiste numa medida de autorrelato constituída por 15 itens (e.g., *“Teve um medo claro de poder ganhar peso.”*) que avalia as atitudes em relação à alimentação e a frequência de comportamentos referentes à semana que precede o seu preenchimento numa escala de *Likert* que varia entre 0 (“nada”) e 6 (“sempre”). Os seus 10 itens incidem nas subescalas Preocupação com o Peso e Preocupação com a Alimentação, comportando também cinco itens de caráter comportamental, a respeito de episódios de ingestão alimentar objetiva, vômito, uso de laxantes, restrição alimentar e prática de exercício físico. Pontuações mais elevadas reportam uma maior gravidade a nível da patologia alimentar. Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (Rodrigues et al., 2019).

Urgência Negativa

Na presente investigação, apenas se administrou a subescala Urgência negativa (12 itens) da Escala do Comportamento Impulsivo (Whiteside et al., 2005), que se refere à tendência de experimentar impulsos fortes em condições de afeto negativo (e.g., depressão, ansiedade). Os itens (e.g. “tenho

dificuldade em resistir aos meus desejos (de comida, cigarros, etc.)” são classificados segundo uma escala de *Likert* de 1 (concordo totalmente) a 4 (discordo totalmente).

Clinical Impairment Assessment (CIA)

O questionário CIA é uma medida de autorrelato de 16 itens do comprometimento funcional secundário à psicopatologia da perturbação alimentar (Bohn et al., 2008). Os itens investigam o comprometimento em domínios da vida tipicamente afetados pelas perturbações alimentares, como o humor, autoperceção, funcionamento cognitivo, funcionamento interpessoal e desempenho no trabalho nas últimas quatro semanas (e.g., “*No último mês, até que ponto os seus hábitos alimentares, exercícios físicos ou sentimentos sobre sua alimentação, forma ou peso... dificultou a sua concentração*”). Os respondentes avaliam os itens segundo uma escala de *Likert* que varia de "nada" (0) a "muito" (4), fornecendo uma pontuação global e pontuações de três subescalas (Défice Pessoal, Défice Cognitivo e Défice Social) com pontuações mais elevadas a representar maior prejuízo. O questionário foi validado para a população portuguesa em mulheres com perturbações alimentares, obtendo-se boas propriedades psicométricas (Vaz et al., 2020).

Beck Depression Inventory (BDI)

BDI (Beck et al., 1988) é uma medida de autorrelato constituída por 21 itens (e.g., “*Não me sinto triste*”) que avaliam a sintomatologia depressiva. O participante deve selecionar a opção com que mais se identifica de acordo com o modo como se sentiu nas duas semanas anteriores. Valores mais elevados remetem para uma maior sintomatologia depressiva. O instrumento possui boas propriedades psicométricas (Beck et al., 1988).

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

O OQ-45 (Lambert et al., 1996) é um questionário de autorrelato projetado para rastrear e avaliar os resultados do tratamento dos clientes em ambientes de saúde mental, uma vez que avalia a sintomatologia geral. O questionário é composto por 45 itens (e.g., “*Sinto-me irritado*”) numa escala *Likert* que varia de “nunca” (0) a “quase sempre” (4). Pontuações mais elevadas indicam alto sofrimento e mau funcionamento. O OQ-45 engloba três subescalas. A subescala Angústia de Sintoma mede o sofrimento geral associado a psicopatologias como depressão, ansiedade e perturbações relacionadas com substâncias. A subescala Relações Interpessoais mede os níveis atuais de funcionamento do relacionamento interpessoal dos indivíduos. A subescala Papeis Sociais avalia os níveis atuais de

desempenho dos indivíduos na escola, trabalho e lazer. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Machado e Fassnacht (2015), obtendo-se boas propriedades psicométricas.

Análises Estatísticas

Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS: Versão 26). Este processo foi dividido em duas fases. A primeira fase contemplou uma análise descritiva das variáveis (sociodemográficas, história clínica e psicopatologia) a considerar no presente estudo, inclusivamente as medidas de tendência central (e.g. média) e medidas de dispersão (e.g. desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo) dos dados bem como a frequência de casos (n) e a respetiva percentagem (%).

Para se prosseguir com a segunda fase, de análise inferencial, foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($N > 30$; $p > .05$) para cada variável de interesse e aferiram-se os testes estatísticos adequados (paramétricos ou não-paramétricos). Efetuaram-se correlações (de *Pearson* e de *Spearman*) para averiguar a relação entre os valores se SP (atual e maior) e diferentes variáveis clínicas. Seguidamente, foram testadas as diferenças entre níveis (alta e baixa) de SP (quer atual quer maior) em relação a diferentes variáveis associadas às perturbações alimentares (e.g., IMC, idade). Para isso, os participantes foram divididos a partir da mediana dos valores da SP atual em dois grupos: baixa SP atual (abaixo de 10; $n = 49$) e alta SP atual (a partir de 10; $n = 53$). O mesmo se sucedeu para a maior SP, em que o grupo com baixa SP ($n = 52$) apresentava valores até 25 e o grupo com alta SP ($n = 50$) englobou valores acima de 25 (mediana). Apesar de para algumas variáveis ser adequada a utilização de testes não-paramétricos, os mesmos apontavam a significância estatística no mesmo sentido que os testes paramétricos. Por isso, para facilitar a leitura dos dados, serão apresentados apenas os testes paramétricos realizados (testes *T-student* para amostras independentes). Também se averiguaram diferenças (através de testes *T-student* para amostras independentes) de SP (atual e maior) entre as perturbações alimentares que utilizam métodos compensatórios purgativos e as que não utilizam. Para tal, os participantes foram divididos de acordo com o uso ($n = 73$) ou não ($n = 28$) de métodos como vômito autoinduzido e/ou laxantes¹.

¹ Enquanto que os indivíduos com PIAC não utilizam métodos compensatórios, naqueles com BN distinguiram-se os que utilizavam métodos purgativos e para os participantes OPAE utilizou-se como suporte as respostas aos itens 16 (vômito) e 17 (laxantes) do EDE-Q.

Resultados

Os sujeitos desta amostra ($n = 102$) apresentam idades compreendidas entre os 16 e os 51 anos, com um valor médio de 28.60 anos ($DP = 8.39$), sendo todos do sexo feminino. Das 99 participantes que responderam às questões sobre o estado civil e a ocupação atual, 61 são solteiras (59.20%), 27 casadas (26.20%), sete divorciadas (6.80%), três estão em união de facto (2.90%) e uma viúva (1.00%); 33 estudantes (32.0%), 50 trabalhadoras (32.0%), seis desempregadas (5.80%) e uma sem ocupação (1.00%).

A duração da perturbação alimentar de 71 participantes variou de 6 a 396 meses ($M = 110.77$, $DP = 94.31$), sendo superior a sete anos para 32 participantes. A idade em que realizaram a primeira dieta variou de 9 a 30 anos ($M = 16.60$, $DP = 4.51$). O valor médio do IMC é de 24.06 kg/m² ($DP = 5.49$), variando entre os 17.50 e os 44.23 kg/m². A SP atual² foi, em média, de 12.56 kg ($DP = 12.54$, mín. = -11.00, máx. = 73.00). A maior SP³ foi, em média 27.57 kg ($DP = 14.63$, mín. = 7.00, máx. = 93.00). As variáveis relativas às características clínicas mais relevantes dos participantes estão representadas na Tabelas 1.

Tabela 1

Estatísticas Descritivas dos Questionários de Autorrelato da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
EDE-Q				
Escala Total	4.14	1.15	0.18	5.91
Subescalas				
Preocupação com a forma	4.91	1.22	0.13	6.00
Preocupação com o peso	4.62	1.36	0.00	6.00
Preocupação com a comida	3.73	1.42	0.00	6.00
Restrição alimentar	3.33	1.61	0.00	6.00
ED-15*				
Episódios ingestão alimentar compulsiva	4.12	7.08	0.00	50.00
Vômito autoinduzido	2.31	4.04	0.00	15.00
Uso de laxantes	0.77	1.86	0.00	7.00
Restrição alimentar	5.23	4.83	0.00	28.00
Exercício físico excessivo	2.69	5.01	0.00	28.00
EDRE				
Escala Total	111.93	25.67	48.00	155.00
Subescalas				
Não-aceitação	18.56	7.32	6.00	30.00
Objetivos	18.29	5.01	5.00	25.00
Impulsos	17.51	6.69	7.00	30.00
Estratégias	25.89	7.67	8.00	38.00
Consciência	18.49	5.08	8.00	29.00

² SP atual: diferença entre o peso mais elevado atingido e o peso atual.

³ Maior SP: diferença entre o peso mais elevado e o mais baixo atingidos.

SUPRESSÃO DE PESO E PERDA DE CONTROLO

Clareza	13.61	4.56	5.00	24.00
UPPS				
Urgência Negativa	3.08	0.45	2.08	4.00
CIA				
Escala Total	30.97	10.71	3.00	48.00
BDI				
Escala Total	25.58	10.15	5.00	51.00
OQ-45				
Escala Total	91.74	24.41	12.00	144.00

Nota: * Medido pelo número de vezes que o participante realizou estes comportamentos na última semana.

Já a Tabela 2 representa as correlações de *Pearson* e de *Spearman* entre cada variável clínica e a SP (atual e maior). A SP atual correlacionou-se significativamente com o peso corporal, o IMC, a restrição alimentar e o BDI, sendo que valores mais elevados de SP se associam a valores mais elevados sintomatologia depressiva e restrição alimentar e a valores mais baixos de IMC e peso corporal. A maior SP correlacionou-se positiva e significativamente com a idade, o peso, o IMC, sintomatologia depressiva (BDI) e dificuldades nas relações interpessoais (OQ-45). Apesar de não se associarem às mesmas variáveis a SP atual e maior SP, mostraram-se estar significativamente correlacionadas, $r = 0.47$, $p < 0.001$.

Tabela 2

Correlações Entre os Valores de Supressão de Peso e as Variáveis Clínicas

	SP atual		Maior SP	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	0.19	0.07	0.31**	0.01
Peso*	-0.38**	< 0.001	0.47**	< 0.001
IMC*	-0.43**	< 0.001	0.37**	< 0.001
Idade primeira dieta	-0.18	0.08	0.07	0.50
Duração da perturbação alimentar*	0.07	0.59	0,13	0.27
EDE-Q				
Escala Total	-0.02	0.86	0.02	0.83
Subescalas				
Preocupação com a forma*	-0.10	0.33	0.14	0.19
Preocupação com o peso*	0.02	0.88	0.19	0.07
Preocupação com a comida	-0.12	0.25	-0.14	0.19
Restrição alimentar	0.20**	0.05	0.01	0.90
ED-15				
Escala Total	-1.17	0.17	0.00	0.99
Subescalas				
Preocupação com o peso	-0.20	0.09	0.09	0.44
Preocupação com a comida	-0.07	0.57	-0.15	0.21
EDRE				
Escala Total	0.02	0.87	-0.12	0.25
Subescalas				
Não-aceitação	0.01	0.94	0.02	0.88
Objetivos	-0.16	0.19	-0.07	0.59
Impulsos	-0.15	0.22	-0.17	0.16

SUPRESSÃO DE PESO E PERDA DE CONTROLO

Estratégias	0.04	0.77	-0.05	0.66
Consciência	0.20	0.11	-0.07	0.59
Clareza	0.14	0.26	-0.08	0.52
UPPS				
Urgência Negativa	0.01	0.99	-0.03	0.82
CIA				
Escala Total	-0.01	0.95	0.05	0.64
Subescalas				
Défice pessoal*	0.02	0.83	0.14	0.18
Défice cognitivo	-0.06	0.61	-0.11	0.33
Défice social	0.01	0.99	0.11	0.31
BDI				
Escala Total	0.25**	0.02	0.27**	0.01
OQ-45				
Escala Total	0.12	0.27	0.21	0.05
Subescalas				
Angústia sintoma	0.14	0.21	0.17	0.12
Relações interpessoais	0.09	0.39	0.24**	0.02
Papéis sociais	0.04	0.73	0.14	0.20

Notas: *Foram efetuadas correlações de Spearman, enquanto as restantes correspondem a correlações de Pearson.

**Correlações estatisticamente significativas ao nível 0.05.

Diferenças Entre Alta e Baixa Supressão de Peso em Relação a Variáveis Demográficas e Clínicas

Em relação à supressão de peso (SP) atual, não existiram diferenças significativas para a idade entre os participantes com alta ($M = 28.73$, $DP = 8.63$) e baixa SP atual ($M = 28.47$, $DP = 8.21$), $t(99) = 0.16$, $p = 0.88$. Contudo, os participantes com baixa SP atual ($M = 26.44$, $DP = 6.27$) apresentaram IMC superior aos participantes com alta SP ($M = 21.82$, $DP = 3.41$), $t(99) = 4.64$, $p < 0.001$. Também os participantes com baixa SP atual apresentam um peso corporal mais elevado ($M = 70.37$, $DP = 15.86$) do que os participantes com alta SP atual ($M = 59.38$, $DP = 9.91$), $t(99) = 4.15$, $p < 0.001$.

No que diz respeito à maior SP, os participantes com alta SP apresentam idade ($M = 30.51$, $DP = 9.26$), IMC ($M = 26.13$, $DP = 6.49$) e peso corporal ($M = 70.70$, $DP = 16.15$) superiores em relação aos participantes com baixa SP (idade ($M = 26.81$, $DP = 7.11$), $t(99) = -2.26$, $p = 0.03$, IMC ($M = 22.03$, $DP = 3.27$), $t(99) = -3.99$, $p < 0.001$ e peso corporal ($M = 58.85$, $DP = 8.74$), $t(99) = -4.57$, $p < 0.001$).

Quanto à idade em que realizaram a primeira dieta, os participantes com alta ($M = 16.35$, $DP = 3.83$) e baixa ($M = 16.83$, $DP = 5.11$) SP atual não diferiram, $t(92) = 0.52$, $p = 0.61$, assim como os participantes com maior SP alta ($M = 16.98$, $DP = 15.12$) e baixa ($M = 16.27$, $DP = 3.96$), $t(92) = -0.75$, $p = 0.46$. A duração da perturbação alimentar (em meses) também não diferiu entre os participantes com baixa ($M = 114.47$, $DP = 100.67$) e com alta SP atual ($M = 106.97$, $DP = 88.61$), $t(69) = 0.22$, $p = 0.74$, nem entre os participantes com maior SP alta ($M = 137.00$, $DP = 105.08$) e baixa ($M = 95.62$, $DP = 85.08$), $t(69) = -1.81$, $p = 0.08$.

Diferenças Entre Alta e Baixa Supressão de Peso em Relação a Atitudes Alimentares e Psicopatologia Associada

A Tabela 3 representa as análises estatísticas efetuadas entre os diferentes níveis (alta e baixa) de SP (atual e maior) para as variáveis subjacentes aos questionários administrados. É possível verificar que em relação à SP atual apenas existiram diferenças significativas entre os grupos (alta e baixa SP) para a Restrição (EDE-Q), o exercício físico excessivo na última semana (ED-15) e para as subescalas (falta de) Consciência e (falta de) Clareza nas respostas emocionais da EDRE. Assim, o grupo com alta SP atual apresentou maior restrição alimentar (no mês anterior ao preenchimento), maior frequência de exercício físico excessivo (na última semana), mais falta de consciência nas respostas emocionais e mais falta de clareza nas mesmas, comparativamente ao grupo com baixa SP. Além disso, também se observam diferenças marginalmente significativas entre os grupos para a sintomatologia depressiva (BDI), com o grupo com alta SP a apresentar valores mais elevados.

No que concerne à maior SP, apenas existirem diferenças significativas para a sintomatologia geral (OQ-45) e especificamente dificuldades nas relações interpessoais (OQ-45), apresentando os indivíduos com maior SP alta mais sintomatologia e mais dificuldades nas relações interpessoais do que os com maior SP baixa. Contudo, notam-se diferenças marginalmente significativas entre os grupos para a preocupação com o peso (EDE-Q), a sintomatologia depressiva (BDI) e dificuldades nos papéis sociais (OQ-45), com valores mais elevados associados aos indivíduos com maior SP alta.

Tabela 3

Estatísticas dos Testes t-Student Para as Diferenças entre os Grupos com Baixa e Alta Supressão de Peso (atual e maior) em Relação às Variáveis Medidas por Autorrelato

	SP atual				Maior SP			
	Baixa SP	Alta SP	Teste t-Student		Baixa SP	Alta SP	Teste t-Student	
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EDE-Q								
Escala Total	4.17 (0.89)	4.11 (1.36)	0.22	0.82	3.99 (1.17)	4.30 (1.12)	-1.34	0.19
Preocupação com a forma	5.10 (1.03)	4.72 (1.37)	1.55	0.12	4.72 (1.35)	5.10 (1.05)	-1.57	0.12
Preocupação com o peso	4.80 (0.97)	4.44 (1.64)	1.36	0.18	4.38 (1.48)	4.87 (1.17)	-1.79	0.08
Preocupação com a comida	3.82 (1.20)	3.63 (1.61)	0.67	0.50	3.81 (1.40)	3.64 (1.45)	0.61	0.54
Restrição*	2.94 (1.48)	3.71 (1.66)	-2.43	0.02	3.09 (1.57)	3.58 (1.63)	-1.55	0.13
ED-15***								
Ingestão alimentar compulsiva	4.73 (9.14)	3.54 (4.42)	0.67	0.50	4.60 (9.09)	3.61 (4.09)	0.58	0.57

SUPRESSÃO DE PESO E PERDA DE CONTROLO

Vômito	1.46 (2.91)	3.06 (4.76)	-1.57	0.12	2.09 (3.61)	2.56 (4.55)	-0.43	0.67
Laxantes	0.54 (1.56)	0.97 (2.08)	0.83	0.41	0.62 (1.53)	0.93 (2.15)	-0.61	0.55
Restrição alimentar	4.94 (3.75)	5.50 (5.68)	0.47	0.64	5.29 (5.42)	5.17 (4.13)	0.10	0.92
Exercício físico excessivo*	1.33 (2.08)	3.87 (6.39)	-2.01	0.04	2.39 (5.23)	3.04 (4.82)	-0.49	0.63
EDRE								
Escala Total	109.39 (24.959)	114.38 (26.48)	-0.79	0.43	114.44 (24.97)	109.33 (26.50)	0.81	0.42
Não-aceitação	18.31 (7.57)	18.80 (7.17)	-0.28	0.78	19.14 (7.10)	17.94 (7.61)	0.68	0.50
Objetivos	18.78 (4.27)	17.77 (5.71)	0.86	0.40	18.29 (4.27)	18.29 (5.80)	-0.01	0.99
Impulsos	17.66 (7.17)	17.37 (6.27)	0.18	0.86	18.22 (6.51)	16.76 (6.89)	0.91	0.37
Estratégias	25.95 (7.73)	25.83 (7.73)	0.06	0.95	26.47 (7.13)	25.21 (8.32)	0.69	0.49
Consciência*	17.17 (5.24)	19.88 (4.57)	-2.31	0.02	18.50 (4.93)	18.47 (5.30)	0.02	0.98
Clareza*	12.33 (4.38)	14.91 (4.43)	-2.47	0.02	13.54 (4.55)	13.68 (4.64)	-0.13	0.90
UPPS								
Urgência Negativa	3.09 (0.51)	3.07 (0.37)	0.13	0.90	3.07 (0.44)	3.09 (0.46)	-0.17	0.86
CIA								
Escala Total	32.14 (10.02)	29.89 (11.30)	0.99	0.33	30.33 (10.73)	31.63 (10.78)	-0.57	0.57
BDI								
Escala Total	23.69 (8.91)	27.39 (10.99)	-1.84	0.07	23.94 (9.51)	27.35 (10.61)	-1.70	0.09
OQ-45								
Escala Total**	90.81 (24.36)	92.63 (24.71)	-0.35	0.73	87.00 (24.00)	97.30 (24.00)	-1.99	0.04
Angústia sintoma	55.56 (15.11)	57.74 (16.31)	-0.66	0.51	54.40 (15.58)	59.33 (15.59)	-1.50	0.14
Relações interpessoais**	19.65 (7.14)	19.79 (6.35)	-0.09	0.92	18.38 (6.63)	21.26 (6.52)	-2.01	0.04
Papéis sociais	15.60 (4.95)	15.95 (5.04)	-0.33	0.75	14.91 (5.03)	16.80 (4.76)	-1.79	0.08

Nota: *Variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre SP atual alta e baixa. ** Variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre maior SP alta e baixa. ***Para a ED-15 apenas foram consideradas os itens comportamentais.

Supressão de Peso (SP) e Métodos Purgativos

Os participantes que utilizam métodos purgativos (vômito e laxantes) apresentaram valores de SP atual superiores ($M = 14.15$, $DP = 13.87$), aos que não utilizam métodos purgativos ($M = 9.04$, $DP = 7.32$), $t(93) = 5.75$, $p = 0.02$. No entanto, em relação à maior SP não existiram diferenças entre os

participantes que utilizam ($M = 27.11$, $DP = 13.82$) e os que não utilizam ($M = 28.56$, $DP = 16.87$) métodos purgativos, $t(94) = 0.44$, $p = 0.66$.

Discussão

Com este estudo pretendia-se explorar a relação entre a supressão de peso (SP) e diferentes variáveis (clínicas, atitudes alimentares e psicopatológicas) em pacientes com episódios de ingestão alimentar com perda de controlo (diagnósticos BN e PIAC). Também se analisou a influência do uso de métodos purgativos (vómito e laxantes) nos valores de SP.

Apesar de não existir associação entre a idade dos participantes e a SP atual, existiu uma relação entre a mesma e a maior SP, sendo que as participantes mais velhas tiveram maior SP mais elevada. Esta relação pode ser devida ao facto de indivíduos mais novos não terem um histórico tão grande de peso mais elevado (Gorrell et al., 2019). Realmente, no presente estudo, parece que com o aumento da idade, maior foi o peso mais elevado das participantes⁴. Além disso, inevitavelmente, a maior SP mostrou-se, em média, superior à SP atual⁵. Por conseguinte, apesar de não se ter encontrado uma associação com a duração da perturbação, ter uma história de SP pode remeter para uma história de dietas de longa duração.

Foram encontrados resultados contrastantes entre a SP atual e a maior SP em relação ao peso corporal e ao IMC. A SP atual correlacionou-se negativamente com estas variáveis, sendo que indivíduos com baixa SP atual têm peso corporal e IMC mais elevados. Sendo a SP atual a diferença entre o peso mais elevado e o peso atual, estes resultados indicam que as participantes que têm o peso mais elevado mais próximo do atual (baixa SP) são as que pesam mais e, conseqüentemente, têm maior IMC. Já estes valores superiores de peso e IMC foram associados aos indivíduos com níveis mais altos de maior SP, que como corresponde à diferença entre o peso mais elevado e o peso mais baixo, indica que quanto mais distantes estes pesos são, maior é o peso corporal atual. Como referido na revisão da literatura, quando um indivíduo ganha peso e mantém esse novo peso, o corpo encara o peso maior como o “novo normal” (Rosenbaum et al., 2008). Desse modo, apesar de existirem esforços ao longo da vida para controlar o peso (isto é, maior SP elevada), as forças biocomportamentais movem os sujeitos para o peso mais elevado (Gorrell et al., 2019), havendo, conseqüentemente, baixa SP atual. Assim, tal como este estudo sugere, atingindo e mantendo-se um peso elevado é mais provável que o peso corporal se mantenha próximo do mesmo.

⁴ $t(97) = 0.39$, $p < 0.001$.

⁵ $t(95) = 10.60$, $p < 0.001$.

Apenas a SP atual se correlacionou com a restrição alimentar, sendo que indivíduos com alta SP efetuaram maior restrição e mais exercício físico excessivo no mês e semana anterior ao preenchimento, respetivamente. Estes resultados parecem consistentes com a literatura (Burnette, 2017, 2018; Goodman, 2018; Lavender, 2015; Lowe et al., 2018; Van Son, 2013) e sugerem que estes comportamentos são uma forma de manter a supressão de peso elevada, ou seja, de os indivíduos manterem o peso atual longe do peso mais elevado que tiveram. Esta perspetiva pode também servir para justificar o facto de os participantes que utilizavam métodos purgativos (vómito autoinduzido e laxantes) terem apresentado níveis superiores SP atual. Em conjunto, estes dados sugerem que a SP elevada é atingida através de métodos compensatórios e, especificamente, de métodos purgativos (Bodell & Keel, 2015; Burnette, 2017; Butryn et al., 2006; Hagan et al., 2017; Van Son, 2013).

Também os indivíduos com SP atual elevada apresentaram mais falta de consciência e de clareza emocional. Podemos sugerir que, tal como a restrição alimentar e os comportamentos purgativos podem servir como estratégias desadaptativas de evitamento ou regulação emocional (Espeset et al., 2012; Oldershaw et al., 2015; Vögele et al., 2017), também a manutenção de níveis elevados de SP seja uma forma (desadaptativa) de lidar com alguma desregulação emocional, nomeadamente através da restrição alimentar.

Já os indivíduos com maior SP mais elevada apresentaram maior sintomatologia geral e, especificamente, mais dificuldades nas relações interpessoais. Este resultado pode sugerir que manter níveis elevados de SP, que exige grandes esforços, interfere com a qualidade de vida e pode implicar que o sujeito não esteja tão disponível para a vida social.

Por outro lado, quer a SP atual como a maior SP foram correlacionadas positivamente com a sintomatologia depressiva. Quanto maior a SP de um indivíduo, maior o apetite (Doucet et al., 2000) e a tendência para ganhar peso no futuro (Carter et al., 2015; Lowe et al., 2006; Stice et al., 2011). Parece, assim, existir uma relação entre a SP e a sintomatologia depressiva.

Tendo em conta os resultados supramencionados, a SP parece ter um impacto na vida do sujeito, na manutenção de comportamentos e atitudes alimentares, no humor depressivo e até nas relações interpessoais. Contudo, foi notório um padrão de resultados diferente quando se considerou a SP atual e a maior SP, ainda que ambas se tenham revelado correlacionadas positivamente. Dessa forma, parece pertinente que estudos futuros considerem as duas medidas.

De facto, Acurso et al. (2016) encontraram correlações entre a maior SP de adolescentes e a preocupação com o peso e preocupação com a forma corporal, mas estas não se correlacionaram com a SP atual. Neste estudo, que é com uma população diferente (mulheres adultas), nem a SP maior nem

a atual se associaram a variáveis como a preocupação com o peso e/ou forma corporal. No entanto, é possível que estas e outras relações possam não ter sido encontradas devido ao tamanho da amostra, constituindo esta uma limitação do presente estudo.

Outras limitações prendem-se com o facto de a amostra ser composta apenas por mulheres, por nem todas responderem a todas as variáveis e questionários (variando assim o n para cada variável analisada) e, ainda, pelo carácter transversal do estudo impossibilitar compreender as variáveis como causas ou efeitos. Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros procurem estas relações com uma amostra maior, mais variada e num carácter longitudinal. Permitindo a comparação entre valores de SP pré e pós-intervenção, poder-se-ia perceber a implicação que níveis elevados de SP têm na própria intervenção e na vida do sujeito (e.g., se valores se mantêm elevados e associados a medidas psicopatológicas mesmo após a intervenção).

Em suma, espera-se que este estudo seja um indicador para que estudos futuros possam estudar relações e modelos mais complexos de moderação ou mediação (e.g., IMC, desregulação emocional, métodos compensatórios, métodos purgativos), tendo em conta os principais resultados e limitações da presente investigação. Além disso, a interpretação destes resultados deve ser feita considerando que a amostra constituiu participantes que apresentam perda de controlo alimentar, variável que pode ser inserida nesses modelos e estes resultados podem ser comparados com a ausência da mesma (e.g., pacientes com Anorexia Nervosa). Também se salienta a importância de atender aos níveis de SP dos indivíduos no tratamento destas perturbações, uma vez que parecem associados a diferentes variáveis que podem interferir com a intervenção (e.g., sintomatologia depressiva).

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Accurso, E. C., Lebow, J., Murray, S. B., Kass, A. E., & Le Grange, D. (2016). The relation of weight suppression and BMIz to bulimic symptoms in youth with bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 4*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0111-5>
- Amoras, D. R., Messias, D. C. F., Ribeiro, R. P. P., Turssi, C. P., & Serra, M. C. (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP, 39*(4), 241-245.
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D.C. (2004) Transtorno de Compulsão Alimentar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(4), 170-172.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review, 8*(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bodell, L. P., Brown, T. A., & Keel, P. K. (2017). Weight suppression predicts bulimic symptoms at 20-year follow-up: The mediating role of drive for thinness. *Journal of abnormal psychology, 126*(1), 32. <https://doi.org/10.1037/abn0000217>
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 428-438. <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2015). Weight suppression in bulimia nervosa: Associations with biology and behavior. *Journal of abnormal psychology, 124*(4), 994. <https://doi.org/10.1037/abn0000077>
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour research and therapy, 46*(10), 1105-1110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders, 1-3*.
- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Exploring gender differences in the link between weight suppression and eating pathology. *Eating behaviors, 27*, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.10.001>

- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2018). Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eating behaviors, 30*, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.003>
- Butryn, M. L., Juarascio, A., & Lowe, M. R. (2011). The relation of weight suppression and BMI to bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 44*(7), 612-617. <https://doi.org/10.1002/eat.20881>
- Butryn, M. L., Lowe, M. R., Safer, D. L., & Agras, W. S. (2006). Weight suppression is a robust predictor of outcome in the cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology, 115*(1), 62. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.1.62>
- Carter, F. A., Boden, J. M., Jordan, J., McIntosh, V. V., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2015). Weight suppression predicts total weight gain and rate of weight gain in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 912-918. <https://doi.org/10.1002/eat.22425>
- Cook, B. J., Steffen, K. J., Mitchell, J. E., Otto, M., Crosby, R. D., Cao, L., ... Stephen A. Wonderlich, S. A., Crow, S., Hill, L., Grange, D. L., & Powers, P. (2015). A pilot study examining diagnostic differences among exercise and weight suppression in bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review, 23*(3), 241-245. <https://doi.org/10.1002/erv.2350>
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 31*(4), 154–157. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832004000400003>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 37*(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000400001>
- Doucet, E., Imbeault, P., St-Pierre, S., Almeras, N., Mauriege, P., Richard, D., & Tremblay, A. (2000). Appetite after weight loss by energy restriction and a low-fat diet–exercise follow-up. *International journal of obesity, 24*(7), 906-914. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801251>
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbå, R. H. S., Skaårderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*(6), 451–460. <https://doi.org/10.1002/erv.2183>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders, 16*(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (1993). The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 1-8.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory.
- Goldschmidt, A. B. (2017). Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature. *Obesity reviews*, *18*(4), 412-449. <https://doi.org/10.1111/obr.12491>
- Goodman, E. L., Baker, J. H., Peat, C. M., Yilmaz, Z., Bulik, C. M., & Watson, H. J. (2018). Weight suppression and weight elevation are associated with eating disorder symptomatology in women age 50 and older: results of the gender and body image study. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(8), 835-841. <https://doi.org/10.1002/eat.22869>
- Gorrell, S., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Anderson, L. M., & Donahue, J. M. (2019). Weight suppression and its relation to eating disorder and weight outcomes: a narrative review. *Eating disorders*, *27*(1), 52-81. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1499297>
- 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*, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hagan, K. E., Clark, K. E., & Forbush, K. T. (2017). Incremental validity of weight suppression in predicting clinical impairment in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(6), 672-678. <https://doi.org/10.1002/eat.22673>
- Hessler, J. B., Diedrich, A., Greetfeld, M., Schlegl, S., Schwartz, C., & Voderholzer, U. (2018). Weight suppression but not symptom improvement predicts weight gain during inpatient treatment for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *26*(2), 146-149. <https://doi.org/10.1002/erv.2573>
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & behavior*, *94*(1), 121-135. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037>
- Keel, P. K., Bodell, L. P., Forney, K. J., Appelbaum, J., & Williams, D. (2019). Examining weight suppression as a transdiagnostic factor influencing illness trajectory in bulimic eating disorders. *Physiology & behavior*, *208*, 112565. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112565>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology*

- & *Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249-258.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199612\)3:4%3C249::aid-cpp106%3E3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4%3C249::aid-cpp106%3E3.0.co;2-s)
- Lavender, J. M., Shaw, J. A., Crosby, R. D., Feig, E. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... & Lowe, M. R. (2015). Associations between weight suppression and dimensions of eating disorder psychopathology in a multisite sample. *Journal of psychiatric research*, 69, 87-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.021>
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440. <https://doi.org/10.1002/eat.10103>
- Lowe, M. R., Davis, W., Lucks, D., Annunziato, R., & Butryn, M. (2006). Weight suppression predicts weight gain during inpatient treatment of bulimia nervosa. *Physiology & behavior*, 87(3), 487-492.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.11.011>
- Lowe, M. R., Piers, A. D., & Benson, L. (2018). Weight suppression in eating disorders: a research and conceptual update. *Current psychiatry reports*, 20(10), 80. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0955-2>
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427-437.
<https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Marcus, M. D., Kalarchian, M. A., & Courcoulas, A. P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 285-291.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08091327>
- Nikolic, M., Pavlovic, M., & Vojinovic, M. M. (2009). Medical nutrition therapy in management of eating disorders. *Eating Disorders*, 48(1), 50-55.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Pollert, G. A., Engel, S. G., Schreiber-Gregory, D. N., Crosby, R. D., Cao, L., Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (2013). The Role of Eating and Emotion in Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 233-238.
<https://doi.org/10.1002/eat.22061>

- Rodrigues, T., Vaz, A. R., Silva, C., Conceição, E., & Machado, P. P. (2019). Eating Disorder-15 (ED-15): Factor structure, psychometric properties, and clinical validation. *European Eating Disorders Review*, 27(6), 682-691. <https://doi.org/10.1002/erv.2694>
- Rosenbaum, D. L., & White, K. L. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887-898. <https://doi.org/10.1177/1359105315580212>
- Rosenbaum, M., Hirsch, J., Gallagher, D. A., & Leibel, R. L. (2008). Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. *The American journal of clinical nutrition*, 88(4), 906-912. <https://doi.org/10.1093/ajcn/88.4.906>
- Stice, E., Durant, S., Burger, K. S., & Schoeller, D. A. (2011). Weight suppression and risk of future increases in body mass: effects of suppressed resting metabolic rate and energy expenditure. *The American journal of clinical nutrition*, 94(1), 7-11. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.010025>
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Desjardins, C. (2020). Weight suppression increases odds for future onset of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and purging disorder, but not binge eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa146>
- Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1005-1015. <https://doi.org/10.1002/eat.22430>
- Van Son, G. E., van der Meer, P. A., & Van Furth, E. F. (2013). Correlates and associations between weight suppression and binge eating symptomatology in a population-based sample. *Eating behaviors*, 14(2), 102-106. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.11.003>
- Vaz, A. R., Conceição, E., Pinto-Bastos, A., Silva, D., & Machado, P. P. (2020). Validation of the Portuguese version of the Clinical Impairment Assessment (CIA) in eating disorders' patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 627-635. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00661-4>
- Vögele, C., Lutz, A. P. C., & Gibson, E. L. (2017). Mood, emotions, and eating disorders. In *The Oxford Handbook of Eating Disorders*, 155–186. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.8>
- White, M. A., & Grilo, C. M. (2011). Diagnostic efficiency of DSM-IV indicators for binge eating episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 75–83. <https://doi.org/10.1037/a0022210>

SUPRESSÃO DE PESO E PERDA DE CONTROLO

White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2010). Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: A prospective 24-month follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*, 175–184. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04328blu>

Whiteside SP, Lynam D, Miller J, Reynolds S (2005) Validation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: a four factor model of impulsivity. *Eur J Personal* *19*, 559–574. <https://doi.org/10.1002/per.556>

Anexos

Anexo A – Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 137/2015

Título do projeto: *Randomized controlled trial for internet based self-help for bulimic disorders: Predictors, change and cost effectiveness*

Investigador(es): Paulo Machado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Eva Martins da Conceição, Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Daniel Sampaio, Faculdade de Medicina de Lisboa; Jennifer Santos, Hospital de Santa Maria; e Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz, Pós Doc na Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola de Psicologia da Universidade do Minho

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto em epígrafe. Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Salienta-se que o estudo deverá solicitar Parecer e/ou autorização e seguir as diretivas nacionais e/ou locais de cada lugar de recolha, como aplicável, particularmente das Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários, se aplicável.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Quando aplicável Consentimento Informado,