



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Catarina Pinto Freitas

Petisco Contínuo em pacientes Pré e Pós Cirurgia Bariátrica: Validação do Questionário REP(EAT)_Q



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Catarina Pinto Freitas

Petísco Contínuo em pacientes Pré e Pós Cirurgia Bariátrica: Validação do Questionário REP(EAT)_Q

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eva Conceição

junho de 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Catarina Pinto Freitas

Endereço eletrónico: ana_catarina_19@live.com.pt

Número do Bilhete de Identidade: 14205454

Título dissertação: Petisco Contínuo em pacientes Pré e Pós Cirurgia Bariátrica:

Validação do Questionário REP(EAT)_Q

Orientadora: Professora Doutora Eva Conceição

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Metodologia.....	11
Amostra.....	11
Caraterização da amostra	11
Instrumentos.....	12
Procedimentos	15
Análise de dados.....	16
Resultados	17
Discussão	21
Conclusão	24
Referências.....	26

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Eva Conceição pela disponibilidade, partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes, orientação e amabilidade com que sempre me recebeu.

Ao meu PAI e à minha MÃE, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio e Amor incondicional. Pelas preocupações contantes, palavras de incentivo, pela enorme dedicação ao longo destes anos e por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos.

Aos meus amigos por todos os momentos de convívio, por todo o apoio, pelas conversas permanentes e incentivo na finalização deste percurso, sem dúvida que são um dos maiores pilares na minha vida.

À Dra. Filipa Arrojado e à Dra. Márcia Cunha, psicólogas no Hospital de São João, local onde fiz a minha recolha de dados, pela prontidão com que me davam acesso aos agendamentos das consultas dos pacientes e auxílio nos diagnósticos clínicos.

Petisco Contínuo em pacientes Pré e Pós Cirurgia Bariátrica: Validação do Questionário REP(EAT)_Q

Resumo

O petisco contínuo é caracterizado por um padrão alimentar repetitivo que tem recebido uma grande atenção entre os pacientes de cirurgia bariátrica.

Este estudo apresentou, como objetivo primordial, a validação do questionário Rep(eat)-Q para população clínica a pacientes pré e pós cirurgia bariátrica, focando-se nas suas propriedades psicométricas, incluindo a sua constituição fatorial, a consistência interna, bem como a validade convergente. A amostra foi constituída por 242 participantes, com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos. Foi efetuada uma análise de componentes principais para determinar a estrutura fatorial do instrumento.

Uma solução de dois componentes relacionados foi obtida para o Rep(eat)-Q, representando dois tipos de petisco contínuo distintos: compulsivo e não compulsivo. A pontuação global do Rep(eat)-Q, assim como cada de um dos seus componentes, apresentou boas propriedades de consistência interna. O valor global do instrumento apresentou associações de grau elevado com as subescalas distúrbio de alimentação ($r=.743$) e alimentação emocional ($r=.672$) do TFEQ-R21 e uma relação moderada com o Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares ($r=.434$), evidenciando bons níveis de validade convergente. O Rep(eat)-Q demonstrou relações modestas com a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress ($r=.347$), assim como com a Escala de Impulsividade do Comportamento ($r=.405$).

Palavras-chave: Rep(eat)-Q, população-clínica, petisco contínuo, validação

Grazing in patients before and after bariatric surgery: validation of the Rep(eat) questionnaire

Abstract

Grazing, characterized by a repetitive eating pattern, has received increased attention among bariatric surgery patients.

The primordial goal of this study was to validate the Repetitive Eating Questionnaire (Rep(eat)-Q) in a sample of bariatric surgery patients. We focused on the psychometric properties of the instrument, namely its factorial composition, internal consistency, and convergent and divergent validities. For this purpose, we used a sample of 242 participants, ranging from 19 to 65 years old. A principal components analysis was conducted to determine the factorial structure of the instrument. A solution of two correlated components was obtained for Rep(eat)-Q, representing two distinct types of grazing: compulsive and non-compulsive. Both the Rep(eat)-Q components, and the global score of the instrument revealed good internal consistency properties. The global score of Rep(eat)-Q revealed strong associations with the uncontrolled eating ($r=.743$) and emotional eating ($r=.672$) subscales of the Three-Factor Eating Questionnaire and a moderate association with the Eating Disorders Questionnaire ($r=.434$), evidencing a good convergent validity. Rep(eat)-Q displayed modest associations with the Depression, Anxiety and Stress Scale ($r=.347$), as well as with the Impulsivity Behavior Scale ($r=-.405$).

Keywords: Rep(eat)_Q, clinical population, grazing, validation

Introdução

A obesidade trata-se de uma doença crónica complexa que pode ser definida como: “uma acumulação excessiva de gordura corporal que deriva de um desequilíbrio crónico entre a energia ingerida e a energia gasta”(WHO, 2000).

Os indivíduos obesos, quando comparados com indivíduos com um peso adequado, possuem maior prevalência de morbidade psicológica e psiquiátrica. Neste sentido, a obesidade encontra-se associada a um aumento significativo da mortalidade e comorbilidade nestes indivíduos (Morais, 2010).

O tratamento mais eficaz para esta problemática é a Cirurgia Bariátrica. A longo prazo, observam-se melhorias ao nível da saúde física, psicológica e social do sujeito (Morais, 2010). No entanto, apesar da perda de peso inicial dos pacientes é comum observar-se após o procedimento clínico uma falha na manutenção da perda de peso.

Conceição e colaboradores (2014) referem que comportamento de petisco contínuo consiste na ingestão de pequenas quantidades de alimentos de forma contínua ou quantidades maiores de comida ao longo de um período mais prolongado, como por exemplo, uma manhã ou uma tarde. Atualmente ainda não há um consenso relativamente aos critérios de diagnóstico do comportamento deste comportamento. O conhecimento sobre os pacientes com comportamentos de petisco contínuo é reduzido (Goodpaster et al., 2016). Existem evidências de que o petisco contínuo tem prevalência elevada em sujeitos com perturbação alimentar, obesidade e indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica (Conceição et al., 2014).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-V), as perturbações alimentares “são caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.” (American Psychological Association, 2014).

No entanto, na prática clínica existem diversas formas de comportamentos alimentares desadaptativos. Para além da ingestão alimentar compulsiva, existem outras formas de comer em excesso que, por si só, não preenchem critérios para serem considerados distúrbios alimentares, mas, não obstante, não deixam de ter um impacto significativo sobre a vida do sujeito (Saunders, 2004).

Assim, Saunders (2004) e Masheb et al. (2011) mencionam o comportamento de petisco contínuo como um destes “padrões alimentares atípicos”, constituindo pequenos e subjetivos episódios, onde ocorre um excesso de consumo alimentar.

O comportamento de petisco contínuo é um problema alimentar que se associa a menor perda de peso. Após a intervenção, se o indivíduo continuar a manifestar este comportamento é provável que surja um reaumento de peso, após a intervenção cirúrgica.

Consequentemente, o petisco contínuo pode comprometer os resultados ao nível do peso após o procedimento clínico (Conceição et al., 2014). Por outro lado, a intervenção cirúrgica constitui uma restrição física a estes indivíduos, uma vez que após a intervenção, ocorre uma restrição que impede a ocorrência de episódios objetivos de ingestão excessiva onde predomina uma quantidade abusiva de alimentos (Conceição et al., 2014).

Nicolau e colaboradores (2015) estudaram os padrões alimentares de indivíduos após cirurgia bariátrica. Os autores concluíram que o desenvolvimento do comportamento de petisco contínuo é frequente após a intervenção. Uma vez que este comportamento se encontra associado à recuperação de peso, alertam para a importância de um rastreio sistemático nestes indivíduos.

Muito já tem sido estudado, mas relativamente pouco parece saber-se sobre os comportamentos alimentares atípicos que possam estar associados ao excesso de peso e à obesidade (Carter & Jansen, 2012).

Na literatura o petisco contínuo surge como um dos comportamentos alimentares associado a piores resultados, menor perda de peso ou até recuperação de peso após cirurgia bariátrica (Kofman M., et al., 2010), falha em dietas (Wittig V. & Wittig J., 1993) e piores resultados em tratamentos para a ingestão compulsiva (Harvey, E. et al., 1994).

Lane e Szabó (2013) referem que o petisco contínuo, ou seja, alimentação repetitiva de pequenas quantidades de alimentos, está a ser cada vez mais reconhecido como um importante comportamento alimentar associado à obesidade.

O petisco contínuo parece ser um comportamento com elevada prevalência nos diversos diagnósticos de perturbações alimentares (44% na ingestão compulsiva, 57,6% em bulimia nervosa e 34,3% em anorexia nervosa) (Conceição et al., 2013).

Conceição, Engel, Machado, e Lancaster & Wonderlich (2014), propõem dois subtipos de petisco contínuo: um subtipo compulsivo em que a pessoa se alimenta como forma de responder aos seus desejos e em que existe perda de controlo, ou seja, o sujeito não é capaz de resistir à comida mesmo estando a tentar resistir e um subtipo não compulsivo que se caracteriza pelo comer de uma forma distraída e sem pensar, não havendo sensação de perda de controlo.

Este conceito carece de um estudo consistente, pois diversos autores usam e abusam de diferentes terminologias referindo-se ao conceito de petisco contínuo, tais como “snackeating” (Brolin et al., 1994), “grazing” (Saunders et al., 1998), “picking or nibbling” (Fairburn & Cooper, 2000), “nibbling” (Busetto, 2002), “between-meals snacking” (O’ Connor et al., 2008).

Parece surgir alguma controvérsia entre o conceito de petisco contínuo e o conceito de Ingestão Alimentar Compulsiva, este, por sua vez, consiste num único episódio de ingestão de comida, associado a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre a alimentação (APA, 2014). Contudo, é precisamente nesta questão da ocorrência ou não de falta de controlo que se encontra menor concordância entre autores no que diz respeito à conduta de petisco contínuo (Lane, B. & Szabó, M., 2013).

Alguns autores consideram que uma perda de controlo sobre comer é realmente presente durante o petisco contínuo, dadas as pequenas quantidades de alimentos consumidos (Fairburn, 2008). Outros sugerem que uma perda de controlo pode ser uma especificidade dentro da categoria de petisco contínuo (Carter & Jansen, 2012).

O petisco contínuo diferencia-se de compulsão alimentar pela falta de limites de tempo discretos, o modo relativamente lento em que comer ocorre, e as quantidades relativamente pequenas de comida em cada ingestão. Além disso, o petisco contínuo é diferenciado de merendas planeadas, um comportamento associado com resultados positivos (Fairburn, 2008).

A nova categoria de diagnóstico, ingestão alimentar compulsiva, é uma patologia alimentar com uma elevada associação ao excesso de peso tendo, portanto, bastante relevância no que concerne aos pacientes de cirurgia bariátrica. É caracterizada pela ingestão compulsiva de grandes quantidades de comida do tipo não purgativo, é a desordem alimentar mais comum em pacientes obesos (Busetto et al, 2005). Após a submissão ao processo da cirurgia, o doente deixa de ser capaz de ingerir grandes

quantidades de comida de uma só vez. Assim, o PC é um padrão alimentar desadaptativo que tende a surgir, com bastante prevalência, após a cirurgia (Saunders, 2004). Desta forma, de acordo com este autor, muitos pacientes, antigamente diagnosticados com ingestão alimentar compulsiva, passam a realizar petisco contínuo.

Existem evidências de que os indivíduos que relatam episódios de compulsão alimentar subjetiva (SBE) e objetiva (OBE) podem estar em risco elevado de perturbação psicológica e beneficiar de intervenção clínica (Colles, Dixon, Brien, 2008).

Pacientes que se envolvem em episódios de compulsão alimentar após a cirurgia, são mais propensos a apresentar recuperação do peso do que pessoas que não se dedicam a este comportamento (Busetto et al., 2005).

Goodpaster e colaboradores (2016) estudaram o comportamento de petisco contínuo em pacientes bariátricos pré-cirúrgicos examinando as diferenças entre este comportamento com controlo sobre a alimentação e com perda de controlo. Os autores concluíram que os candidatos a cirurgia bariátrica que apresentam comportamentos de petisco contínuo sem controlo apresentam maior risco de psicopatologia (ansiedade e depressão), experienciando um maior grau de desconforto geral.

Saunders (2004), refere que pacientes com bypass gástrico com uma série de padrões alimentares perturbados antes da cirurgia, podem estar em risco de voltar a velhos padrões de pós-operatório. Uma pesquisa recente mostrou que a compulsão é comum entre os obesos, antes da cirurgia, bem como na fase de manutenção do pós-operatório e parece estar ligada ao pior resultado. Embora o comportamento de petisco contínuo não ter sido estudado especificamente, é também um comportamento de alto risco.

Apesar de reportarem não serem capazes de comer grandes quantidades, o petisco contínuo tornou-se o padrão mais comum, aparecendo mais frequentemente 6 meses após a cirurgia (Saunders 2004).

Ainda segundo este autor, Saunders (2004) este relata que diferentes formas de excessos alimentares devem ser avaliados nestes pacientes, com foco na perda subjetiva de controlo ao invés da quantidade consumida. Embora muitos pacientes não cumpram critérios rigorosos para uma desordem de ingestão alimentar antes da cirurgia, estes pacientes também são de alto risco.

Neste sentido, o consenso entre os investigadores sugere que o petisco contínuo seja definido como um comportamento alimentar que se caracteriza por pequenas

quantidades de comida de uma forma não planeada, sendo que “repetitivo” é caracterizado quando existem dois ou mais eventos alimentares num mesmo período de tempo. (Conceição et al.,2014)

A par de todas estas definições e inconsistências entre investigadores em torno deste conceito, a questão que se coloca é se o petisco contínuo é um comportamento alimentar perturbado, ou mal adaptativo, ou talvez um comportamento alimentar normativo fora do espectro do comportamento alimentar perturbado (Conceição et al.,2013).

Assim, foram realizados estudos que pretendiam analisar a frequência do petisco contínuo em grupos com perturbações alimentares como a ingestão alimentar compulsiva, anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os dados sugeriram que o petisco contínuo é um comportamento alimentar razoavelmente frequente entre os participantes com bulimia nervosa, anorexia nervosa e ingestão alimentar compulsiva encontrando-se fora do espectro dos comportamentos alimentares perturbados (Conceição et al.,2013).

Este comportamento ganha sobretudo especial significância quando se encontra associado a pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Quando articulado a comportamentos compensatórios e características psicopatológicas de comportamentos perturbados não há essa significância pois não se encontra relacionado com o aumento da incapacidade psicológica ou outros comportamentos alimentares perturbados, o que levanta questões acerca da significância clínica do petisco contínuo entre os sujeitos com perturbações alimentares, contudo, e como já referi, o petisco contínuo articulado a pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, destaca a necessidade de investigar melhor estes padrões alimentares caracterizados por comer repetitivamente pequenas quantidades de comida (Conceição et al.,2013).

A presente investigação tem como objetivos: (1) Testar as propriedades psicométricas do questionário REP (EAT), nomeadamente a sua constituição fatorial, a consistência interna, bem como as validades convergente e divergente., uma medida de auto-relato desenvolvida para avaliar o comportamento de grazing em pré e pós cirurgia bariátrica dos pacientes; (2) Encontrar evidências para os dois subtipos existentes de grazing: subtipo compulsivo e não compulsivo.

Paralelamente, este estudo assenta na validação do questionário Rep(eat) a pacientes pré e pós cirurgia bariátrica, apresentando as propriedades psicométricas. O instrumento Repetitive Eating Questionnaire (Rep(Eat)_Q), é um instrumento oportuno, que avalia o comportamento de petisco contínuo, assente nos critérios definidos sobre o conceito de petisco contínuo assim como as suas características.

Metodologia

Amostra

A amostra em população clínica para este estudo foi recolhida em contexto hospitalar, no Hospital de São João do Porto, e, paralelamente, no Hospital de Braga. Os pacientes foram selecionados em situação pré cirurgia bariátrica e pacientes em situação de pós cirurgia bariátrica, ou seja, pacientes que já tinham realizado a cirurgia bariátrica ou ainda em vias de a realizar, devendo estes pacientes passar por algumas consultas de especialidade como nutrição, endocrinologia, nutrição e psicologia a fim de obterem o parecer favorável.

Caraterização da amostra

A amostra foi constituída por 242 participantes (83.5% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos ($M=41.85$, $DP=10.59$). A maioria dos participantes é casada (57%), 18.6% dos participantes completou o ensino primário, 16.9% o ciclo preparatório, 21.5% o 9º ano, 27.7% completou o 12º ano, enquanto 10% frequentaram ou terminaram um curso de ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra

Sexo		
	Feminino	242 (83.5%)
	Masculino	40 (16.5%)
Idade	M=41.85 (10.59), [19-65]	
Estado Civil		
	Solteiro	51 (21.1%)
	Casado	138 (57.0%)
	União de facto	15 (6.2%)
	Separado	2 (0.8%)
	Divorciado	28 (11.6%)
	Viúvo	7 (2.9%)
Escolaridade		
	Sem estudos	2 (0.8%)
	Completo o ensino primário	45 (19.4%)
	Completo o ensino preparatório	41 (16.9%)
	Completo o 9º ano	52 (21.5%)
	Completo o 12º ano	67 (27.7%)
	Frequentou o ensino superior	11 (4.5%)
	Completo o ensino superior	23 (9.5%)
	Outra	1 (0.4%)
Situação laboral		
	Empregado	127 (52.5%)
	Desempregado	84 (34.7%)
	Estudante	9 (3.7%)
	Reformado	19 (7.9%)

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Procurando responder aos meus objetivos de estudo com vista a obtenção dos dados, foram usadas para a recolha de dados medidas sociodemográficas e a respetiva situação clínica (género, idade, situação profissional, estado de saúde, medicação e historial de obesidade).

Tem como objetivo recolher dados biográficos e antropométricos de todos os pacientes, como é o caso de idade, sexo, grau de escolaridade, profissão, peso e altura.

Estes itens foram criados, tendo em atenção as condicionalidades deste estudo, de modo a recolher todas as informações que pudessem vir a ser relevantes para a compreensão e análise das diferentes variáveis, assim como para a caracterização do comportamento de petisco contínuo.

Repetitive Eating Questionnaire (Rep (Eat)_Q):

Um instrumento da Avaliação do Comportamento Alimentar, o Rep(Eat)_Q de nome original Repetitive Eating Questionnaire, o qual foi validado na população clínica portuguesa, que é um questionário de autorrelato composto por 15 itens para avaliar a existência ou não de comportamento de PC no último mês. Respondidos tendo por base o número de vezes em que o comportamento se verificou nos últimos 28 dias e usando uma Escala de Likert de 7 pontos (0=*Nunca*; 6=*mais do que uma vez em todos os dias da semana*). Desenvolvido com base nos critérios mais frequentemente reportados na literatura para definir o petisco contínuo, bem como nas principais características deste comportamento, sugeridas por 18 Investigadores com trabalho publicado sobre o tema (contactados via email) (Conceição et al., 2014).

Escala de Impulsividade do Comportamento (UPSS-P):

É um instrumento de nome original Impulsive Behavior Scale, da autoria de Whiteside e Lynam (2001). Este encontra-se organizado em 5 subescalas e é constituído por 59 itens que deverão ser respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (1=*Concordo completamente*); 4=(*Discordo completamente*) (Whiteside & Lynam, 2001). Destas cinco subescalas (Urgência Negativa, Falta de Premeditação, Falta de Perseverança, Procura de Sensações e Urgência Positiva) foi administrada meramente a escala de “Urgência Negativa”, com um total de 12 itens.

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

O EADS-21 que se designa por Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, com nome original de Depression Anxiety Stress Scale (DASS) da autoria de Lovibond & Lovibond (1995), adaptado para a versão portuguesa por Ribeiro e Leal (2004). Constitui uma escala de 21 itens distribuídos num número igual pelas três escalas:

Depressão, Ansiedade e Stress, possuindo cada uma 7 itens que corresponde a um total de 21 itens. Estes são respondidos tendo em conta a última semana, numa escala tipo Likert de 4 pontos (0=*Não se aplica nada a mim*; 3=*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Os sujeitos respondem em que medida experimentaram cada sintoma na semana transata à avaliação, assinalando numa escala de frequência de 4 pontos. Segundo Ribeiro (2007) este instrumento avalia a depressão, a ansiedade e o stresse, referindo que pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

The Three Factor Eating (TEFQ-R21)

Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) é uma versão mais robusta psicometricamente do original de 51 itens, da autoria de Stunkard & Messick,(1985). É um instrumento composto por 21 itens que determina o grau de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar, ou seja, avalia estes três fatores. Inicialmente este questionário foi apresentado em 1985 com 51 itens (TEFQ), mais tarde passou por uma modificação, sendo restringido para 18 perguntas. O TEFQ-R21 surge mediante um novo estudo de validação deste mesmo questionário, resultando numa nova versão com 21 itens, a restrição cognitiva contempla 6 itens, a escala de alimentação emocional também com 6 itens, e, por último a escala de descontrole alimentar com 9 itens.

ED-15

O ED-15, de nome original Eating Disorder Examination- Questionnaire, é um questionário de auto-relato com 15 itens direcionado a patologias alimentares (Tatham et al.,2015). Consiste em dez cognições e cinco comportamentos, cada um avaliado de 0 a 6. Avalia sintomas das perturbações do comportamento alimentar ao longo dos últimos 28 dias e é composto por quatro subescalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma e preocupação com o peso.

Avalia a frequência com que a pessoa ou se preocupou com o peso ou com perder o controlo sobre o que comia, preocupações relativas ao julgamento das outras pessoas pelo peso e forma física e mesmo avaliar a medida em que estes pacientes evitam o espelho de forma a não olhar para o seu corpo.

Se tendem a verificar o seu peso usando espelhos ou balanças e mesmo comparações negativas relativamente ao corpo de outras pessoas. Além destas 10 questões, restrito ao último mês avalia o comer compulsivo do paciente e se induziu o vômito de forma a controlar o peso, e, caso se tenha verificado no paciente este comportamento, é questionado o número de vezes. Por último, avalia em quantos dias do mês transato à avaliação o paciente tomou laxantes para controlar o peso, restringiu ou fez dieta para controlar o peso e questiona se o paciente fez exercício intenso.

Procedimentos

A recolha de dados foi conduzida em dois hospitais do País, no Hospital de São João no Porto e no Hospital de Braga. Esta recolha foi em formato papel e obteve a aprovação das Comissões de Ética considerando a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013).

Relativamente ao procedimento de escolha dos pacientes para o presente estudo consistiu em pacientes em situação de pré ou pós cirurgia, ou seja, pré ainda vão fazer a cirurgia e pós já a realizaram. Para pacientes em situação de pós cirurgia é desejável que a cirurgia tenha sido realizada no mínimo há um ano e meio e no máximo há três anos, tratando-se assim de pacientes consecutivos com marcação de primeiras consultas como endocrinologia, cirurgia, nutrição ou psicologia. Assim, no fim de alguma destas consultas eram distribuídos estes 6 instrumentos (Questionário Sociodemográfico, Rep(Eat)_Q, UPSS-P, EADS-21, TEFQ-R21, ED-10) destinada a uma ampla amostra para efeitos de publicação.

A recolha de dados decorreu ao longo de 7 meses, ou seja, de Outubro a inícios do mês de Maio em que era aplicado a cada paciente do Hospital os questionários anteriormente referidos e uma entrevista de diagnóstico.

É de salientar os questionários assim como a entrevista de diagnóstico se fazia acompanhar pelo respetivo consentimento informado, esclarecido e livre para investigação clínica.

Análise de dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos no âmbito desta investigação foi efetuado através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Foi realizada uma análise fatorial exploratória, com recurso ao método de extração de componentes principais, com o intuito de investigar a estrutura fatorial do instrumento Rep(eat)-Q. Dado o número de itens que constitui este instrumento, (15 itens), constatou-se que a dimensão amostral aqui utilizada estava de acordo com as recomendações para a validade deste tipo de análise (i.e., um mínimo de 10 sujeitos por cada item (Garson, 2008). Os pressupostos para a realização desta análise foram verificados, com recurso à análise dos valores do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO, o valor mínimo recomendado é de 0.6) e teste de esfericidade de Bartlett (testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é equivalente à matriz de identidade).

A estratégia de remoção de itens consistiu na averiguação das comunalidades para todos os itens (correspondente à verificação da proporção de variância explicada pelos componentes subjacentes; a existência de itens com comunalidades reduzidas levou à sua remoção), e das cargas fatoriais de cada item (no caso de existirem itens com saturação reduzida ou saturação em mais do que um fator, estes foram removidos).

O número de componentes a reter teve por base uma conjugação de aspetos complementares, incluindo o método Kaiser (i.e., fatores com valores próprios/eigenvalues superiores a 1) e visualização gráfica do Scree Plot. Uma vez que é esperado que, na existência de múltiplos fatores, estes se encontram relacionados, privilegiou-se a utilização de rotação oblíqua (através do método Direct Oblimin).

Após a definição do número de componentes a extrair e eliminação de itens problemáticos, procedeu-se à análise do *alfa de Cronbach*, com o intuito de apurar a consistência interna de cada dimensão. Adicionalmente, foi testado se a exclusão de itens individuais conduziria a uma melhoria da consistência da(s) dimensão(ões).

Seguidamente, procedeu-se à análise do Rep(eat)-Q (considerando quer o valor global obtido no instrumento, assim como cada uma das suas dimensões individualmente) e à sua relação com variáveis sociodemográficas de interesse. Para este efeito, procedeu-se à utilização de diferentes testes estatísticos: teste de diferenças entre dois grupos (*independent samples t-test*) para comparar os valores deste instrumento entre homens e mulheres; teste de diferenças entre vários grupos (One-Way

ANOVA) para comparar diferentes estados civis; *correlações de Pearson* para investigar a associação entre a pontuação no instrumento e características individuais como a idade, o peso e a altura.

A validade convergente (i.e., se o instrumento se relaciona com outros instrumentos que avaliam processos semelhantes) do Rep(eat)-Q foi analisada, recorrendo à associação (correlações de Pearson) entre os valores obtidos neste instrumento e o valor total do EDE (bem como com as suas subescalas), uma vez que o EDE com utilização abrangente e com propriedades psicométricas validadas. Procedeu-se também ao teste de correlação entre o Rep(eat)-Q e medidas de ansiedade, depressão e stress (medidas através do EADS-21) e de impulsividade (tendo por base os valores obtidos no UPPS).

Resultados

Através da análise dos resultados dos testes de KMO (.934) e Bartlett ($X^2(105) = 2892.19, p < .001$), o que evidencia que a utilização da análise fatorial exploratória se revela adequada. As comunalidades obtidas revelaram-se adequadas, variando entre .527 e .782, para os itens 13 e 12, respetivamente. Através da análise dos valores próprios/eigenvalues, verificou-se que dois componentes foram retidos de acordo com o critério de Kaiser: em conjunto, estes componentes explicam 68.1% da variância total, sendo que 60.4% da variância se deve exclusivamente ao primeiro componente.

Considerando a solução de dois componentes, observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre os mesmos ($r = .691, p < .001$). A saturação de cada item em cada um dos componentes foi verificada através da matriz rodada: verificou-se que os itens 5 a 15 saturam, principalmente, no componente 1 (as saturações variam entre .700 e .891); no que respeita aos restantes itens (1 a 4), constata-se que estes apresentam saturações mais elevadas no componente 2 (valores entre .511 e .871) (Tabela 1). No que respeita à consistência interna geral da escala, foram obtidos valores consideravelmente elevados ($\alpha = .948$). Considerando cada uma das dimensões isoladamente, verificou-se que o primeiro componente apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha = .951$) e que a eliminação de qualquer um dos itens que compõem esta dimensão não produz melhorias na sua consistência interna. Relativamente ao segundo componente, verificou-se um valor elevado de consistência interna ($\alpha = .797$),

sendo que a eliminação do item 1 produziria um aumento relativo na consistência interna ($\alpha=.836$).

Tabela 2

Saturação de cada item nos dois componentes obtidos

	Componente	
	1	2
Rep_eat_1	-.128	.871
Rep_eat_2	.143	.718
Rep_eat_3	.401	.545
Rep_eat_4	.463	.511
Rep_eat_5	.700	.214
Rep_eat_6	.842	.022
Rep_eat_7	.780	.056
Rep_eat_8	.893	-.028
Rep_eat_9	.875	-.051
Rep_eat_10	.848	-.125
Rep_eat_11	.891	-.055
Rep_eat_12	.883	.003
Rep_eat_13	.705	.037
Rep_eat_14	.817	-.006
Rep_eat_15	.700	.109

Verificou-se que o valor global de Rep(eat)-Q não apresenta valores significativamente diferentes entre homens ($M=16.78$, $DP=17.41$) e mulheres ($M=16.47$, $DP=17.79$), $t(240)=.10$, $p=.921$. O mesmo padrão foi detetado quando se considera cada uma das dimensões individualmente (Tabela 3). O valor global, assim como as subescalas do Rep(eat)-Q (componente 1: soma dos itens 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15; componente 2: soma dos itens 1, 2, 3 e 4) não apresentaram diferenças significativas entre diferentes estados civis. O valor total de Rep(eat)-Q apresentou uma relação estatisticamente significativa com o peso atual ($r=.198$, $p=.002$); por outro lado, a relação deste instrumento com a idade ($r=-.114$, $p=.076$) e com a altura ($r=-.075$, $p=.243$) não revelou significância estatística (Tabela 4).

Tabela 3

Comparação dos valores do Rep(eat)-Q entre homens e mulheres

	Masculino	Feminino	t (p)
Rep(eat)-Q total	16.775 (17.413)	16.47 (17.789)	t(240)=.10, p=.921
Rep(eat)-Q comp 1	12.775 (14.154)	12.688 (14.249)	t(240)=.04, p=.972
Rep(eat)-Q comp 2	4 (4.862)	3.782 (4.551)	t(240)=.27, p=.785

Tabela 4

Correlação entre os valores do Rep(eat)-Q e o peso e altura dos participantes

	Rep(eat)-Q total	Rep(eat)-Q comp 1	Rep(eat)-Q comp 2
Idade	-.114	-.105	-.117
Altura	-.075	-.078	-.048
Peso_atual	.198**	.220**	.081

** p<.01

Relativamente à validade convergente, verificou-se que o Rep(eat)-Q apresenta uma relação elevada com as subescalas DA e AE do TFEQ ($r=.743$ e $r=.672$, respetivamente) e moderada com o EDE ($r=.434$, $p<.001$). No que respeita à validade convergente, verificou-se uma relação estatisticamente significativa com o EADS-21, no sentido positivo (i.e., valores mais elevados de Rep(eat)-Q encontram-se associados com valores mais elevados no EADS-21). Por outro lado, o Rep(eat)-Q demonstrou uma relação estatisticamente significativa (no sentido negativo) com o UPPS (Tabela 5).

Tabela 5

Validades convergente e divergente do Rep(eat)-Q

Validade Convergente		Validade Convergente	
Variável	r de Pearson	Variável	r de Pearson
EDE	.434**	EADS	.347**
TFEQ UE	.743**	EADS Stress	.353**
TFEQ CR	-.149	EADS Ansiedade	.204**
TFEQ EE	.672**	EADS Depressão	.361**
		UPPS	-.405**

*p<.05; **p<.01

A dissociação das dimensões do Rep(eat)-Q revelou que as duas componentes apresentam um padrão semelhante na sua relação com as escalas EDE ($r=.427$ e $r=-.352$ – componentes 1 e 2, respetivamente), EADS (total: $r=.328$ e $r=.321$; stress: $r=.337$ e $r=.320$; ansiedade: $r=.194$ e $r=.185$; depressão: $r=.337$ e $r=.350$ – componentes 1 e 2, respetivamente) e UPPS ($r=-.405$ e $r=-.305$ – componentes 1 e 2, respetivamente). No entanto, as dimensões apresentaram associações dissociáveis com as subescalas do TFEQ, sendo que a primeira dimensão apresenta associações mais fortes com as três componentes da TFEQ (EU: $r=.747$ e $r=.552$; CR: $r=-.184$ e $r=-.003$; EE: $r=.552$ e $r=.266$ – componentes 1 e 2, respetivamente) (Tabela 6).

Tabela 6

Correlação entre diferentes componentes do Rep(eat)-Q e as escalas EDE, TFEQ, EADS e UPPS

	Comp 1	Comp 2
EDE	.427**	.352**
TFEQ EU	.747**	.552**
TFEQ CR	-.184**	-.003
TFEQ EE	.552**	.266**
EADS	.328**	.321**
EADS Stress	.337**	.320**
EADS Ansiedade	.194**	.185**
EADS Depressão	.337**	.350**
UPPS	-.405**	-.305**

**p<.01

Discussão

No sentido de contribuir para a validação do questionário referente ao petisco contínuo (Rep(Eat)_Q), pode-se sintetizar que parece apresentar bons indicadores de fidelidade e validade, aparentando ser um instrumento indicador de uma consistência interna muito significativa. Depois de este questionário ser validado para a população não-clínica, foi agora validado para população clínica com um número de participantes significativo, alcançando medidas de consistência interna através do alfa de cronbach ($\alpha=.948$) estatisticamente significativas o que revela ser um bom preditor para estudos futuros com um número de participantes ainda mais alargado.

Assim sendo, infere-se a validade desta associação de ferramentas com eficácia já comprovada em estudos semelhantes (Karlsson *et al.*,2000).Embora fatores como género, estado civil, idade e altura, em confronto com o questionário Rep(eat)-Q não apresentem diferenças estatísticas consideráveis, é provável que um estudo mais alargado, com mais participantes sujeitos aos mesmos testes possa demonstrar diferenças no comportamento de diferentes grupos demográficos face ao petisco contínuo. Pelos resultados obtidos neste estudo, não foi possível apurar diferenças consideráveis, mas tal não invalida que estas variáveis não possam ser úteis se tivermos

em consideração, por exemplo, pacientes de hospitais de todo o país e não apenas de dois hospitais específicos (Hospital de São João, no Porto, e o Hospital de Braga). Seria também útil, porventura, cruzar os dados referentes a diferentes regiões do país, com diferentes ritmos de vida e diferentes hábitos alimentares, utilizando estas mesmas ferramentas de diagnóstico – embora, obviamente, tal não fosse exequível para um estudo de tese de mestrado, com o tempo e recursos disponíveis.

O facto de haver uma relação estatisticamente significativa no confronto entre o peso atual dos participantes e os seus hábitos avaliados através do Rep(eat)-Q não só valida a utilização deste questionário tendo em conta a questão de partida, como demonstra a necessidade de se continuar a estudar o comportamento de petisco contínuo associado à cirurgia bariátrica (Conceição *et al.*, 2014). Embora haja divergências entre os vários autores em relação a se o petisco contínuo pode ser considerado um comportamento que denota perturbação no indivíduo ou não, torna-se evidente pela análise dos resultados que a relação entre ansiedade, depressão e stress e este tipo de comportamento que não se trata apenas de um desvio inofensivo (Conceição *et al.*, 2014).

Aliás, os resultados obtidos reforçam a ideia premente de que é necessário conhecer melhor as características do fenómeno de petisco contínuo para que os doentes selecionados para cirurgia bariátrica ou que já foram submetidos à mesma possam ser acompanhados por forma a ter em conta este comportamento e preveni-lo. Para isso, será necessário reconhecer que o petisco contínuo aparenta ter uma forte relação com outros distúrbios do foro alimentar, e de que não se trata de um comportamento inócuo tal como reportado por Saunders (2004). Aliás, o facto de o petisco contínuo prejudicar frequentemente os resultados obtidos nos primeiros meses após a cirurgia bariátrica mostra que este comportamento entre os pacientes acompanhados tem consequências que devem ser tidas em conta para que este possa ser evitado- sem conhecimento do fenómeno em si, e das situações que o provocam, é difícil prever e controlar o petisco contínuo, assegurando um melhor resultado do acompanhamento decorrente da cirurgia, e a consequente recuperação do paciente com excesso de peso.

A abordagem deste fenómeno através de ferramentas associadas à psicologia, como é o caso do EADS-21 da autoria de Lovibond & Lovibond e do UPPS da autoria de Whiteside e Lynam (2001), permite-nos compreender que este fenómeno tem base não nas características demográficas, de estado civil ou de nível de escolaridade, mas

sim em características psicológicas que pré-datam a cirurgia em si. Se o comportamento de petisco contínuo for entendido como uma réplica de uma dificuldade numa relação saudável com a alimentação – a qual não pode ser tratada somente com recurso a cirurgia mas sim através do acompanhamento psicológico e nutricional já utilizado - , poderemos prevenir o comportamento em si ao invés de tentar controlá-lo numa fase mais tardia do tratamento de um paciente com excesso de peso (Lane & Szabó, 2013).

A correlação negativa entre os resultados obtidos na aplicação do teste Rep(eat)-Q e a escala UPPS é motivo para perplexidade. Aparentemente, o comportamento de petisco contínuo pode não ser resultado de impulsividade ou de falta de premeditação nas escolhas alimentares dos indivíduos estudados. Tal relação presta-se a um estudo mais aprofundado. Se esta relação aparentemente demonstra a ausência de comportamento compulsivo no petisco contínuo, os resultados deste estudo prestam-se a uma nova análise tendo em conta outros fatores; pode existir uma ilusão por parte do paciente de que o seu comportamento é razoável, tendo em conta que está a ingerir menos quantidade de alimentos, e num maior período de tempo ao longo do dia. No entanto, a repetição deste comportamento mostra-se prejudicial para o paciente, que talvez a veja como aparentemente inócua.

É essencial que haja uma reavaliação da forma como o petisco contínuo é encarado – dever-se-á perceber, no comportamento do paciente antes da cirurgia, se existe uma tendência para que o petisco contínuo possa ocorrer mais tarde. Tal não será ainda possível apenas com os resultados obtidos neste estudo, no entanto, acredito que esta análise é um passo em frente no sentido de melhor avaliar estes pacientes por forma a facilitar a sua recuperação, a adoção de um estilo de vida mais saudável e uma nova atitude em relação à alimentação.

Apesar de os resultados serem parcialmente similares aos resultados da validação deste instrumento a uma população não clínica, foi observado que algumas características psicométricas, nomeadamente a composição fatorial, não foram totalmente replicadas, o que pode ser devido a particularidades da população clínica.

Seria necessária também uma análise posterior aos métodos de acompanhamento atualmente utilizados com pacientes com excesso de peso, obviamente, a existência deste comportamento e a forma como o mesmo afeta tão gravemente a recuperação do paciente pode ser um sinal de que há ainda muito a fazer na forma como se encara, na generalidade, a obesidade e o seu tratamento. Embora muitos estudos sejam feitos neste

sentido, a maior parte é focada no que pode ser um sintoma (a obesidade) de dificuldades noutros sentidos, que podem ter diversas razões não tidas em conta neste estudo. Torna-se assim urgente estudar mais aprofundadamente as causas de insucesso da cirurgia bariátrica tendo em conta a componente psicológica que está na base do presente estudo.

Conclusão

Em suma, a óbvia correlação observada entre os resultados da aplicação do questionário Rep(eat)-Q com os questionários EDE e EADS-21 demonstra que a obesidade, apesar de ser encarada como um distúrbio, ainda não foi corretamente analisada nas suas vertentes basais psicológicas. Ou seja, a obesidade é encarada como um problema de saúde, mas ainda não como um problema (também) de saúde mental.

Os padrões observados neste estudo levam a que se defenda a implementação de uma avaliação mais minuciosa do comportamento do paciente que se presta a uma cirurgia bariátrica – antes, e depois da cirurgia em si. A associação entre situações de stress, depressão, ansiedade, comportamentos próprios de distúrbios alimentares e a obesidade como resultado desta combinação deve ser tida em conta não só no acompanhamento psicológico e no acompanhamento por nutricionistas, separadamente, mas de forma interdisciplinar. O cruzamento de dados deverá ser feito a um nível mais abrangente, por forma a que se possa obter resultados efetivos quanto a uma maior taxa de sucesso da cirurgia bariátrica.

Apesar de todo o acompanhamento prestado ao paciente com excesso de peso, pode haver uma excessiva confiança na eficácia da cirurgia bariátrica por si só, que leva a que o paciente auto legitime o seu comportamento, não avaliando da melhor forma a sua ingestão metódica de calorias ao longo do dia. Os dados recolhidos não permitem encontrar uma explicação direta e óbvia para esta relação estatística; como já foi mencionado, existem certamente outras variantes que deverão influenciar o comportamento dos pacientes estudados e a forma como estes próprios entendem a sua atitude em diversas situações.

Espera-se, neste sentido, que este estudo abra a discussão sobre o petisco contínuo como fenómeno psicologicamente justificado, permitindo novas análises a esta

tendência comportamental entre os pacientes sujeitos a cirurgia bariátrica que permitam o seu controlo e erradicação por forma a melhorar o processo de recuperação destes pacientes, tornando não só mais eficaz a cirurgia a curto-prazo mas também a nível da manutenção dos resultados obtidos a médio e longo-prazo, sabendo-se neste momento das consequências nefastas do “grazing” para o paciente que procura obter um peso saudável e um quadro clínico mais positivo em geral.

Referências

- American Psychological Association – APA (2014). DSM-5- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Edição). Climepsi
- Brolin, R., Robertson, L., Kenler, H., & Cody, R. (1994). Weight Loss and Dietary Intake after Vertical Banded Gastroplasty and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Ann Surg*, 220, 782-90.
- Busetto, L., Segato, G., De Marchi, F., et al. (2002). Outcome Predictors in Morbidly Recipients of an Adjustable Gastric Band. *Obesity Surgery*, 12, 83-92.
- Busetto, L., Segato, G., De Luca, M., De Marchi, F., Foletto, M., Vianello, M., Valeri, M., Favretti, F., & Enzi, G. (2005). Weight loss and preoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 15, 195-201.
- Carter, F.A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58, 1063–1069.
- Colles, S.L., Dixon, J.,B, & O'Brien, P.E. (2008) Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*, 16,615 – 622.
- Conceição E., Crosby, R., Mitchell J, Engel, S., Wonderlich, S., Simonich, H., Peterson, C., Crew, S. & Le Grange, D.(2013). Picking or nibbling: frequency and associated clinical features in bulimia nervosa, anorexia nervosa, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 815-818.
- Conceição, E., M, Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., Woodbury, K., Hass, N., Garcia, L., Wonderlich, S. (2013). Eating Disorders After Bariatric Surgery: A Case Series. *International Journal of Eating Disorders*, 46:274-279.

- Conceição E., Mitchell J., Engel, S., Machado, P., Lancaster, K. & Wonderlich, S (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.
- Conceição, E., Mitchell J., Vaz, A., Bastos, A., Ramalho, S., Silva, C., Cao, L., Brandão, I., & Machado, P. (2014). The presence of maladaptive eating disorders after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors*, 15, 558-562.
- Fairburn, C. & Cooper, Z. (2000). The Assessment of Eating Disorder Examination. *Int. J. Eat. Disord.* 16, 363–370.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Garson, D. G. (2008). Factor Analysis: Statnotes. Retrieved March 22, 2008, from North Carolina State University Public Administration Program, <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm>.
- Goodpaster, K., Marek, R., Lavery, M., Ashton, K., Rish, J., Heinberg, L., (2016). Graze Eating among Bariatric Surgery Candidates: Prevalence and Psychosocial Correlates. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, Vol.11, Issue 6
- Harvey, E., Rawson, R., Alexander E. & Bachar K. (1994). Binge Eating in Males: A Sample Description and Treatment Outcome Study. *Eat Disord*, 2.
- Karlsson, J., Persson, L., Sjöström L., Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity* 24, 1715-1725

Kofman, M., Lent, M. & Swencionis C. (2010). Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*, 18, 1938-1943

Lane, B., Szabó, M. (2013). Uncontrolled, Repetitive Eating of Small Amounts of Food or ‘Grazing’: Development and Evaluation of a New Measure of Atypical Eating. *Behaviour Change*, Volume 30, Number 2/ 2013, pp. 57–73

Masheb, R., Grilo, C. & White, M. (2011). An Examination of Eating Patterns in Community Women with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *International Journal Eating Disorders*, 44(7), 618-624.

Morais, C. (2010). Avaliação do Auto-Conceito no Doente Submetido a Cirurgia Bariátrica. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.

Nicolau, J., Ayala, L., Rivera, R., Speranskaya A., Sanchís, P., Julian, X., Fortuny, R., Masmiquel, L. (2015). Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery. *Eating Behaviors*, Vol.18, 147-150

O’Connor D., Jones F., Conner M., McMillan B. & Ferguson E. (2008). Effects of Daily Hassles and Eating Style on Eating Behavior. *Health Psychol.* 27, 20–31

Saunders, R.(1999).Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery*,9,72-76.

Saunders, R. (2004). ‘Grazing’: A high-risk behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98–12.

World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2000.

Wittig V. & Wittig J. (1993). Severe Compulsive Overeating: how to obtain a more accurate history through non -shaming, non-blaming interview techniques. *Obesity Surgery*, 3.

