



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Joana Botelho Simões

**Petisco Contínuo: Caracterização de um  
Comportamento e Contributo para a  
Validação de um Instrumento**





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Joana Botelho Simões

**Petisco Contínuo: Caracterização de um  
Comportamento e Contributo para a  
Validação de um Instrumento**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Eva Conceição**

outubro de 2014

Nome: Joana Botelho Simões

Endereço electrónico: joanabotelhosimoes@hotmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 13376235

Título dissertação: Petisco Contínuo: Caracterização de um Comportamento e Contributo para a Validação de um Instrumento

Orientadora: Professora Doutora Eva Conceição

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

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, 17 / 10 / 2014

Assinatura: \_\_\_\_\_

# Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract .....	vi
Introdução.....	1
Metodologia .....	4
Amostra .....	4
Caracterização da amostra.....	4
Instrumentos .....	5
Procedimentos .....	7
Análise de Dados.....	8
Resultados .....	9
Discussão.....	19
Conclusão .....	21
Bibliografia.....	24

## **Agradecimentos**

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eva Conceição pelo saber partilhado e orientação nos momentos mais decisivos. Sem nunca esquecer a prontidão com que me deu acesso a materiais científicos que, de outra forma, não teria conseguido.

Ao livro “Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM® SPSS” da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Martins pois, da mesma forma que não imagino como seria a vida sem internet, também não imagino como seria realizar uma Dissertação de Mestrado sem este fiel companheiro.

A todas as pessoas que se prontificaram a colaborar, respondendo aos questionários, encaminhando-os, para conhecidos e desconhecidos, contribuindo, assim, para que este estudo tivesse uma amostra tão significativa.

E, por fim, mas não menos importante, aos meus pais, um especial agradecimento, pelo esforço, quer emocional, quer económico que despenderam, para me acompanharem ao longo desta “interminável cruzada”.

## **Petisco Contínuo: Caracterização de um Comportamento e Contributo para a Validação de um Instrumento**

### **Resumo**

O presente estudo tem, como principal objetivo, caracterizar o comportamento de petisco contínuo em população não-clínica. Por outro lado, procura a existência de relação desta conduta com dimensões como a ansiedade, depressão, stresse, impulsividade, desordens alimentares, preocupação com o peso e imagem corporal. Por fim, espera-se contribuir para a validação de dois dos instrumentos utilizados. Contou com 1223 participantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 72 anos. Os instrumentos utilizados foram: o Repetitive Eating Questionnaire, Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e a Escala de Impulsividade do Comportamento (Subescala Urgência Negativa). Os resultados desta investigação apontam para que sejam as mulheres, as pessoas mais jovens e com maiores índices de massa corporal, a apresentarem valores mais elevados de petisco contínuo. Da mesma forma, a presença desta conduta parece encontrar-se associada a estados afetivos de maior negatividade (depressão, ansiedade e stress), impulsividade, preocupação com o peso e com a imagem corporal e a probabilidade de presença de desordens alimentares. Por fim, no que concerne ao contributo para a validação dos instrumentos, estes revelaram boas propriedades de fidelidade e validade.

**Palavras-Chave:** Petisco-Contínuo, população não-clínica, comportamento alimentar, fatores emocionais, impulsividade

## **Picking and nibbling: Characterize the behavior and contribution to validate an Instrument**

### **Abstract**

The present study has as its main objective, to distinguish the behaviour of continuous picking and nibbling on non-clinical population. On the other hand, it searches for the existence of a relationship of this behavior with dimensions such as anxiety, depression, stress, impulsivity, eating disorders, concern with weight and body image. Finally, we hope to contribute to the validation of the two instruments used. This study included 1223 participants of both sexes, aged between 14 and 72 years old. The instruments used were: Repetitive Eating Questionnaire, Questionnaire Assessment of Eating Disorders, and the Scale for Anxiety, Depression and Stress and Impulsivity Scale Behaviour (Negative Urgency Subscale). The results of this investigation show that women, young people and those with higher body mass indexes, show higher values of continuous picking and nibbling. Similarly, the presence of this behavior seems to be associated with emotional states of greater pessimism (depression, anxiety and stress), impulsivity, concern with weight and body image and the possibility of the incidence of eating disorders. As a final point, regarding the contribution to the validation of the instruments, these have proved to be reliable and valid.

**Key words:** picking and nibbling, non-clinical sample, eating behavior, emotional factors, impulsivity



## Introdução

Muitas são as definições dadas para o conceito de Petisco Contínuo (PC), no entanto, a que parece surgir como mais equilibrada e clara, caracteriza-o como um padrão de ingestão alimentar repetitivo (mais do que duas vezes no mesmo período de tempo), de pequenas quantidades de comida, de uma forma não planeada. Estes eventos não devem ter longos intervalos de tempo entre si (e.g., não superiores a 1 hora) (Conceição *et al.*, 2014).

Em algumas situações, parece surgir uma certa confusão entre o conceito de PC e o conceito de Ingestão Alimentar Compulsiva (*binge eating*) este, por sua vez, consiste num único episódio de ingestão maciça de comida, associado a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre a alimentação (APA, 2006). No entanto, é nesta questão da ocorrência ou não de falta de controlo, que se encontra menor concordância entre autores no que diz respeito à conduta de PC (Lane, B. & Szabó, M., 2013).

Conceição, Engel, Machado, e Lancaster (2014), procurando uma maior clarividência a respeito da temática, propõem dois subtipos de PC, Petisco Contínuo Não Compulsivo, no qual, como o próprio nome indica, não há compulsão, não há sensação de perda de controlo, é algo feito distraidamente, sem pensar; e Petisco Contínuo Compulsivo, onde a pessoa não é capaz de resistir, sente que tem de voltar a petiscar, mesmo estando a tentar resistir. No entanto, esta subdivisão aguarda ainda por confirmação empírica, como os próprios autores sugerem.

O conceito de PC, apesar de já surgir na literatura desde 1989, carece ainda de um estudo consistente e standardizado. A recorrente utilização de diferentes terminologias acaba por dificultar a comparação de dados entre os diferentes estudos publicados até à data (Conceição *et al.*, 2014). Assim, este conceito tem sido muitas vezes reportado na bibliografia como “snack-eating” (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).

No DSM V temos já três propostas de Perturbações Alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Ingestão Alimentar Compulsiva) (Keel *et al.*, 2011), 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). Investigações

com população não-clínica sugerem que a prevalência deste tipo de problemáticas (a que chamam “síndromes parciais”) é superior à das patologias registradas e que, em alguns casos, acabam mesmo por evoluir para uma perturbação alimentar (Striegel-Moore, *et al.*, 2000). Neste sentido, Saunders (2004) e Masheb *et al.* (2011) identificam o comportamento de PC como um destes “padrões alimentares atípicos”, constituindo pequenos e subjetivos episódios, onde ocorre um excesso de consumo alimentar.

Muito tem já 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). O PC tem vindo a ser reconhecido e, conseqüentemente, mais estudado, como um importante comportamento alimentar associado à obesidade, no entanto, precisa de ser melhor compreendido para melhorar as terapêuticas desta problemática (Lane & Szabó, 2013).

Na bibliografia o PC surge como um dos comportamentos alimentares associado a: piores resultados, menor perda de peso ou até recuperação de peso em cirurgia bariátrica (Kofman M., *et al.*, 2010), falha em dietas (Wittig V. & Wittig J., 1993) e piores resultado em tratamentos para a ingestão compulsiva (Harvey, E. *et al.*, 1994), sendo muitas vezes apontado como um dos principais fatores de risco na manutenção do peso pós cirurgia bariátrica (Saunders R., 2004). Na realidade, o PC 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). Outro estudo, reporta dados similares com, 56,8% para a bulimia nervosa, 31,8% na ingestão alimentar compulsiva e com o acréscimo de um grupo com população normal, apresentado 31,8% de ocorrência de PC (Masheb, *et al.*, 2011).

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. Após esse processo, o doente deixa de ser capaz de ingerir grandes porções 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.

Por outro lado, estudos sobre tratamentos para a ingestão alimentar compulsiva focados da teoria cognitivo-comportamental relatam que, apesar da clara redução dos episódios de ingestão compulsiva, as perdas de peso conseguidas não têm sido tão significativas quanto o

que era esperado (Grilo et al., 2005). Poderá apontar para que com a diminuição da ingestão alimentar compulsiva, os doentes tenham iniciado outro tipo de comportamento que lhes mantenha a ingestão calórica (Masheb, *et al.*, 2011).

Com toda a referida comorbilidade do comportamento de PC com diversas problemáticas, não admira que dos 35 artigos até à data publicados a respeito desta conduta, apenas 5, tiveram por base uma população não-bariátrica. No entanto, apesar deste pequeno número de estudos com população não-bariátrica (o que não significa não-clínica), os dados indicam que o PC é um comportamento comum, não só em população de cirurgia bariátrica, mas também em população com distúrbios alimentares e população comunitária (Conceição *et al.*, 2014).

A associação do PC a estados psicopatológicos não é ainda clara (Conceição *et al.*, 2014). No entanto, alguns dados apontam para que estados psicológicos e emocionais tenham algum tipo de ligação com esta conduta, nomeadamente, emoções negativas, tédio e solidão, assim como questões relacionadas com a imagem corporal foram relatados como possíveis fatores precipitantes (Saunders, 2004). Este mesmo autor explica que, muitos pacientes estão habituados a utilizar a comida como um mecanismo de *cooping* para lidar com as suas emoções.

Relativamente ao já referido dilema da perda de controlo, Fischer et al., (2008) descobriu que, comparativamente aos outros domínios da impulsividade, a urgência negativa (tendência em ceder a comportamentos impulsivos, em circunstâncias de afetividade negativa, independentemente das consequências a longo prazo) é aquela que demonstra uma ligação mais forte com comportamentos alimentares atípicos (como é o caso da ingestão alimentar compulsiva).

Atualmente não há nenhuma medida de autorrelato empiricamente validada para medir este comportamento de PC (Lane, B. & Szabó, M., 2013).

Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) Caracterizar o comportamento de petisco contínuo; (2) Avaliar a possível existência de correlação entre o comportamento de petisco contínuo e a existência de ansiedade, depressão e stresse; (3) Perceber se existe correlação entre o comportamento de petisco contínuo e a impulsividade; (4) Investigar a possível associação entre o comportamento de petisco contínuo e a existência de preocupação com o peso e imagem corporal; (5) Investigar a possível associação entre o comportamento de petisco contínuo e a probabilidade de existência de desordens alimentares; (6) Contribuir para a validação do Rep(Eat) e do UPSS-P - Escala UN - à população portuguesa.

## Metodologia

### Amostra

Os participantes deste estudo pertencem a uma ampla amostra de 1223 indivíduos, de ambos os sexos, entre os 14 e os 76 anos de idade, recolhida em população comunitária.

### Caracterização da amostra

Os dados sociodemográficos com maior pertinência para o estudo apresentado são os que se encontram na Tabela 1, referente à descrição da amostra. Assim, as faixas etárias (categorizadas de acordo com Schaie & Willis, 2002) mais representativas são 20-40 anos (66.1%) e 41-65 anos (21.7%); o sexo predominante é o feminino (70.2%), sendo que a maior parte dos participantes apresenta como habilitações literárias o Ensino Superior (39.5%) e o 12.º ano (27.6%).

No que concerne à categorização das profissões, salienta-se que a mesma se baseou na Classificação Nacional de Profissões (Direção de Serviços de Avaliação e Certificação, 2001). Deste modo, com exceção dos 42.2% de estudantes, a população ativa dos Grandes Grupos de 1 a 5 (e.g., quadros superiores da Administração Pública, Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio e Pessoal dos Serviços) é a mais expressiva, assumindo 45.3%. Relativamente ao índice de massa corporal (categorizado de acordo com Organização Mundial de Saúde, 2013), a maioria dos participantes (74.5%) encontram-se no nível considerado saudável, existindo sobrepeso em 233 indivíduos, o que corresponde a 19.5% da amostra.

**Tabela 1: Descrição da Amostra**

	n	Percentagem (%)
<b>Idade</b>		
14-19 anos	141	11.5
20-40 anos	808	66.1
41-65 anos	265	21.7
Mais de 65 anos	9	.7
<b>Sexo</b>		
Masculino	364	29.8
Feminino	859	70.2
<b>Escolaridade</b>		
4.º Ano	18	1.5
6.º Ano	21	1.7

9.º Ano	65	5.3
12.º Ano	336	27.6
Ensino Superior	481	39.5
Mestrado	238	19.5
Doutoramento	60	4.9
<b>Situação Profissional</b>		
Estudantes	504	41.2
População não Ativa (Desempregados, Domésticas e Reformados)	71	5.8
População Ativa dos Grandes Grupos 1 a 5	554	45.3
População Ativa dos Grandes Grupos 6 a 9	94	7.7
<b>Índice de Massa Corporal</b>		
< 18.5 (Magreza)	48	4.0
18.6-24.9 (Saudável)	880	73.5
25 -30 (Sobrepeso)	233	19.5
> 30,1 (Obesidade)	36	3.0

## Instrumentos

### **Questionário Sociodemográfico:**

Tem como objetivo recolher dados biográficos e antropométricos de todos os participantes, como é o caso de idade, sexo, grau de escolaridade, profissão, peso e altura. Estes itens foram criados, tendo em atenção as contingências deste estudo, de forma a recolher todas as informações que pudessem vir a ser importantes para a compreensão e análise das diferentes variáveis, assim como para a caracterização do comportamento de PC.

### **Repetitive Eating Questionnaire (Rep(Eat)\_Q):**

Instrumento de nome original *Repetitive Eating Questionnaire* (Rep(Eat)\_Q), atualmente em fase de validação, desenvolvido com base nos critérios mais frequentemente reportados na literatura para definir o PC, bem como nas principais características deste comportamento, sugeridas por 18 Investigadores com trabalho publicado sobre o tema (contactados via email) (Conceição *et al.*, 2014). Constituído por 15 itens, 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"). Assim, o score total poderá ir desde 0 até a um máximo de 90 pontos. Deste instrumento, faz parte integrante uma entrevista de 12 questões, para uma mais completa avaliação do comportamento de PC e do seu padrão (intensidade, frequência, quantidade e tipo

de comida, local em que ocorre, entre outros). Esta, devido à logística e ao tempo que requer, não será aplicada no presente estudo.

### **Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (QADA-Q5.2):**

Instrumento adaptado para a versão portuguesa por Machado em 2007, através do original *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q5.2) de Fairburn e Beglin, 1994. Este instrumento é constituído por 28 itens respondidos, tendo em atenção os últimos 28 dias e usando uma Escala de Likert de 7 pontos (0="Nenhum"; 6="Todos os dias"). Procurando avaliar o comportamento alimentar, organiza-se em quatro subescalas. Cada uma mede a intensidade em que, componentes relacionadas com comportamento alimentar patológico, possam ter ocorrido nos últimos 28 dias (Restrição; Preocupação com a comida; Preocupação com a aparência física; Preocupação com o peso). Assim, pontuações mais elevadas em cada escala indicam alta probabilidade de existência de comportamentos alimentares patológicos. Em termos de scores finais, cada subescala pode variar entre um score de 0 a 6 pontos, assim como o score total do QADA-Q5.2 (Machado, 2007).

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

Instrumento de nome original *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), da autoria de Lovibond e Lovibond (1995), adaptado para a versão portuguesa primeiro por Alves, Carvalho e Batista (1999) e, mais tarde, por Ribeiro e Leal (2004), que procura avaliar a depressão, a ansiedade e o stress (Ribeiro, 2007). Assim, este encontra-se organizado em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress que, na sua versão curta, possuem, cada uma, sete itens, perfazendo 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"). Cada subescala poderá ter um score total máximo de 21 pontos (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Ribeiro, 2007).

### **Escala de Impulsividade do Comportamento (UPSS-P):**

Instrumento de nome original *Impulsive Behavior Scale*, da autoria de Whiteside e Lynam (2001). Este, procura medir a impulsividade com base nas dimensões do Modelo dos Cinco Fatores da personalidade. Encontra-se organizado em cinco 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) apenas será administrada a escala de “Urgência Negativa”, perfazendo um total de 12 itens. Neste sentido, a pontuação total poderá oscilar entre 12 e 48.

### **Procedimentos**

A recolha de dados do presente estudo foi efetuada via *online* e em papel. Via *online*, recorreu-se ao software SurveyMonkey, que consiste num programa de criação de questionários online que, no final, gera uma hiperligação que pode ser adicionado a qualquer *e-mail*. Assim, foram enviados e-mails para todos os contactos do *E-mail* Institucional da Universidade do Minho, bem como para contactos pessoais, com a informação de serem reencaminhados para outros contactos e assim sucessivamente. O mesmo *link* foi partilhado em algumas páginas das redes sociais, habitualmente disponíveis a participar em estudos desta natureza.

No que concerne à recolha de dados em papel, os questionários foram distribuídos em vários locais públicos (com as devidas autorizações do pessoal responsável) como por exemplo, lojas, supermercados, clínicas, oficinas, juntas de freguesia, estabelecimentos de ensino, entre outros.

A referida recolha de dados dividiu-se em duas fases: Fase 1 e Fase 2. A primeira fase foi composta por um extenso questionário que incluía os cinco instrumentos (Questionário Sociodemográfico, Rep(Eat)\_Q, QADA-Q5.2, EADS-21 e UPSS-P), destinada a uma ampla amostra. A segunda fase, era constituída apenas pelo Rep(Eat)\_Q e pelo UPSS-P, procurando apenas ser respondida por sujeitos que tivessem já respondido à Fase 1. Esta segunda fase, tinha como finalidade responder ao objetivo2 (Contribuir para a Validação do Rep(Eat)\_Q) e do UPSS-P- Escala Urgência Negativa), havendo, então, a necessidade de emparelhar os dados de um mesmo sujeito na Fase 1 e na Fase 2. Nesse sentido, no final do questionário 1 era pedido ao indivíduo que gera-se um código composto pelas iniciais do seu nome e o ano de nascimento. No final do questionário 2, foi pedido que inserisse novamente esse código (quer nas respostas via online, quer em papel) e, para o presente estudo, foram apenas contabilizados na Fase 2 os questionários com códigos correspondentes na Fase 1.

A recolha dos dados da primeira fase decorreu ao longo de um mês. Por sua vez, a recolha dos dados da segunda fase, decorreu imediatamente uma semana após a recolha da

primeira. A primeira fase foi composta por uma amostra de 1223 participantes, a segunda fase por 405 participantes.

É de salientar que cada questionário (quer da Fase 1, quer da Fase 2) se fazia acompanhar do respetivo consentimento informado, normas de preenchimento e contactos do investigador e instituição para caso de dúvidas, vontade de desistência ou de eliminação de dados.

### **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* (S.P.S.S.), versão 17.0.

Numa primeira fase, foi de extrema importância aferir se a amostra apresentava uma distribuição normal, isto é, semelhante à da população, verificação que foi realizada através do teste Kolmogorov-Smirnov, visto que o resultado alcançado é o que nos permite optar por testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos. Deste modo, obteve-se um valor de .46 e um nível de significância de .99, o que indicou que a distribuição é normal, uma vez que o valor mencionado anteriormente é superior a .05, indo ao encontro do que seria esperado.

Para a caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente, frequências, reportadas em percentagens na Tabela 1.

Para as restantes análises executadas, foram utilizados testes paramétricos e, com o intuito de se verificar a existência de significância estatística, recorreu-se a análises inferenciais, aceitando-se como estatisticamente significativas todas as diferenças/correlações com valores de probabilidade inferiores a .05 e, quando fosse o caso, como marginalmente significativos valores inferiores a .1.

Ainda ao nível da estatística inferencial, procedeu-se, também, à comparação de condições resultantes de diferentes grupos sociodemográficos, através de testes de diferença como o *Teste-T de Student* (para comparação de dois grupos, num *design* inter sujeito, nomeadamente sexo feminino e masculino da dimensão referente ao comportamento de petisco contínuo) e através de *Análises de Variância (ANOVA) Unifactoriais* (para comparação entre três ou mais grupos, também em *design* inter sujeito, nomeadamente entre os grupos referentes às diferentes idades, aos diferentes graus de escolaridade, às diferentes situações profissionais



e aos diferentes IMC's). Ainda no seguimento das análises de variância, recorreu-se ao teste *Post-Hoc de Gabriel*, com o intuito de identificar entre que grupos se encontravam as diferenças reportadas na análise inicial.

Ao nível dos testes de associação da estatística inferencial, no sentido de averiguar a existência de associação entre duas variáveis e, ainda, avaliar a direção e a magnitude dessa mesma associação, recorreu-se à execução de quatro *Correlações de Pearson*. Estas permitiram verificar, quer se as principais variáveis em análise se relacionam significativamente, quer a forma como as mesmas se comportam, assinaladamente nos Objetivos 2, 3, 4 e 5.

Por fim, no que concerne ao contributo para a validação do instrumento Rep(Eat) e da Escala Urgência Negativa do Instrumento UPSS-P, organizou-se a sua análise estatística em dois pontos fundamentais: fidelidade - subdividindo-se em consistência interna (através da análise do *alfa de Cronbach*) e estabilidade teste-reteste; e validade (com recurso à análise fatorial). Relativamente à validação das qualidades psicométricas dos correspondentes Instrumentos, a fidelidade é expressa sob a forma de um coeficiente de correlação ( $r$ ), sendo que a variação aceitável se situa entre .70 e .90. Neste seguimento, Pestana e Gageiro (2008) consideram que um alfa superior a .90 é encarado como muito bom, entre .80 e .90 é bom, entre .70 e .80 é razoável, entre .60 e .70 é fraco e inferior a .60 é tido como inadmissível. Assim, a propriedade supracitada foi estimada segundo a consistência interna, nomeadamente através do alfa de *Cronbach*, que possibilitou conferir a homogeneidade dos itens de cada Instrumento.

## Resultados

### **Objetivo 1:** *Caracterizar o comportamento de Petisco Contínuo*

Relativamente ao primeiro objetivo enunciado, procedeu-se à análise do score total do instrumento Rep(Eat) (referente ao comportamento de petisco contínuo) em função das diversas variáveis da amostra: sexo, idade, escolaridade, situação profissional e IMC.

Assim, o *Teste-T de Student* (utilizado para a variável sexo), alcançou o nível de significância ( $p < .001$ ), pelo que se conclui que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes de sexo feminino e masculino no que toca à correspondente conduta (ver Tabela2). Constata-se, ainda, que são as mulheres que exibem pontuações mais elevadas.

**Tabela 2: Diferenças entre participantes do sexo feminino e masculino face ao Comportamento de Petisco Contínuo**

	Sexo		t (783.62)
	Sexo Feminino (n=859) Média (DP)	Sexo Masculino (n=364) Média (DP)	
<b>Score Total Rep(Eat)</b>	24.32 (18.64)	20.22 (16.14)	-3.88***

\*\*\* p < .001

Quanto à idade, escolaridade, situação profissional e IMC, através do recurso à ANOVA Univariada, constata-se diferenças no que se refere ao comportamento de petisco contínuo em todas as variáveis supracitadas, com exceção da profissão, na qual o nível de significância é apenas marginalmente significativo ( $p < 0.1$ ) (ver Tabela 3, 4, 5 e 6).

**Tabela 3: Diferenças consoante a Idade dos Participantes face ao Comportamento de Petisco Contínuo**

	Idade				F (3.12)
	14-19 anos (n=141) Média (DP)	20-40 anos (n=808) Média (DP)	41-65 anos (n=265) Média (DP)	Mais de 65 anos (n=9) Média (DP)	
<b>Score Total Rep(Eat)</b>	27.33 (17.59)	24.56 (17.86)	17.07 (17.24)	3.33 (6.32)	18.62 ***

\*\*\* p < .001

**Tabela 4: Diferenças consoante o Nível de Escolaridade dos Participantes face ao Comportamento de Petisco Contínuo**

	Nível de Escolaridade							F (6.12)
	4º Ano (n=18) Média (DP)	6º Ano (n=21) Média (DP)	9º Ano (n=65) Média (DP)	12º Ano (n=336) Média (DP)	Ensino Superior (n=481) Média (DP)	Mestrado (n=481) Média (DP)	Doutoramento (n=481) Média (DP)	
<b>Score Total Rep(Eat)</b>	13.44 (21.15)	15.05 (15.07)	22.49 (17.40)	25.00 (18.25)	24.37 (18.39)	24.37 (18.39)	24.37 (18.39)	3.92 ***

\*\*\* p < .001

**Tabela 5: Diferenças consoante a Situação Profissional dos Participantes face ao Comportamento de Petisco Contínuo**

	Situação Profissional				F (3.12)
	Estudante (n=504) Média (DP)	População Não Ativa (n=71) Média (DP)	Grandes Grupos 1 a 5 (n=554) Média (DP)	Grandes Grupos 6 a 9 (n=94) Média (DP)	
<b>Score Total Rep(Eat)</b>	24.07 (17.86)	24.72 (18.87)	22.72 (18.18)	18.96 (16.87)	2.42 +

+ p < .01

**Tabela 6: Diferenças consoante o IMC dos Participantes face ao Comportamento de Petisco Contínuo**

	IMC				F (3.12)
	Magreza (n=48) Média (DP)	Saudável (n=880) Média (DP)	Sobrepeso (n=233) Média (DP)	Obesidade (n=36) Média (DP)	
<b>Score Total Rep(Eat)</b>	16.92 (11.88)	22.42 (17.50)	25.89 (18.91)	31.86 (25,18)	7.11 ***

\*\*\* p < .001

Deste modo e ainda no seguimento da presente análise, utilizou-se o teste *Post-Hoc* de Gabriel, com o intuito de averiguar entre que grupos é que se encontravam as diferenças mencionadas anteriormente.

Nesse sentido, constatou-se que os participantes que se encontram na faixa etária 14-19 anos ( $M = 27.33$ ) apresentam divergências no comportamento de petisco contínuo relativamente aos que têm entre 41-65 ( $M = 17.0$ ,  $p = .000$ ) e mais de 65 anos ( $M = 3.33$ ,  $p = .000$ ). Verificou-se, também, a presença de diferenças nos indivíduos com 20-40 anos ( $M = 24.56$ ) comparativamente aos de 41-65 ( $M = 17.07$ ,  $p = .000$ ) e mais de 65 anos ( $M = 3.33$ ;  $p = .002$ ). Assim, é possível conferir que são os sujeitos mais novos que manifestam um maior comportamento de petisco contínuo (ver Tabela7).

**Tabela 7: Diferenças ao Nível do Comportamento de Petisco Contínuo entre os Diferentes Grupos Etários**

	Idade					
	14-19	14-19	14-19	20-40	20-40	41-65
	vs	vs	vs	vs	vs	vs
	20-40	41-65	Mais de 65	41-65	Mais de 65	Mais de 65
<b>Score Total</b>						
<b>Rep(Eat)</b>	+	***	***	***	**	N.S.

+p < .1; \*\*p < .01; \*\*\* p < .001

O IMC considerado magreza ( $M = 16.92$ ) difere significativamente na sua conduta de petisco contínuo relativamente ao sobrepeso ( $M = 25.8, p = .010$ ) e obesidade ( $M = 31.86, p = .001$ ). Constatou-se de igual forma que os respondentes que ostentam um peso normal - saudável - ( $M = 22.42$ ) apresentam diferenças com os que têm obesidade ( $M = 31.86, p = .012$ ), sendo que são os indivíduos com o maior índice de massa corporal que têm mais petisco contínuo (ver Tabela6 e 8).

**Tabela 8: Diferenças ao Nível do Comportamento de Petisco Contínuo entre os Diferentes Grupos de IMC's**

	IMC					
	Magreza	Magreza	Magreza	Saudável	Saudável	Sobrepeso
	vs	vs	vs	vs	vs	vs
	Saudável	Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade
<b>Score Total</b>						
<b>Rep(Eat)</b>	N.S.	**	***	+	**	N.S.

+p < .1; \*\*p < .01; \*\*\* p < .001

Apesar de nas restantes variáveis (escolaridade e situação profissional) não ter sido possível verificar entre que grupos se aferem diferenças, a análise das estatísticas descritivas permitiu observar que são os indivíduos com o 12.º ano de escolaridade e que pertencem ao grupo de população não ativa (desempregados, domésticas e reformados) quem possui valores mais elevados de comportamento de petisco contínuo (ver Tabela4 e 5).

Por fim, o valor obtido por cada participante no Rep(Eat) varia entre um mínimo de 0 pontos e um máximo de 88 pontos, tendo uma média de 23,10 ( $DP = 18.02$ ). Filtrando dos 1223 aqueles que tinham um resultado no Rep(Eat) 2 DP acima do valor médio (ou seja, superior a

59.14), foi possível isolar 55 indivíduos, que se considerou manifestam um comportamento de petisco contínuo considerável relativamente à restante amostra (ver Tabela9).

**Tabela 9: Número de Indivíduos com elevados índices de Petisco Contínuo**

	n	Média	Desvio-Padrão
<b>Rep(Eat)</b>			
Total	1223	23.10	18.024
Considerável/Exacerbado (a partir de 59.14)	55	68.84	6.839

**Objetivo 2:** *Avaliar a possível existência de correlação entre o comportamento de petisco contínuo e a existência de ansiedade, depressão e stress*

No que diz respeito à associação das variáveis psicológicas referentes à depressão, ansiedade e *stress* (score total do EADS) com a dimensão do petisco contínuo (score total do Rep(Eat)), constata-se que se obtiveram resultados dentro da significância estatística previamente estabelecido, pelo que se conclui que existem relações, sob o ponto de vista estatístico, entre o petisco contínuo e a depressão, ansiedade e *stress*. Assim, atesta-se que as correlações são positivas e moderadas, uma vez que à medida que uma variável aumenta, as outras também incrementam, ou seja, quanto maior o comportamento de petisco contínuo, maiores serão os níveis de depressão ( $r = .37, p = .000$ ), ansiedade ( $r = .33, p = .000$ ) e *stress* ( $r = .34, p = .000$ ), correspondendo a um estado afetivo de maior negatividade (ver Tabela10).

**Tabela 10: Relação entre a Ocorrência de Petisco Contínuo e a Depressão, Ansiedade e Stress**

		Depressão	Ansiedade	Stress
	Correlação de Pearson	.373**	.334**	.341**
Petisco Contínuo	Significância	.000	.000	.000
	N	1075	1075	1075

**Objetivo 3:** *Perceber se existe correlação entre o comportamento de petisco contínuo e a impulsividade*

Quanto ao presente objetivo, averiguou-se que os resultados entre a dimensão da impulsividade (score total Escala Urgência Negativa do UPSS-P) e a conduta de petisco contínuo (score total Rep(Eat)) evidenciam uma relação estatisticamente significativa, a qual se descreve como moderada e positiva ( $r = .32, p = .000$ ). Deste modo, quanto maior o nível de impulsividade comportamental, maior será a frequência do comportamento de petisco contínuo (ver Tabela11).

**Tabela 11: Relação entre a Ocorrência de Petisco Contínuo e Impulsividade**

		Impulsividade
Petisco Contínuo	Correlação de Pearson	.321**
	Significância	.000
	N	1064

**Objetivo 4:** *Investigar a possível associação entre o comportamento de petisco contínuo e a existência de preocupação com o peso e imagem corporal*

Através da *Correlação de Pearson* foi possível confirmar a presença de associações estatisticamente significativas entre o comportamento de petisco contínuo (score total do Rep(Eat)) e a preocupação com o peso ( $r = .45, p = .000$ ) e a imagem corporal ( $r = .48, p = .000$ ), sendo que as correlações são consideradas positivas e moderadas, isto é, quanto maior o comportamento de petisco contínuo, maiores serão as probabilidades da existência de preocupação, não somente com o peso, bem como com a imagem corporal (ver Tabela12).

**Tabela12: Relação entre a Ocorrência de Petisco Contínuo e a Preocupação com o Peso e a Imagem Corporal**

		Preocupação com o Peso	Preocupação com a Imagem Corporal
Petisco Contínuo	Correlação de Pearson	.451**	.475**
	Significância	.000	.000
	N	1125	1125

**Objetivo 5:** Investigar a possível associação entre o comportamento de petisco contínuo e a probabilidade de existência de desordens alimentares

No que concerne à associação entre a ocorrência de comportamentos de petisco contínuo (score total Rep(Eat)) e a probabilidade de presença de desordens alimentares (score total do QADA-Q5.2), constatamos que existem relações estatisticamente significativas, caracterizadas como moderadas e positivas ( $r = .48$ ,  $p = .000$ ). Nesta perspectiva, à medida que a conduta de petisco contínuo aumenta, também irá incrementar a probabilidade de presença de desordens alimentares.

**Tabela 13: Relação entre a Ocorrência de Petisco Contínuo e a Presença de Desordens Alimentares**

		Desordens Alimentares
Petisco Contínuo	Correlação de Pearson	.480
	Significância	.000
	N	1125

**Objetivo 6** Contribuir para a validação do Rep(Eat)\_Q e do UPSS-P - Escala Urgência Negativa, à população portuguesa.

### 6.1. Rep(Eat)\_Q

Relativamente ao *Repetitive Eating Questionnaire* (Rep(Eat)\_Q), no que diz respeito ao alfa de Cronbach de cada um dos itens, averiguamos que todos apresentam valores similares ao alfa de Cronbach da totalidade do Questionário, o que significa que estamos perante um instrumento em que cada um dos itens contribui para que o mesmo tenha uma excelente consistência interna. Assim, a sua consistência interna foi de .93, o que evidencia que se está perante um instrumento com bastante exatidão. Ainda no seguimento da corrente análise, verifica-se que, quanto ao coeficiente de correlação de cada um dos itens com os restantes (exceto com o próprio item), os valores oscilaram entre .51 (item 1: “Estar sempre a comer ao longo do dia”) e .76 (e.g., item 5: “Ter dificuldade em controlar o impulso de petiscar entre as refeições”; item 7: “Não conseguir evitar petiscar comida mesmo estando a tentar resistir”)

**Tabela 14: Análise da Consistência Interna do Rep(Eat)\_Q**

	Média	Desvio-Padrão	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Rep(Eat)_Q_1	1.95	2.009	.51	.93
Rep(Eat)_Q_2	1.95	1.764	.62	.93
Rep(Eat)_Q_3	1.52	1.673	.68	.93
Rep(Eat)_Q_4	1.59	1.690	.68	.93
Rep(Eat)_Q_5	1.61	1.710	.76	.93
Rep(Eat)_Q_6	1.32	1.673	.68	.93
Rep(Eat)_Q_7	1.24	1.533	.76	.93
Rep(Eat)_Q_8	1.61	1.699	.76	.93
Rep(Eat)_Q_9	1.47	1.612	.72	.93
Rep(Eat)_Q_10	1.59	1.712	.55	.93
Rep(Eat)_Q_11	1.80	1.633	.69	.93
Rep(Eat)_Q_12	1.44	1.573	.76	.93
Rep(Eat)_Q_13	1.34	1.756	.59	.93
Rep(Eat)_Q_14	1.78	1.762	.70	.93
Rep(Eat)_Q_15	.94	1.373	.59	.93

Tendo ainda por base o intuito de contribuir para uma validação do *Repetitive Eating Questionnaire* (Rep(Eat)\_Q) à população portuguesa, procedeu-se à medição da fidelidade *Teste-Retest*, no sentido de se avaliar a estabilidade do presente instrumento de avaliação. Deste modo, torna-se importante realçar que a aplicação teve dois momentos com um intervalo de 1 semana entre ambas.

**Tabela 15: Correlações da Totalidade dos Itens do Rep(Eat)\_Q entre as Duas Aplicações**

	n	Correlação	p
Par 1	405	.724	.000
Par 2	404	.681	.000
Par 3	405	.694	.000
Par 4	405	.717	.000
Par 5	403	.641	.000
Par 6	405	.653	.000
Par 7	404	.716	.000
Par 8	403	.662	.000
Par 9	405	.699	.000
Par 10	402	.701	.000
Par 11	405	.686	.000
Par 12	404	.700	.000



Par 13	405	.772	<b>.000</b>
Par 14	405	.734	<b>.000</b>
Par 15	405	.666	<b>.000</b>

Através da observação do Quadro 15 constata-se que as correlações dos itens do Rep(Eat)\_Q apresentaram todas significância estatística, sendo fundamental realçar que as correlações teste-reteste são todas superiores a .60. Neste sentido, é possível afirmar que o questionário evidencia estabilidade temporal.

Seguidamente e no que diz respeito ao procedimento utilizado para analisar a Estrutura Fatorial do instrumento, o Método de Extração ao qual recorreremos foi o de *Componentes Principais*, cujo objetivo é alcançar o menor número de fatores para explicitar a máxima variância. Recorreu-se, também, a um Método de Rotação Ortogonal, nomeadamente *Varimax*.

**Tabela16: Análise Fatorial do Rep(Eat)\_Q**

	F1	F2
Rep(Eat)_Q_1	.138	<b>.688</b>
Rep(Eat)_Q_2	.199	<b>.784</b>
Rep(Eat)_Q_3	.231	<b>.825</b>
Rep(Eat)_Q_4	.245	<b>.815</b>
Rep(Eat)_Q_5	<b>.681</b>	.447
Rep(Eat)_Q_6	<b>.834</b>	.166
Rep(Eat)_Q_7	<b>.839</b>	.269
Rep(Eat)_Q_8	<b>.820</b>	.296
Rep(Eat)_Q_9	<b>.751</b>	.312
Rep(Eat)_Q_10	.267	<b>.616</b>
Rep(Eat)_Q_11	.376	<b>.690</b>
Rep(Eat)_Q_12	<b>.640</b>	.488
Rep(Eat)_Q_13	<b>.820</b>	.053
Rep(Eat)_Q_14	<b>.679</b>	.367
Rep(Eat)_Q_15	<b>.491</b>	.416
Eigenvalues	7.851	1.739
Porcentagem da Variância	52.34	11.60

Procedendo-se à Análise Fatorial, e dado existirem dois valores próprios (*Eigenvalues*) maiores do que um, pelo critério de Kaiser-Meyer-Olkin, retêm-se dois fatores que compreendem 63.94% da variância total, ou seja, os dois fatores encontrados e representados no Quadro 16 por F1 e F2, explicitam um pouco mais de metade da variabilidade dos quinze itens originais.

Através da matriz das componentes principais após rotação, é-nos possível reconhecer que o Fator 1 é constituído pelos itens 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 e 15, enquanto o Fator 2 é composto pelos restantes seis itens (1, 2, 3, 4, 10 e 11).

## 6.2. UPSS-P – Escala Urgência Negativa

Por fim, a estrutura da Escala de Impulsividade do Comportamento (UPSS-P) é composta por cinco Subescalas. Todavia, no corrente estudo apenas foi administrada a relativa ao constructo de Urgência Negativa, a qual alcançou um alfa de *Cronbach* de .92, podendo considerar-se uma Subescala bastante consistente, segundo a perspetiva de Pestana e Gageiro (2008).

**Tabela 17: Correlações da Totalidade dos Itens da UPSS-P\_UN entre as Duas Aplicações**

	n	Correlação	p
Par 1	399	.545	.000
Par 2	400	.648	.000
Par 3	399	.529	.000
Par 4	400	.569	.000
Par 5	400	.539	.000
Par 6	399	.604	.000
Par 7	400	.613	.000
Par 8	399	.594	.000
Par 9	396	.569	.000
Par 10	400	.603	.000
Par 11	399	.488	.000
Par 12	400	.578	.000

Tendo por base a análise efetuada, verifica-se que os itens da UPSS-P se encontram associados de forma estatisticamente expressiva, possibilitando a estabilidade da Escala. Todavia, existem correlações teste-reteste que apresentam valores moderados (e.g., Par 11).

**Tabela18: Análise Fatorial do UPSS-P\_UN**

	F1	F2
UPSS_P_1	.539	.545
UPSS_P_2	.436	.606
UPSS_P_3	.419	.715
UPSS_P_4	.461	.725
UPSS_P_5	.480	.704
UPSS_P_6	.768	.239

UPSS_P_7	<b>.773</b>	.324
UPSS_P_8	<b>.715</b>	.320
UPSS_P_9	<b>.771</b>	.300
UPSS_P_10	<b>.820</b>	.102
UPSS_P_11	-.358	<b>.604</b>
UPSS_P_12	<b>.779</b>	.223
Eigenvalues	6.517	1.259
Porcentagem da Variância	54.31	10.49

Relativamente à Análise Fatorial, retêm-se dois fatores pelo critério de Kaiser-Meyer-Olkin, que compreendem 64.80% da variância total, uma vez que existem dois valores próprios (*Eigenvalues*) maiores do que um. Assim, sensivelmente dois terços da variabilidade dos doze itens originais são explicados pelos dois fatores alcançados.

De acordo com o procedimento estatístico utilizado, identifica-se que o Fator 1 é composto pelos itens 6, 7, 8, 9, 10 e 12 e os restantes pertencem ao Fator 2.

## Discussão

No que diz respeito ao primeiro objetivo de estudo da presente investigação, os resultados mostram que o petisco contínuo se revelou um comportamento mais predominante nos elementos do sexo feminino, indo de encontro aos resultados encontrados por Deborah *et al.*, 2011. No âmbito do mesmo objetivo, os resultados sugerem existir divergências entre os grupos criados para as diferentes variáveis. Assim, foi possível constatar-se que os indivíduos mais jovens apresentavam maiores índices de petisco contínuo e indivíduos com maior índice de massa corporal (sobrepeso e obesidade) tendiam para maiores níveis de ocorrência de petisco contínuo. Estes dados apontam no mesmo sentido que alguns estudos que descrevem comportamentos alimentares atípicos que contribuem para o excesso de peso e a obesidade, tais como: “constant overeating”, “piking”, “grazing”, “between-meal snacking” (Brigitte, *et al.*, 2013). Reforça-se a ideia de que o petisco contínuo é uma prática corrente entre indivíduos com excesso de peso e obesidade (Nichole *et al.*, 2013).

Ainda neste primeiro objetivo, foi possível observar valores de petisco contínuo mais elevados associados a participantes com o 12º ano de escolaridade e pertencentes à população não ativa (desempregados, domésticos e reformados). Nenhum dos estudos, até à data publicados, focou a sua atenção em variáveis desta natureza, no entanto seria interessante

começar a tentar perceber o porquê desta variabilidade. Por fim, apesar de não haver nenhuma medida clara e validade para a avaliação da conduta de petisco contínuo (Lane, B. & Szabó, M., 2013), no sentido de perceber, dentro dos 1223 participantes, quais se distinguiram por apresentarem valores claramente mais elevados neste comportamento, procurou-se aqueles que se distanciavam da média da restante amostra. Assim, verificou-se a existência de 55 participantes que obtiveram no Rep(Eat)\_Q valores 2 desvio-padrão acima da média da totalidade da amostra, entendendo-se este valor como uma conduta de petisco contínuo considerável. No entanto, a falta de uma medida clara para que se possa definir o que é ou não considerado petisco contínuo, leva a que haja bastante ambiguidade entre os dados reportados, surgindo, por exemplo, taxas de prevalência que variam entre os 31,8% (Masheb, *et al.*, 2011) e os 91% (Reas, D. *et al.*, 2012) para amostras comunitárias.

Relativamente à ansiedade, depressão e stresse, foi encontrada correlação entre estes três fatores emocionais e o aumento dos níveis de petisco contínuo. Estes poderão contribuir para a génese de novas pesquisas que vão no sentido de clarificar a ainda pouco clara associação entre petisco contínuo e estados psicopatológicos (Conceição *et al.*, 2014). De certa forma, estes dados vão de encontro aos reportados por Sauders (2004) que refere que estados psicológicos e emocionais possam ter algum tipo de ligação com esta conduta, nomeadamente, emoções negativas, tédio e solidão, assim como questões relacionadas com a imagem corporal. Assim, maiores valores no comportamento de petisco contínuo correspondem a estados afetivos de maior negatividade.

Anestis *et al.* (2007) defende que pessoas com altos níveis de impulsividade têm maior probabilidade de ter comportamentos alimentares desadaptativos. Os resultados obtidos aquando da análise do terceiro objetivo deste estudo vão de encontro à afirmação deste autor. Quanto maiores os níveis de impulsividade (nomeadamente urgência negativa), maiores eram os níveis do comportamento de petisco contínuo. Num estudo similar, Fischer *et al.* (2008) procurando avaliar população comunitária e população com ingestão alimentar compulsiva relativamente aos seus índices de impulsividade, descobriu que os indivíduos com ingestão alimentar compulsiva reportavam maior impulsividade (principalmente urgência negativa) comparativamente à população normal. Por outro lado, indivíduos que experienciam dificuldades emocionais e urgência negativa de uma forma mais intensa, podem estar mais propensos a desenvolver padrões alimentares desadaptativos como estratégias de coping com os seus sentimentos, independentemente das consequências físicas (*e.g.*, aumento de peso) e emocionais (*e.g.*, sentimento de culpa) (Nichole *et al.*, 2013).

Foi possível verificar, ainda, que os resultados do presente estudo apontam para uma possível associação entre o aumento dos valores de petisco contínuo e a preocupação, quer com o peso, quer com a imagem corporal. No entanto, estudos como o de Conceição *et al.*, (2013) ou Reas *et al.*, (2012) não encontraram qualquer ligação entre petisco contínuo a preocupação com o peso e a imagem corporal. Por outro lado, outros autores explicam esta ligação através de modelos teóricos similares aos utilizados para a bulimia nervosa, sugerindo que a dieta, restrição alimentar, preocupação com o peso, preocupação e com a imagem corporal, levam a comportamento alimentares desadaptativos (Safer *et al.*, 2004).

Encontrou-se, ainda, uma última associação entre o petisco contínuo e a probabilidade de existência de desordens alimentares. Este achado é consistente com a literatura existente, que entende o petisco contínuo como um comportamento alimentar de grande prevalência nos diferentes diagnósticos de perturbações alimentares (Conceição *et al.*, 2013). No entanto, estes mesmos autores, não encontraram qualquer ligação entre a presença de petisco contínuo e o score total do EDE, ou de qualquer uma das suas subescalas.

Por fim, nos esforços feitos para contribuir para uma futura validação quer do instrumento referente ao petisco contínuo (Rep(Eat)\_Q) quer do referente à impulsividade (UPSS-P\_Escala Urgência Negativa) pode-se sumariar que, ambos parecem apresentar bons indicadores de fidelidade e validade (aparentando serem instrumentos com boas consistência interna e estabilidade temporal), bons preditores para que possam vir a ser devidamente validados à população portuguesa.

## **Conclusão**

De uma forma geral, a análise dos resultados revelou que o petisco contínuo é um comportamento que pode ser estudado segundo muitas variáveis, no sentido de melhor o seu conhecimento e caracterização. Ficou-se a saber que este parece poder variar consoante os sexos, os grupos etários, o nível de escolaridade, a profissão, o índice de massa corporal, estados físicos, estados emocionais e estilos comportamentais. Por outro lado, parece também ter ficado clara a ideia da importância da validação de um instrumento único para avaliação deste comportamento, evitando assim a ambiguidade que tem pautado o estado da arte até ao momento.

Apesar da riqueza dos dados obtidos, relativamente às limitações deste estudo, é possível destacar o facto de os instrumentos serem medidas de auto-relato, com todas as limitações que estes acarretam. A logística de uma investigação mais cuidada, que envolvesse um processo de entrevistas presenciais, não só se tornaria demasiado complexo, como diminuiria significativamente o número de pessoas dispostas a participar. Outra das limitações terá sido o agrupar das variáveis “idade” e “profissão” em categorias mais abrangentes, o que diminuiu a heterogeneidade da amostra. Inicialmente realizou-se a análise estatística tendo por base grupos mais específicos, o que poderia dar origem a resultados interessantes, no entanto para realizar os testes de *Post-Hoc* da ANOVAs, não só tornava a tarefa demasiado longa, como alguns grupos não tinham o número mínimo de elementos necessários para a realização dos testes estatísticos. Talvez outros estudos, com amostras mais abrangentes, possam colmatar esta limitação. No que concerne ao contributo para a validação dos instrumentos, o UPSS-P era o último dos cinco instrumentos e, por vezes, os participantes estavam já cansados, respondendo a este de forma mais imponderado. Por outro lado, o facto de ter uma escala invertida relativamente a todos os outros (1=“Concordo completamente”; 4=“Discordo completamente”) induzia alguns participantes em erro. Assim, parece pertinente que estes pontos sejam tidos em atenção em aplicações futuras.

No que diz respeito aos aspetos mais positivos desta investigação, importa ser salientado, por um lado, a dimensão da amostra recolhida e, por outro, a bateria de testes aplicada, que foi bastante significativa e abrangente em termos de informações recolhidas. Por outro lado, este estudo é o primeiro a utilizar o Rep(Eat)\_Q e a procurar caracterizar o petisco contínuo numa vasta amostra comunitária, segundo diversas variáveis.

Quanto a sugestões para estudos futuros, propõe-se que se avalie, através de estudos que relacionem a prática de petisco contínuo com as suas implicações a longo prazo, se este realmente constitui um comportamento alimentar atípico (como sugere, por exemplo, Masheb *et al.* (2011)) ou apenas um padrão alimentar comum da população associado a maus hábitos alimentares (como chegam a questionar-se alguns autores, perante prevalências de 91%, em população não-clínica (Conceição, E., 2014)). Importa, também, ter em atenção, como já referido, muito poucos estudos (menos de cinco) avaliaram este comportamento em população não-bariátrica e, assim, algumas destas elevadas prevalências surgem de amostras compostas por, por exemplo, apenas 58 alunas universitárias (Reas *et al.*, 2012). Em investigações futuras, seria importante procurar amostras o mais representativas possível da população, para que se possa, de uma forma mais segura, generalizar os dados à mesma.

Nem todos os estudos incluem medições do índice de massa corporal, no entanto, tem sido apontado como relevante estudar a relação entre padrões alimentares e as variáveis associadas ao peso (como o IMC), pois são importantes indicadores de saúde pública (Massheb *et al.*, 2011). Outro dado relevante prende-se com a sintomatologia depressiva. Esta tem sido associada à presença de impulsividade comportamental (Nichole *et al.*, 2013) e, apesar de ambas terem sido avaliadas separadamente no presente estudo, seria interessante relacionar estas duas componentes em futuras investigações.

Por fim, a obesidade e o sobrepeso representam um problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência, custos e efeitos na saúde dos indivíduos (Loscalzo, 2008). Na amostra aleatória, de um pequeno estudo como este, com apenas 1223 indivíduos, foi possível encontrar 269 (22.5%) com excesso de peso ou obesidade, dados estes que alertam para a prevalência destas problemáticas e para a importância de se investir no seu estudo.

Espera-se que o presente estudo tenha contribuído, de alguma forma, para abrir mais vias de investigação permitindo acrescer o conhecimento no campo do comportamento alimentar, no sentido de melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR*. (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores

Anestis, M., Selby, E., Flink, E. & Joiner, T. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *Int J Eat Disord*, 40, 718-726.

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. *Obes Surg*, 12, 83-92.

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. *Int J. Eat Disord*, 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*, 46, 274-279.

Direção de Serviços de Avaliação e Certificação. (2001). *Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994* (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Fairburn, C. & Cooper, Z. (2000). The Assessment of Eating Disorder Examination. *Int. J. Eat. Disord.* 16, 363–370.

Fischer, S., Smith, G. & Cyders, M. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clin Psychol Rev*, 28, 1413-1425



- Grilo, C. & Masheb, R. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 43, 1509-1525
- Harvey, E., Rawson, R., Alexander E. & Bachar K. (1994). Binge Eating in Males: A Sample Description and Treatment Outcome Study. *Eat Disord*, 2.
- Keel, P., Brown, T., Holm-Denoma, J. & Bodell, L. (2011). Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *Int J Eat Disord*, 44(6), 553-560.
- 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. *Behav Change*, 30 (2), 57-73.
- Masheb, R., Grilo, C. & White, M. (2011). An Examination of Eating Patterns in Community Women with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord*, 44(7), 618-624.
- Masheb R.B., Roberto C.A., White M.A. (2013). Nibbling and picking in obese patients with Binge Eating Disorder. *Eat Behav*, 14, 424-427.
- Nichole, K., Cynthia, M. & Suzanne, M. (2013). Executive Functioning and Behavioral Impulsivity of Young Women Who Binge Eat. *Int J Eat Disord*, 46(2), 127-139.
- 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.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Reas D., Wisting L., Kapstad H. & Lask B. (2012). Nibbling: Frequency and relationship to BMI, pattern of eating, and shape, weight, and eating concerns among university women. *Eat Behav*, 13, 65-66.

Safer, D., Agras W., Lowe, M. & Bryson, S. (2004). Comparing two measures of eating restraint in bulimic women treated with cognitive-behavioral therapy. *Int J Eat Disord*, 36, 83-88.

Saunders, R., Johnson, L. & Tescher, J (1998). Prevalence of Eating Disorders among Bariatric Surgery Patients. *Eat Disord*, 6, 309-17.

Saunders, R. (2004). "Grazing": A Hight-Risk Behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98-102.

Striegel-Moore, R., Dohm, F. & Soloman, E., *et al.* (2000). Subthreshold binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 27, 270-8.

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