



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno**

**Um estudo comparativo entre Sujeitos com Peso Normal, Excesso de Peso e Obesidade**

**Sara Isabel Pires Marques**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Doutor<sup>a</sup> Graça Esgalhado  
Co-orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

**Covilhã, Outubro de 2013**

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## **Dedicatória**

*Aos meus pais.*

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, faço questão de agradecer aos meus pais por terem confiado e apostado em mim, mais uma vez, possibilitando-me o alcance deste grande objetivo pessoal, independentemente de qualquer obstáculo. Sem eles não teria conseguido chegar onde cheguei.

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Doutora Graça Esgalhado enquanto orientadora desta tese, assim como ao Prof. Doutor Henrique Pereira enquanto co orientador, por todo o apoio, incentivo, correção e crescimento que me proporcionaram não só a nível académico e intelectual como também a nível pessoal. A eles um muito obrigada por toda a paciência e compreensão.

Aos meus avós o meu muito obrigado pela motivação e pela sua perspectiva de ver “mais além” que tantas vezes me fez levantar em momentos que ponderei baixar os braços.

À minha irmã que me ajudou a “desanuviar” nos momentos em que mais precisei e à restante família por sempre me terem apoiado e acreditado que seria capaz.

Aos amigos, por todos os bons momentos proporcionados que me possibilitaram recarregar baterias para perseverar, por todas as vezes em que abdicaram de outras coisas para estarem ‘ali’ comigo, pela paciência que tiveram e pela força que sempre me transmitiram.

À Andreia Marques por tudo o que vivemos em conjunto, nesta última etapa, e por juntas termos conseguido chegar até aqui.

À Universidade da Beira Interior e à Covilhã por todas as boas experiências aqui vividas, pelas pessoas conhecidas e pelas vitórias aqui conseguidas.

A todos vocês, o meu mais sincero OBRIGADA!

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Resumo

**Introdução:** A obesidade e o excesso de peso têm sido associados a determinadas perturbações psiquiátricas, especialmente, em pacientes que procuram tratamento. É sabido que a obesidade não constitui por si mesma uma perturbação psiquiátrica, porém, há que salientar que uma parte significativa da população clínica apresenta algum tipo de perturbação do comportamento alimentar, sendo que entre aquelas que mais aparecem relacionadas com o excesso de peso e obesidade estão a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) tantas vezes associados a padrões de Alimentação Emocional. **Objetivo:** Comparar os níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno, em sujeitos com IMC correspondente a peso normal, excesso de peso e obesidade. **Método:** A amostra por conveniência foi constituída por 220 sujeitos voluntários. Para a obtenção de dados passaram-se três instrumentos, para além do questionário sócio-demográfico elaborado por nós, a Escala de Ingestão Compulsiva, a Escala de Alimentação Emocional e o Questionário de Hábitos do Comer Noturno, em dois moldes: contexto face a face e via internet. **Resultados:** Na Escala de Ingestão Compulsiva foram os sujeitos obesos que pontuaram mais alto. Na Escala de Alimentação Emocional, os sujeitos com excesso de peso registaram as pontuações mais altas e no Questionário de Hábitos do Comer Noturno, os participantes com peso normal foram os que revelaram pontuações mais elevadas. **Conclusões:** Os resultados deste estudo revelam que sujeitos com excesso de peso e obesidade apresentam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva e padrões de Alimentação Emocional, do que sujeitos com peso normal, mas o mesmo não se verifica no que se refere à Síndrome do Comer Noturno. Também se verificou que, nesta amostra, a Alimentação Emocional não tem relação com a Síndrome do Comer Noturno nem com a Perturbação de Ingestão Compulsiva, porém observou-se uma relação entre a Perturbação de Ingestão Compulsiva e a Síndrome do Comer Noturno, ou seja, a maiores níveis de ingestão compulsiva estão associados maiores níveis de comer noturno.

## Palavras-chave

Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC), Alimentação Emocional (AE), Síndrome do Comer Noturno (SCN) e Índice de Massa Corporal (IMC).

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Abstract

**Introduction:** Obesity and overweight have been associated with certain psychiatric disorders, especially in patients seeking treatment. It is well known that obesity is not by itself a psychiatric disorder, however, it should be noted that a significant part of the clinical population has some type of disturbance in eating behavior, and among those who appear more related to overweight and obesity are Binge eating Disorder (PIC) and Night Eating Syndrome (SCN) often associated with patterns of Comfort Food. **Objective:** To compare the levels of binge eating, Comfort Food and Night Eating Syndrome in subjects with BMI of normal weight, overweight and obesity. **Method:** A convenience sample consisted of 220 volunteer subjects. To obtain data passed three instruments, in addition to sociodemographic questionnaire prepared by us, Intake Compulsive Scale, the Scale for Emotional Eating and Night Eating Questionnaire, in two ways: context face to face and via internet. **Results:** Ingestion Compulsive Scale were obese subjects who scored higher. Emotional Eating Scale, the subjects are overweight recorded the highest scores and Night Eating Questionnaire Night, participants with normal weight were those who reported higher scores. **Conclusions:** The results of this study reveal that subjects with overweight and obesity have higher levels of Binge Eating Disorder and Emotional Eating patterns than subjects with normal weight, but the same is not true with regard to Night Eating Syndrome. It was also found that in this sample, the Comfort Food has no relation with the Night Eating Syndrome or with Binge Eating Disorder, but there was a relationship between the intake Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome, ie higher levels of Binge Eating Disorder are associated with higher levels of Night Eating Syndrome.

## Keywords

Binge Eating Disorder (BES), Night Eating Syndrome (NES), Comfort Food and Body Mass Index (BMI)

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

# Índice

Introdução	1
Perturbação de Ingestão Compulsiva	5
Alimentação Emocional	8
Síndrome do Comer Noturno	11
Método	17
Participantes	17
Instrumentos	21
Escala de Ingestão Compulsiva	21
Escala de Alimentação Emocional	22
Questionário de Hábitos do Comer Noturno	23
Variáveis e Hipóteses	23
Procedimentos	24
Resultados	25
Discussão e Considerações Finais	34
Bibliografia	47
Anexos	59

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Lista de Figuras

Figura 1. Prevalência da obesidade na Europa	2
Figura 2. Distribuição percentual da amostra relativamente ao género	17
Figura 3. Distribuição percentual da amostra relativamente à faixa etária	18
Figura 4. Distribuição percentual da amostra relativamente ao estado civil	18
Figura 5. Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de escolaridade	19
Figura 6. Distribuição percentual da amostra com base na situação profissional	19
Figura 7. Distribuição percentual de acordo com os três grupos de categorização do IMC	20
Figura 8. Distribuição percentual de acordo com as situações relatadas como estando na origem do excesso de peso/ obesidade	20
Figura 9. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do IMC	25
Figura 10. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do IMC	26
Figura 11. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do IMC	26
Figura 12. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do género	27
Figura 13. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do género	27
Figura 14. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do género	28
Figura 15. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do nível de escolaridade	29
Figura 16. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do nível de escolaridade	29
Figura 17. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do nível de escolaridade	30
Figura 18. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função da situação laboral	31
Figura 19. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função da situação laboral	31
Figura 20. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função da situação laboral	32
Figura 21. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do relato	32

de problemas de saúde

Figura 22. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do relato de problemas de saúde 33

Figura 23. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do relato de problemas de saúde 33

Figura 24. Critérios para diferenciar a SCN da BN, PIC e SRED 97

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades	1
Tabela 2. Pontuações standard para interpretação da EAE em função do género	22
Tabela 3. Valores Médios ( $\pm$ DP) na EIC, EAE e QHCN em função do IMC	27
Tabela 4. Valores Médios ( $\pm$ DP) em função da faixa etária na EIC, EAE e QHCN	28
Tabela 5. Valores Médios ( $\pm$ DP) na EIC, EAE e QHCN em função do estado civil	30
Tabela 6. Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Ingestão Compulsiva, segundo o DSM-IV	62
Tabela 7. Principais diferenças entre as perturbações do comportamento alimentar	71

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

## Lista de Acrónimos

PIC	Perturbação de Ingestão Compulsiva
AE	Alimentação Emocional
SCN	Síndrome do Comer Noturno
BES	<i>Binge Eating Disorder</i>
NES	<i>Night Eating Syndrome</i>
EIC	Escala de Ingestão Compulsiva
EAE	Escala de Alimentação Emocional
QHCH	Questionário de Hábitos do Comer Noturno
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
BN	Bulimia Nervosa
TCC	Tratamento Cognitivo Comportamental
SRED	Sleep- Related Eating Disorder
ISRS/ SSRIs	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade



## Introdução

### Obesidade: Definição, Classificação e Medida

A obesidade é atualmente, considerada uma perturbação médica, não psiquiátrica, definida pela Organização Mundial de Saúde (2011) como “uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde”. No entanto, é inevitável considerar a forte influência comportamental no seu desenvolvimento, na medida em que representa um desequilíbrio entre a ingestão e o dispêndio de energia sob a forma de alimentação e exercício físico, respetivamente. Este desequilíbrio é determinado por um conjunto de fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais associados que afetam, significativamente, a saúde física e psicológica dos indivíduos e tendem a perpetuar-se, tornando a obesidade uma doença de caráter crónico.

O diagnóstico de excesso de peso e obesidade faz-se através do cálculo do IMC, o qual permite avaliar a existência de excesso de peso ou obesidade, mediante a divisão do peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (peso/altura<sup>2</sup>). Segundo a OMS (2011) considera-se que há excesso de peso quando o IMC é  $\geq$  a 25 e que há obesidade quando o IMC é  $\geq$  30. Esta medida permite, de uma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adotado internacionalmente para classificar a obesidade (cf. Tabela 1). Existe relação entre as classes referidas de obesidade e o risco de comorbilidades, que pode ser afetada por uma série de fatores, incluindo a alimentação e o nível de atividade física.

Tabela 1. Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	$<18.5$	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Peso normal	18.5 - 24.9	Médio
Excesso de peso	25.0 - 29.9	Aumentado
Obesidade I	30.0 - 34.9	Moderado
Obesidade II	35.0 - 39.9	Grave
Obesidade III	$\geq 40.0$	Muito grave

Com o aumento da prevalência da obesidade ao longo do final do século passado e início do atual, não só em Portugal como a nível europeu (cf. Figura 1) e mundial, o interesse da ciência em reexaminar a relação entre o excesso de peso, a obesidade e a saúde mental, mais

especificamente, as perturbações psiquiátricas tem adquirido importância significativa, na tentativa de compreender se a obesidade constitui ou não uma perturbação do comportamento alimentar, isto é se existe algo patológico no comportamento alimentar dos indivíduos obesos (Carmo et al, 2006; Devlin, 2007; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

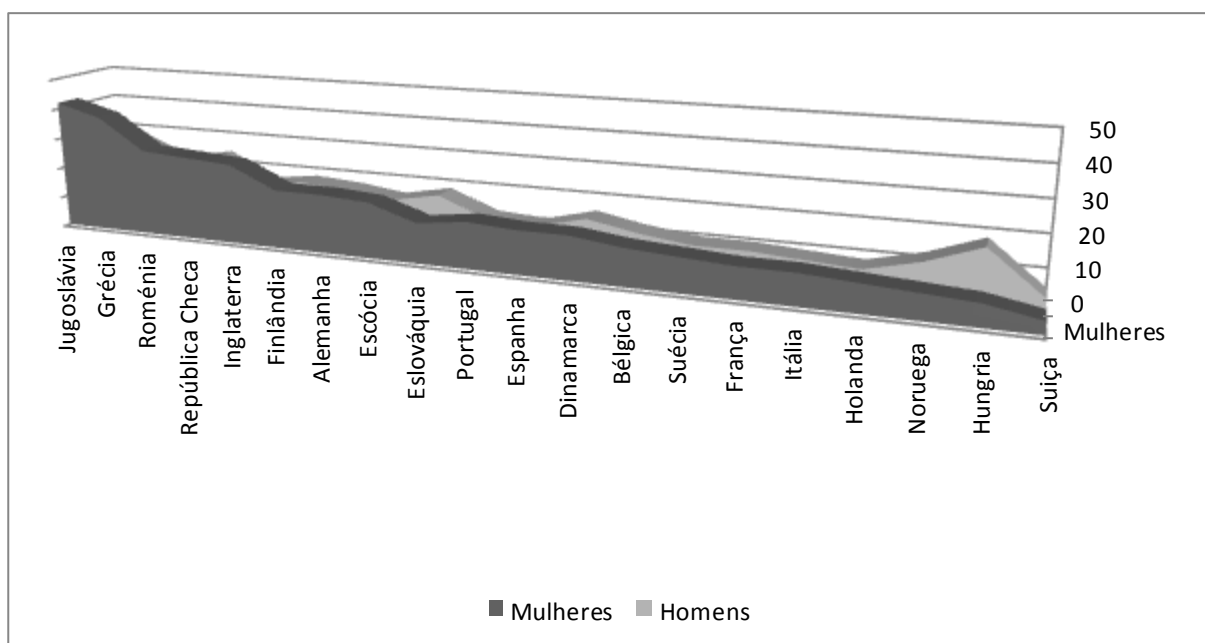


Figura 1: Prevalência da obesidade na Europa (adaptada de Carmo et al, 2006 e Kumanyika et al, 2002)

## Perturbações de Comportamento Alimentar associadas à Obesidade

Apesar de não encontrarmos uma psicopatologia específica nos sujeitos obesos, verifica-se que estes apresentam altos níveis de sofrimento psicológico e emocional decorrente dos problemas relativos ao preconceito social, consequente dos modelos de beleza impostos pela sociedade que promovem a insatisfação com o próprio corpo acabando por fomentar o envolvimento em práticas alimentares e comportamentos disfuncionais com vista a alcançar esse modelo de corpo 'ideal'. Tais perturbações emocionais agravam-se quando a condição de excesso de peso ou obesidade acompanha os indivíduos desde a infância, visto que existe uma maior exposição a atitudes discriminatórias de várias ordens. Vários autores defendem que o fato destes sujeitos serem 'vítimas' da sua condição física desde muito cedo pode acarretar o desenvolvimento de perturbações da personalidade que passam a integrar o indivíduo definitivamente. Desde este ponto de vista parece lógico considerarmos as perturbações psicológicas enquanto consequência da obesidade e do excesso de peso. Quanto ao comportamento alimentar ter-se-à que considerar que a marca genética também funciona ao

nível do complexo sistema de apetite/saciedade, que um corpo volumoso tem necessidades alimentares superiores às de um corpo de peso normal para a mesma idade e gênero e que estas pessoas têm muitas vezes uma história de vida com sucessivas tentativas de restrição alimentar que induzem a comportamentos de ingestão compulsiva (Sarwe & Fabricatore, 2008).

Com base nisso, diversos investigadores têm vindo a desafiar a suposição de homogeneidade baseada apenas no peso dos sujeitos, procurando concetualizar as perturbações do comportamento relatadas na obesidade. Na verdade, a presença frequente de alterações do comportamento alimentar em pacientes obesos torna imprescindível o reconhecimento e diagnóstico clínico das perturbações do comportamento alimentar nesta população. Recentemente, os investigadores começaram a concentrar-se em padrões alimentares mais diversificados e nos novos padrões de comportamento alimentar noturno, com vista a compreender a influência de padrões alimentares não normativos no desenvolvimento da obesidade (Striegel-Moore *et al*, 2010).

Foram identificadas alguns padrões alimentares atípicos que parecem estar fortemente associadas ao excesso de peso e obesidade, tais como a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) (Harb & Hidalgo, 2008; Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001). Seguindo o modelo das perturbações do comportamento alimentar, essas perturbações focam-se principalmente, num comportamento de ingestão compulsiva ou num consumo alimentar noturno desproporcional, isto é num consumo alimentar que se restringe, na sua maioria, ao período da noite. A sua classificação enquanto perturbações mentais ou comportamentais é reforçada pela presença de sofrimento e comprometimento associado (Devlin, 2007). A principal diferença entre estas perturbações diz respeito ao horário em que ocorre o consumo alimentar. O critério essencial da Perturbação de Ingestão Compulsiva prende-se com os episódios de hiperfagia acompanhados de uma sensação de descontrolo subjetivo, sem que o sujeito recorra a comportamentos compensatórios inapropriados; o mesmo acontece com a Síndrome do Comer Noturno, porém, a característica principal desta última é o atraso da fase do padrão alimentar para o período noturno (Goel *et al*, 2009; Harb & Hidalgo, 2008; Marshall *et al*, 2004; Stunkard, 2000).

Tais padrões alimentares atípicos podem ser observados em sujeitos com peso normal, excesso de peso ou obesos, mas aparecem mais associados a estes últimos devido ao fato das investigações clínicas se concentrarem, principalmente, neste tipo de sujeitos, sendo por isso consideradas, frequentemente, perturbações associadas à obesidade. Allison *et al* (2006) apontam para as elevadas taxas de prevalência destas perturbações do comportamento alimentar que têm sido registadas em pessoas obesas que procuraram tratamento para a perda de peso, especialmente, entre candidatos a cirurgia bariátrica, ainda mais quando se reconhece a influência das primeiras na perda de peso após a cirurgia. As conclusões dos diversos estudos longitudinais que procuram estudar a relação entre o comportamento

alimentar e o aumento de peso associadas aos dados mais recentes sobre a Perturbação de Ingestão Compulsiva e aos estudos sobre o tratamento da obesidade vêm provar que a ingestão compulsiva surge na origem do aumento de peso. Para além disso, também tem sido sugerido que os comportamentos de ingestão compulsiva têm um papel prejudicial na manutenção da perda de peso (Devlin, 2007; Stunkard et al, 1996).

Da mesma forma, os autores também têm referido a Síndrome do Comer Noturno enquanto padrão alimentar típico dos sujeitos obesos. Os estudos realizados com amostras clínicas sugerem que a alimentação noturna pode, frequentemente, preceder o aparecimento de obesidade, porém, existem vários estudos de origem transversal realizados com amostras comunitárias que não confirmam esta associação. De notar que na origem da obesidade ou excesso de peso, é possível que se encontrem estas duas perturbações sobrepostas, tendo sido encontrada uma associação positiva entre a Perturbação de Ingestão Compulsiva e a Síndrome do Comer Noturno, em pacientes com obesidade grave (Devlin, 2007; Stunkard et al, 1996).

A literatura sugere que para além de ser bastante comum a incidência destas perturbações, individualmente, em indivíduos obesos, muitas vezes, elas também tendem a ocorrer em simultâneo. Por exemplo, a Perturbação de Ingestão Compulsiva parece ser particularmente comum entre indivíduos com Síndrome do Comer Noturno, estando largamente associada a acontecimentos ou emoções negativas e à presença de psicopatologia e stress emocional. Esta associação também explica a dificuldade destes sujeitos em aderir a programas de tratamento para a perda de peso (Allison et al, 2008; *American Psychiatric Association*, 1995; Gluck et al, 2001; Harb & Hidalgo, 2008; O'reardon et al, 2006; Santos, 2010; Striegel-Moore et al, 2005; Vander Wal et al, 2005).

Outros modelos propõem que na base destes padrões de alimentação atípicos se encontra a influência da regulação emocional e dos modelos de resposta ao stress que induzem estes comportamentos alimentares excessivos e desadequados, enquanto resposta primária a um problema, com vista a controlar ou gerir estados aversivos internos e aqui referimo-nos a padrões de Alimentação Emocional. Nos modelos que procuram explicar este comportamento alimentar, a ênfase é colocada sobretudo sobre o problema subjacente, mais do que sobre o comportamento alimentar excessivo, em particular. Um modelo adicional semelhante, o modelo de ingestão compulsiva de resposta ao stress descrito por Gluck et al (2001), sugere que a responsividade anormal ao stress contribui para a obesidade em indivíduos vulneráveis por meio da liberação exagerada de cortisol que contribui para a ingestão compulsiva e para o aumento da distribuição de gordura. Muitos estudos experimentais apoiam estas teorias, encontrando uma associação positiva entre hiperfagia emocional e um IMC mais elevado (Devlin, 2007).

## **Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC)**

Os primeiros estudos sobre a Perturbação de Ingestão Compulsiva surgiram em 1959, quando Stunkard (Faith & Allison, 1996 cit in Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinário, 2001) observou que alguns pacientes obesos apresentavam um tipo de perturbação do comportamento alimentar semelhante aos episódios bulímicos (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004). Esta síndrome denominada, inicialmente, de Síndrome de Hiperalimentação Patológica, foi posteriormente substituída por Perturbação de Compulsão Alimentar, na sua adaptação ao português do Brasil, foi incluída, pela primeira vez, no apêndice B do DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995), sob a forma de perturbação que necessita de mais estudos para melhor caracterização. Foi traduzida e adaptada a sua versão para português, recentemente, com a denominação de Perturbação de Ingestão Compulsiva. Já este ano foi incluída na nova versão do DSM, enquanto nova categoria nosológica.

A Perturbação de Ingestão Compulsiva parece estar intimamente associada com a obesidade, especialmente, entre sujeitos envolvidos em programas de controlo de peso, e em sujeitos com peso instável. Além disso, ainda que as estimativas da prevalência da Perturbação de Ingestão Compulsiva entre os obesos tendam a divergir de estudo para estudo, o que é fato é que esta perturbação parece aumentar, a par com o aumento do grau de obesidade. E o risco de obesidade, por sua vez, sobe à medida que aumentam os episódios de ingestão compulsiva. A prevalência estimada da Perturbação de Ingestão Compulsiva na população geral pode variar entre 1,8 e 4,6%; atingindo cerca de 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer, tendo sido observada uma associação positiva entre a presença de ingestão compulsiva e o aumento da adiposidade (Dingemans & Van Furth, 2012; Duchesne et al, 2007; Hill, 2007; Napolitano et al, 2001; Sim et al, 2010).

Num estudo de base transversal com uma amostra comunitária de 591 jovens adultos, Hasler et al (2004) encontraram uma associação entre comportamentos de ingestão compulsiva e aumento de peso ao longo de um período de vinte anos. Da mesma forma, Fairburn et al (1998) ao estudarem o curso longitudinal da ingestão compulsiva na comunidade ao longo de um período de cinco anos, descobriram que, enquanto o comportamento de ingestão compulsiva se revelou instável ao longo do tempo, a prevalência de obesidade na amostra praticamente duplicou até o final do estudo. Vários estudos com amostras constituídas por sujeitos adolescentes relataram associações entre comportamentos de ingestão compulsiva e aumento de peso, embora Stice et al (2003 cit in Devlin, 2007) num estudo com raparigas dos 11 aos 15 anos de idade, observados durante um período de quatro anos, não tenha identificado comportamentos de ingestão compulsiva associados ao aparecimento de obesidade.

Os estudos sobre a comorbilidade, no que se refere à Perturbação de Ingestão Compulsiva mostraram que os indivíduos com esta perturbação relatam um início mais precoce da obesidade com maior gravidade e maior história de envolvimento em dietas (as quais parecem preceder o início da perturbação em cerca de 35-65% dos casos), apresentando maiores índices de psicopatologia do que indivíduos sem esta perturbação, especialmente ao nível das perturbações de humor e de personalidade (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Dingemans & Van Furth, 2012; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Napolitano et al, 2001; Segal, Cardeal & Cordás, 2002). De acordo com Hilbert (2005 cit in Otto, 2007) a Perturbação de Ingestão Compulsiva tende a incidir por volta dos 25 anos em pacientes que se envolvem em dietas antes de manifestar a perturbação (39 a 65%). Os restantes (35 a 55%) desenvolvem a perturbação mais precocemente, por volta dos 12, o que favorece o aumento de peso, uma maior exposição a comentários críticos relacionados com o peso e, como consequência, um maior registo de alterações psicopatológicas (Otto, 2007). Parece ser também comum que na história pessoal ou familiar sejam identificados problemas de somatização, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações de ansiedade, ideação paranóide e abuso de substâncias (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinário, 2001).

Os primeiros estudos comportamentais da Perturbação de Ingestão Compulsiva indicaram que os sujeitos com esta perturbação ingeriam, significativamente, mais alimentos do que as pessoas obesas sem essa perturbação, tendendo a comer mais sobremesas e petiscos durante estas, com uma percentagem maior de gorduras e menor de proteínas (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff & Devlin, 1993). White, Masheb e Grilo (2010) examinaram a relação entre hábitos alimentares gerais e as características clínicas em pacientes com Perturbação de Ingestão Compulsiva, concluindo que aqueles que relataram comer, regularmente, três refeições por dia tinham menos episódios de ingestão compulsiva do que pacientes que não o fazem. Os resultados deste estudo mostraram, ainda, que o jantar foi a refeição mais consumida, o pequeno almoço a menos consumido e os lanches foram relatados, mais frequentemente, durante o período noturno (Harvey, Rosselli, Wilson, DeBar & Striegel-Moore, 2011).

De notar que os níveis de psicopatologia exibidos pelos pacientes com Perturbação de Ingestão Compulsiva têm sido associados ao número de episódios de ingestão compulsiva que experimentam e não ao seu grau de obesidade (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000). De fato, de acordo com a revisão bibliográfica, o subgrupo de obesos com Perturbação de Ingestão Compulsiva apresenta uma pior resposta aos tratamentos que visam a perda de peso, um maior número de tentativas mal sucedidas de adesão a dietas, uma maior dificuldade para perder peso, uma pior manutenção do peso perdido e uma maior taxa de abandono dos tratamentos (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Duchesne et al, 2007; Telch & Stice, 1998). Outros autores, ainda acrescentam que mulheres com esse diagnóstico apresentam um IMC mais elevado do que mulheres sem Perturbação de Ingestão Compulsiva, assim como

oscilações de peso mais frequentes, um consumo calórico mais elevado e maior dificuldade em aderir ou manter o peso ao tratarem o excesso de peso e obesidade (Borges, 1998).

Estudos comparativos entre sujeitos obesos com Perturbação de Ingestão Compulsiva e sem esta perturbação, relatam mais sintomas psicopatológicos gerais ou alimentares, maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social, uma maior vulnerabilidade à depressão, uma menor qualidade de vida, e uma auto-estima mais baixa no primeiro grupo (Zwaan et al, 1994). No que se refere aos aspetos psicopatológicos específicos da Perturbação de Ingestão Compulsiva, foram observadas atitudes mais disfuncionais relacionadas com a alimentação e com o peso, para além de uma extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal (Duchesne et al, 2007). Adami, Meneghelli e Scopinaro (1999) vão de encontro a esta teoria quando defendem que a ingestão compulsiva não reflete qualquer traço de personalidade ou psicopatologia específica da pessoa obesa, mas que, por outro lado, é a preocupação com a comida, com as tentativas contínuas de redução do peso corporal através de dieta, e pela profunda insatisfação com a forma e aspeto corporal que determinam a perda de controlo sobre o comportamento alimentar, produzindo o aumento de padrões de ingestão compulsiva.

Diversas pesquisas têm apontado como causa para a Perturbação de Ingestão Compulsiva a presença de perturbações emocionais, sendo sugerido que as perturbações de comportamento alimentar e as perturbações do humor possuem fatores causais comuns. Bruch (1962) considerava que estes indivíduos apresentam, a nível emocional, uma deficiência na identificação e descrição de estados e respostas afetivas tal como aqueles com padrões de alimentação emocional. Sugere-se assim, que a Perturbação de Ingestão Compulsiva, tal como as outras perturbações do comportamento alimentar possam estar relacionadas com dificuldades significativas ao nível do funcionamento afetivo (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiem, 2006). De acordo com Polivy e Herman (1993) o *stress* e o humor negativo são, frequentemente, identificados como fatores precipitantes para comportamentos de ingestão compulsiva (Arnow, Kenardy & Agras, 1994) e, conseqüentemente, com o excesso de peso e obesidade nos seus vários graus. Num estudo descritivo de sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva, Arnow, Kenardy & Agras (1992) relataram que 42% dos indivíduos descreviam sentimentos de raiva /frustração antes de uma compulsão, enquanto que, apenas, 16% revelam sentimentos de tristeza /depressão. Outros autores evidenciaram que indivíduos que relataram comer demais em resposta à raiva e depressão, registaram um aumento significativo de peso, sobretudo na fase de entrada num programa de tratamento para a ingestão compulsiva e perda de peso, quando comparados com indivíduos que relataram comer demais em resposta à ansiedade, nos quais foi possível verificar uma diminuição de peso mais evidente (Arnow, Kenardy & Agras, 1994). Telch e Agras (1994) defendem, portanto, que a ingestão compulsiva está positivamente correlacionada com o excesso de

peso na população obesa, sendo bastante comum entre pessoas que se encontram envolvidas em programas de perda de peso (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinário, 2001).

## Alimentação Emocional

A alimentação emocional é um fator que tem sido alvo de significativo interesse clínico e experimental, como forma de explicar as diferenças individuais na suscetibilidade para o aumento de peso. Este conceito traduz a tendência para comer em resposta a emoções negativas e sugere uma associação positiva entre emoções intensas, especialmente, as emoções negativas e a incidência da Perturbação de Ingestão Compulsiva em sujeitos obesos e não obesos (Azevedo & Spadotto, 2004; Landeiro, 2012; Schotte, Cools & McNally, 1990).

Os estados de humor negativo tais como sentir-se entediado, deprimido, ansioso, triste ou tenso têm sido associados ao despoletar de episódios de ingestão compulsiva, especialmente em estudantes do género feminino. De fato, estes aspetos emocionais promovem o recurso a estímulos imediatos que atuam enquanto «amortecedores de afeto», numa tentativa de escape a emoções extremas ou a uma auto-consciência negativa, visando alcançar o equilíbrio emocional e, muitas vezes, compensar uma baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade e insegurança (Corbalán-Tutau, 2012; Guertin & Conger, 1999; Heatherton & Baumeister, 1991).

Indivíduos com elevado sofrimento subjetivo e humor negativo são mais propensos a experimentar estados emocionais negativos intensos nos mais diversos contextos e situações, mesmo na ausência de *stress*. Os sujeitos com padrões de alimentação emocional aumentam o seu consumo alimentar em resposta a emoções negativas, pelo que níveis mais elevados de humor negativo parecem aumentar a frequência e a gravidade da alimentação emocional (Spoor et al, 2007). Além disso, diferentes estudos revelam que altos níveis de humor negativo e sintomatologia depressiva também foram associados com estratégias de *coping* orientadas para a emoção. Esta associação explica a procura de alívio nos alimentos, o que promove a discentração do evento stressante, constituindo-se como uma estratégia para aliviar as emoções negativas, resultantes de problemas do dia-a-dia ou mesmo do fracasso em manter uma dieta a longo prazo (Spoor et al, 2007), contribuindo para a produção de uma melhoria no humor e facilitando o combate aos efeitos negativos do *stress* (Heatherton & Baumeister, 1991).

Ouwens, Van Strien & Van Leeuwe (2009) observaram que os sintomas depressivos e a alimentação emocional foram indiretamente relacionados com dificuldades em identificar

sentimentos (alexitimia) indicando que sujeitos com este padrão de comportamento alimentar mostram-se, muitas vezes, incapazes de distinguir entre a fome e outros estados internos negativos. Num estudo psiquiátrico com 18 pacientes obesos, Hamburger (1951, cit in Azevedo & Spadotto, 2004) detetou que este padrão de comportamento alimentar tende a funcionar enquanto resposta a tensões emocionais, mais especificamente, com vista à obtenção de gratificação substituta para situações de vida insuportáveis, sendo por isso associado a um comportamento de adição face à comida. Neste sentido, a alimentação desempenha uma função reguladora, particularmente, na redução de afetos negativos, em sujeitos com perturbação de ingestão compulsiva (Arnou, Kenardy & Agras, 1992; Arnou, Kenardy, & Agras, 1995; Heatherton & Baumeister, 1991; Kenardy, Arnou, & Agras, 1996; Polivy & Herman, 1993).

Indivíduos obesos com Perturbação de Ingestão Compulsiva têm uma maior tendência para episódios de ingestão compulsiva quando se encontram com humor negativo (Agras & Telch, 1998; Gluck, Geliebter & Satov, 2001). No entanto, há que notar que indivíduos com peso normal também recorrem à comida com vista a regular as suas emoções negativas (Macht, 1999; Macht, Haupt & Ellring, 2005; Macht & Simons, 2000). Num estudo realizado por Kenardy et al (2003) não foram encontradas evidências que a alimentação emocional variasse de acordo com o IMC e nível de circunferência da cintura. Estes resultados sugerem que tal padrão de comportamento alimentar tem efeitos semelhantes sobre o consumo de alimentos, tanto em indivíduos com peso normal como em indivíduos obesos. Consistentemente, um estudo recente permitiu evidenciar que o IMC não se encontrou associado positivamente com a alimentação emocional e o consumo de lanches “pesados”, enquanto respostas ao stress do quotidiano (O'Connor, Grabowski, Ladwig & Bruno, 2008).

As emoções negativas têm sido identificadas como precipitantes de hiperfagia em indivíduos obesos (Van Strien & Ouwens, 2003), em mulheres com perturbações do comportamento alimentar (Agras & Telch, 1998), e em sujeitos com peso normal envolvidos em comportamentos dietéticos. A relação entre a alimentação emocional e a obesidade torna-se mais clara com os resultados das investigações recentes, as quais têm mostrado que sujeitos obesos consomem alimentos energeticamente mais densos, em resposta às emoções negativas, quando comparados com a população normativa (Oliver, Wardle & Gibson, 2000; Van Strien, Herman, & Verheijden, 2009).

Foi encontrada uma maior influência emocional no comportamento alimentar de sujeitos obesos do que em não-obesos e, em sujeitos que fazendo parte de qualquer categoria de IMC, estivessem envolvidos em condutas dietéticas. Também tem sido sugerido que a emoção em si pode não ser responsável pelos episódios de hiperfagia mas sim a forma como a emoção é percebida (Corbalán-Tutau, 2012). De acordo com o estudo de Konttinen et al (2010), a alimentação emocional e os sintomas depressivos parecem promover escolhas alimentares

pouco saudáveis, favorecendo, em especial, o consumo de alimentos doces e ricos em gordura (Macht, 2008).

Há claras evidências de que muitas pessoas alteram as suas preferências alimentares em resposta ao *stress*, embora o motivo pelo qual isso acontece ainda não esteja muito claro. As emoções negativas parecem ser reduzidas por meio do consumo alimentar. De fato, o comer emocional parece ser um fator explicativo para a associação entre sintomas depressivos e o consumo de lanches significativamente energéticos. Grunberg e Straub (1992), num estudo sobre a indução do stress na ingestão alimentar demonstrou que as mulheres em condição de stress elevado consomem mais doces do que as mulheres em condições que provocam graus de stress mais leves, mas o consumo de alimentos salgados não parece variar de acordo com o nível de stress. Em conformidade com isso, num estudo laboratorial Zellner, Loaliza, Gonzalez, Pita, Morales, Pecora e Wolf (2006) verificaram que numa amostra de estudantes universitários do género feminino a seleção alimentar foi afetada por situações em que estas experienciavam stress emocional (Macht, Haupt & Ellgring, 2005). Efetivamente, sob stress, os participantes comiam mais alimentos, doces e não saudáveis (e.g. chocolate) do que alimentos doces mas saudáveis (eg. uvas). No entanto, não se encontraram diferenças significativas nos resultados relativos aos alimentos salgados (Habhab, Sheldon & Loeb, 2009). Kenardy, Butler, Carter e More (2003) adiantaram que este aumento no consumo de doces e de outros alimentos energéticos inerentes aos padrões de alimentação emocional se verifica em ambos os géneros, sendo as principais diferenças encontradas ao nível das preferências por alimentos mais doces nas mulheres, e de alimentos não-doces altamente energéticos nos homens, independentemente da restrição alimentar e de sintomas depressivos. Estes resultados também foram confirmados nos estudos de Lauzon et al (2004, cit in Konttinen et al, 2010; Wansink, Cheney & Chan, 2003).

Estudos recentes (Lindroos et al 1997; Provenches et al, 2004) encontraram uma associação positiva entre o surgimento de perturbações do comportamento alimentar e as dietas, especificamente, entre a restrição cognitiva e a alimentação emocional. De acordo com estes autores, o estado de restrição cognitiva característico dos indivíduos envolvidos em comportamentos de dieta, podem deixá-los mais vulneráveis à comida, e mais reativos à exposição sensorial ou cognitiva associada ao alimento (Segal, Cardeal & Cordás, 2002; Landeiro, 2012). Indivíduos envolvidos em programas de perda de peso e comportamentos de dieta, isto é, em situação de restrição cognitivo-alimentar, principalmente os do género feminino, apresentavam maior grau de ansiedade e tinham maior probabilidade de desenvolver padrões alimentares anormais caracterizados por períodos de auto restrição combinada com ingestão compulsiva (Herman & Polivy, 1984; Ruderman, 1986), exagerando no consumo de alimentos “proibidos” como meio de obter conforto e distração dos sentimentos de ansiedade. Weidner et al (1996) identificaram estudantes que relataram consumir maior quantidade de alimentos mesmo em períodos de restrição alimentar ou dieta,

o que reforça a ideia da restrição alimentar poder ser desinibida em casos de stress ou emoções negativas. Yeomans e Coughlan (2009), por sua vez, encontraram evidências de que a indução de humor negativo pode produzir excessos em mulheres envolvidas em programas de perda de peso e comportamentos de dieta, mas somente quando detetada uma tendência para comer demais. Em contraste, as mulheres com baixa restrição, mas com altos scores na escala de desinibição tendem a comer mais quando relaxadas, mas reduzem a ingestão quando stressadas.

O efeito do humor positivo induzido tem sido raramente examinado. No entanto, num estudo de Cools et al (1992, cit in Landeiro, 2012) em que se submeteram mulheres envolvidas em comportamentos de dieta à visualização de um filme que induzia humor positivo (uma comédia) e outro de humor negativo (um filme de terror), verificou-se um acréscimo na ingestão de alimentos em ambos os filmes, mas o consumo diminuía na exposição a um filme, emocionalmente, neutro. Assim, neste estudo, destaca-se a influência da excitação emocional em detrimento do seu valor positivo ou negativo.

## Síndrome do Comer Noturno

A Síndrome do Comer Noturno (SCN) foi descrita pela primeira vez por Stunkard et al (1955, cit in Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002) em 1955, num estudo com um grupo de 25 pacientes obesas numa clínica especializada do *New York Hospital* (Birketvedt, Sundsfjord & Florholmen, 2002). Mas apesar das investigações sobre as alterações dos padrões de consumo alimentar terem tido um crescimento significativo com o surgimento da epidemia da obesidade, a Síndrome do Comer Noturno ainda não foi incorporada à lista de perturbações psiquiátricas dos manuais diagnósticos como o DSM-IVTR ou a CID-10, ainda que a sua inclusão continue a ser sugerida para próxima versão do DSM (Otto, 2007; Harb & Hidalgo, 2008).

Os trabalhos mais recentes sobre a Síndrome do Comer Noturno centraram-se no estudo das características diagnósticas precisas da perturbação e na identificação das características associadas. Os critérios de diagnóstico têm sido alterados com o passar do tempo. Originalmente, as características principais desta síndrome incluíam anorexia matinal (falta de apetite pela manhã), hiperfagia noturna, stress emocional e insónia. Em 1994, Stunkard, Berkowitz, Wadden, Tanrikut, Reiss e Young (1996) refinaram estes critérios de forma a especificar que mais do que 50% das calorias eram consumidas depois das 19h. A presença de alterações do sono foi citada como um critério em 1996, mas não foi utilizada para fins de diagnóstico. O componente de *stress* emocional foi incluído no estudo de Rand, Macgregor e Stunkard (1997). Os seus critérios incluíram anorexia matinal, comer noturno excessivo,

tensão noturna e /ou labilidade emocional e insónia (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Harb & Hidalgo, 2008; Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001; Stunkard, Allison, O'Reardon, 2005; Allison et al, 2008). De acordo com os correlatos comportamentais e psicológicos da Síndrome do Comer Noturno encontrados na literatura, estes sujeitos envolvem-se, mais frequentemente, em episódios de ingestão compulsiva, consomem uma maior percentagem das suas calorias diárias entre as 20h00 e as 06h00 (> 50% vs 36%), apresentando, frequentemente, despertares noturnos para comer. No entanto, a sua ingestão calórica diária total parece não diferir da dos sujeitos sem este padrão de comportamento alimentar, verificando-se porém um maior consumo de hidratos de carbono, em detrimento de alimentos proteicos (Sim et al, 2010).

As estimativas de prevalência da Síndrome do Comer Noturno são baixas em amostras comunitárias - entre 0,4 e 1,6%- mas marcadamente superior entre os grupos de pessoas obesas que procuram a perda de peso médico ou cirúrgico - entre 6 e 64%. De salientar, que aproximadamente 15% das pessoas que se identificam como possuidoras Perturbação de Ingestão Compulsiva possuem Síndrome do Comer Noturno, comparado com 20% dos que sofrem de Perturbação de Ingestão Compulsiva, isoladamente (Colles, Dixon & O'Brien, 2007; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002). Além disso, a prevalência da Síndrome do Comer Noturno parece estar mais associada ao género feminino, tem a sua incidência na infância ou na adolescência e, está amplamente relacionada com perturbações psiquiátricas, entre as quais depressão (12,3%), uso de antipsicóticos atípicos e obesidade (38,8%) (Harb, Caumo, Raupp & Hidalgo, 2010).

A associação entre a Síndrome do Comer Noturno e a obesidade ou o excesso de peso parece ganhar força ao observar-se que a sua prevalência aumenta paralelamente ao ganho de peso, embora a sua incidência não se resuma a sujeitos com estas características. Apesar da investigação realizada não permitir determinar uma relação causal, existem evidências consistentes sobre a associação desta síndrome com a obesidade. A investigação tem mostrado uma forte relação entre a Síndrome do Comer Noturno e o excesso de peso. No entanto, Colles et al (2007) revelaram um aumento significativo na prevalência da Síndrome do Comer Noturno, independentemente do IMC. Outro estudo avaliou a relação entre uma questão sobre alimentação noturna e a mudança de peso ao longo dos seis anos seguintes. Ao analisarem a questão "Levanta-se à noite para comer?" a que 9% das mulheres e 7,4% dos homens responderam afirmativamente, concluíram que as mulheres obesas que admitiram esse comportamento ganharam cerca de dois quilos ao longo de um período de seis anos, enquanto mulheres obesas que o negaram ganharam apenas 0,9kg. Não tendo sido verificada qualquer relação entre o consumo alimentar noturno e o aumento de peso entre os homens ou as mulheres não obesas. Adicionalmente, num estudo em clínicas psiquiátricas, pacientes obesos eram 5,2 vezes mais propensos a serem diagnosticados com Síndrome do Comer Noturno do que pacientes de peso normal (Stunkard, Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck &

O'Reardon, 2009). No estudo de Marshall, Allison, O'Reardon, Birketvedt e Stunkard (2004) não houve diferenças significativas nos resultados entre os indivíduos obesos com Síndrome do Comer Noturno e não obesos com a mesma síndrome. A principal diferença entre estes dois grupos foi a idade mais jovem entre os indivíduos com peso normal com Síndrome do Comer Noturno. Este grau de semelhança nas características entre indivíduos obesos e não obesos, com Síndrome do Comer Noturno indica que esta síndrome ocorre tanto em pessoas obesas como não obesas. No entanto, quanto menor a idade dos sujeitos com peso normal e padrões de alimentação noturna maior a probabilidade de desenvolver excesso de peso e obesidade. Napolitano Head, Babyak e Blumenthal (2001) também relataram que o comer noturno precedeu o aparecimento da obesidade na maioria dos sujeitos com Síndrome do Comer Noturno. Em distinção a estas conclusões, dois estudos de Striegel-Moore et al (2010) não conseguiram encontrar uma relação entre comer noturno e obesidade.

No final da década de 90, decorreram alguns estudos fundamentais na demonstração de comportamentos e características neuroendócrinas específicas que distinguem os sujeitos que possuem Síndrome do Comer Noturno da população normativa. Stunkard conduziu um estudo observacional do comportamento na *Universidade da Pennsylvania* que veio revelar que sujeitos com Síndrome do Comer Noturno consomem mais calorias diárias do que os que não padecem desta síndrome, com a alocação de 56% ou mais da ingestão calórica diária para o horário noturno, compreendido entre as 20h00 e as 06h00. Comparativamente, o grupo de controlo tinha uma ingestão de apenas 15% nesse mesmo período. Manifestam problemas de sono, especialmente, insónias intermédias, nas quais muitas vezes precisam de se envolver em comportamentos de ingestão alimentar para voltar a adormecer. Para além disso, verificou-se ainda maior nível de sintomatologia depressiva, revelando um humor médio mais reduzido do que o grupo controlo, experimentando um declínio contínuo, a partir do final da tarde (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Gluck, Geliebter & Satov, 2001; Harb & Hidalgo, 2008).

Birketvedt et al (1999), por sua vez, estava envolvido num estudo neuroendócrino com sujeitos com padrões de comer noturno e indivíduos sem esta síndrome de forma a determinar comportamentos específicos e características neuroendócrinas da Síndrome do Comer Noturno (Harb & Hidalgo, 2008). O autor constatou que sujeitos com Síndrome do Comer Noturno apresentam desregulação neuroendócrina marcada pela atenuação dos níveis de melatonina noturna o que contribuía para manter as insónias; e por baixos níveis de leptina, a qual atuando como supressora do apetite, provoca menor inibição contra impulsos de fome noturna que interrompem o sono. Por sua vez, o nível circadiano de cortisol, tende a aumentar durante a noite em sujeitos com Síndrome do Comer Noturno o que dá consistência à noção de que a síndrome seja um tipo de perturbação de stress (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Harb, Caumo, Raupp & Hidalgo, 2010; Harb & Hidalgo, 2008).

Dois terços dos indivíduos com Síndrome do Comer Noturno relatam sofrimento psíquico e/ou distúrbios do sono, uma proporção que corresponde ao relatado por Stunkard, Grace e Wolff (1955). Os pacientes diagnosticados, exclusivamente, com Síndrome do Comer Noturno marcaram níveis de ansiedade significativamente menores relativamente a pacientes com diagnóstico de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Síndrome do Comer Noturno sobrepostos. Estes autores propuseram, anteriormente, que pacientes com Síndrome do Comer Noturno apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que indivíduos obesos sem esta síndrome. A combinação de Síndrome do Comer Noturno e Perturbação de Ingestão Compulsiva está relacionada com maiores níveis de «ansiedade estado» do que o diagnóstico de Síndrome do Comer Noturno, isoladamente. Colles, Dixon e O'Brien (2007) investigaram as associações entre Síndrome do Comer Noturno, Perturbação de Ingestão Compulsiva, sintomatologia depressiva, insatisfação com a imagem corporal/ aparência, a qualidade de vida relacionada com a saúde mental e o comportamento alimentar. Para isso, compararam candidatos a cirurgia bariátrica, membros do grupo de apoio à perda de peso e sujeitos da comunidade em geral, relativamente ao peso corporal. Os resultados revelaram diferenças ao nível do IMC e de marcadores de stress psicológico e emocional. Independentemente dos esforços para controlar o peso, a prevalência da Síndrome do Comer Noturno foi positivamente associada com o IMC. Foi encontrada uma estreita ligação entre o comportamento de ingestão compulsiva e a Síndrome do Comer Noturno e foi detetado que sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva têm sete vezes mais probabilidade de manifestar Síndrome do Comer Noturno do que sujeitos sem padrões de ingestão compulsiva. A incidência de ambas as perturbações, concomitantemente, também foi verificada na população obesa. No entanto, sujeitos com Síndrome do Comer Noturno obtiveram níveis mais reduzidos em todas as medidas de avaliação psicológica, quando comparados com valores registados pelos sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva, estes últimos eram significativamente, mais elevados quando avaliadas as componentes psicológicas, assim como na avaliação da desinibição alimentar e fome, relatando uma menor qualidade de vida (Colles, Dixon & O'Brien, 2007). Striegel-Moore et al (2010), por sua vez, chamaram a atenção para os elevados níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade e IMC que encontraram num estudo realizado com uma amostra de pacientes admitidos a cirurgia bariátrica com Síndrome do Comer Noturno. Ao avaliarem a ansiedade noturna e diurna entre os pacientes afetados pela Síndrome do Comer Noturno, Perturbação de Ingestão Compulsiva ou por ambas as patologias, Sassaroli et al (2012) concluíram que o nível de ansiedade dos pacientes com Síndrome do Comer Noturno e Perturbação de Ingestão Compulsiva variou de leve a moderada, porém os pacientes afetados por ambas pontuaram níveis de ansiedade marcadamente mais grave. O que vem confirmar o estudo de Napolitano, Head, Babyak e Blumenthal (2001) que concluiu que os pacientes com um diagnóstico de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Síndrome do Comer Noturno sofrem de uma psicopatologia mais grave do que aqueles com um único diagnóstico.

Outro trabalho recente sobre as características da Síndrome do Comer Noturno demonstrou que a perturbação está associada à obesidade, depressão, baixa auto-estima e diminuição da fome diurna em pacientes ambulatoriais obesos. Além disso, pacientes ambulatoriais obesos com Síndrome do Comer Noturno têm revelado maior dificuldade em programas de redução de peso quando comparados com sujeitos obesos sem essa síndrome (Gluck, Geliebter & Satov, 2001; Harb & Hidalgo, 2008; O'reardon, Allison, Martino, Lundgren, Heo & Stunkard, 2006; Striegel-Moore & Dohm, 2005). Num estudo recente, constatou-se que 41,4% dos sujeitos que relatavam episódios de alimentação noturna assumiam pouco ou nenhum controlo sobre aquilo que ingerem em termos de alimentos ou quantidades, e apenas 34,8% relataram muito controlo (Zwaan et al, 2006 cit in Striegel-Moore et al, 2010). Essas pessoas experimentaram um sucesso limitado na perda de peso com perdas de peso reduzidas durante as dietas (4,4kg vs 7,3kg comparado com aqueles que não padecem desta síndrome no período médio de um mês), a par com algumas reações negativas inerentes à terapêutica de perda de peso e uma alta frequência de complicações durante o tratamento, incluindo stress, ansiedade e depressão major, sugerindo a Síndrome do Comer Noturno enquanto resposta ou mecanismo de *coping* face a emoções negativas (Colles & Dixon, 2006; Grave, Calugi, Ruocco & Marchesini, 2011). Apesar disso, o comer noturno parece não ser produto da restrição alimentar nem de comportamentos dietéticos, verificando-se a falta de uma associação significativa entre a alimentação noturna e a contenção alimentar (Striegel-Moore et al, 2010).

No estudo realizado por Striegel-Moore et al (2010) a alimentação noturna não foi significativamente associada com o IMC, numa amostra baseada na comunidade. O que é explicado pelos autores pela própria definição do conceito de alimentação noturna, sendo caracterizada com base no tempo e não na quantidade calórica ingerida durante o episódio. Grilo e Masheb (2010) por sua vez, indicaram que sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva que relatavam padrões de alimentação noturna apresentavam um IMC significativamente mais elevado do que indivíduos com Perturbação de Ingestão Compulsiva que não comiam durante a noite. No entanto, nesse mesmo estudo, entre a amostra de pacientes com Perturbação de Ingestão Compulsiva com padrões de alimentação noturna e aqueles sem este comportamento alimentar não se verificaram diferenças nas medidas de avaliação de patologia alimentar, auto-estima ou depressão. Quando a amostra é cirúrgica a alimentação noturna parece estar significativamente associada a uma elevada sintomatologia depressiva e ansiosa, a par com um elevado IMC. Num estudo com uma amostra comunitária a alimentação noturna foi significativamente associada a comportamentos de ingestão compulsiva e com o fato de se saltar a primeira refeição do dia - o pequeno almoço, verificou-se ainda maior comprometimento ao nível do funcionamento psicossocial comparativamente em indivíduos que, pelo menos, alguma vez se envolveram em comportamentos de comer noturno. Mas mais uma vez não se verificaram diferenças, nem quanto à restrição dietética nem ao nível do IMC (Grilo e Masheb, 2010).

No entanto, com base nesta revisão da literatura, verifica-se que os resultados dos diversos estudos no âmbito das principais alterações do comportamento alimentar associadas à obesidade - Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC), Alimentação Emocional (AE) e Síndrome do Comer Noturno (SCN) - desde um ponto de vista psicológico são frequentemente inconsistentes. Como tal, este estudo procura compreender a relação entre os padrões de comportamento alimentar - ingestão compulsiva, alimentação emocional e comer noturno, especificamente, no peso dos sujeitos ou, mais concretamente, no seu Índice de Massa Corporal (IMC). Dessa forma, o excesso de peso e a obesidade deixam de ser vistos como grupos homogêneos em que a única característica comum dizia respeito ao IMC, começando-se a ter em conta as diferenças comportamentais que podem estar na origem desta situação (Friedman, 1995 cit in Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; APA, 1994).

No presente estudo, definem-se os seguintes objetivos:

- 1) Comparar os níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva em sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade;
- 2) Comparar a ocorrência de padrões de Alimentação Emocional em sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade;
- 3) Comparar as diferenças entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade no que se refere à Síndrome do Comer Noturno;
- 4) Comparar as pontuações relativas à Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno em função do género, idade, escolaridade, atividade profissional e estado civil;
- 5) Avaliar o grau de associação entre a Alimentação Emocional e a Perturbação de Ingestão Compulsiva;
- 6) Avaliar o grau de associação entre a Alimentação Emocional e a Síndrome do Comer Noturno;
- 7) Avaliar o grau de associação entre a Perturbação de Ingestão Compulsiva e a Síndrome do Comer Noturno.

## MÉTODO

O estudo é do tipo quantitativo-descritivo (Ribeiro, 1999) na medida em que permite descrever e recolher dados para perceber a forma como se comportam os sujeitos desta investigação em relação às variáveis em estudo. É um estudo transversal, ocorrendo apenas num dado momento, e não tem carácter interventivo. Finalmente, assume ainda um carácter correlacional ao procurar compreender o grau de associação entre variáveis.

### Participantes

Para a constituição da amostra foi utilizado o método de amostragem por conveniência, ou seja não probabilístico. Segundo Marôco (2007), a unidade amostral ou os elementos da amostra por conveniência dizem respeito a sujeitos voluntários ou que foram selecionados devido à sua facilidade de acesso. A amostra é constituída por 220 sujeitos residentes na zona do Médio Tejo, com idades compreendidas entre os 15 e os 81 anos, com uma média etária de 33 anos. Observa-se que 140 (63,6%) são do género feminino e 80 sujeitos são do género masculino (36,4%) (cf. Figura 2 e 3).

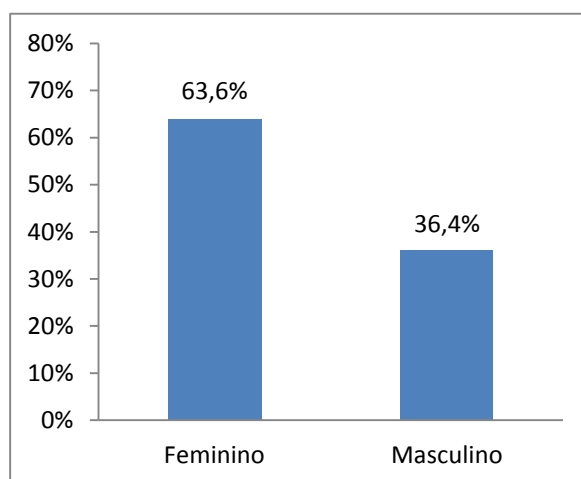


Figura 2. Distribuição percentual da amostra relativamente ao género

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

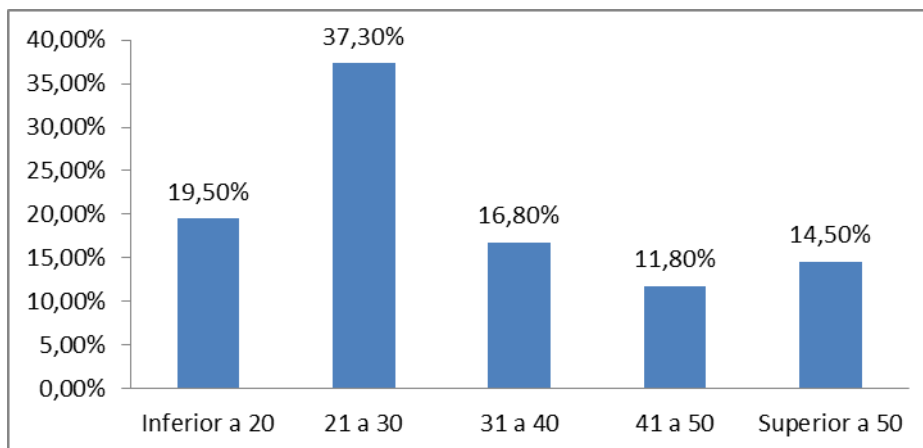


Figura 3. Distribuição percentual da amostra relativamente à faixa etária

Relativamente ao estado civil verifica-se que 65% dos participantes são solteiros, seguindo-se daqueles que indicam ter algum tipo de relação ou compromisso amoroso (35%), tal como se pode verificar na figura 4.

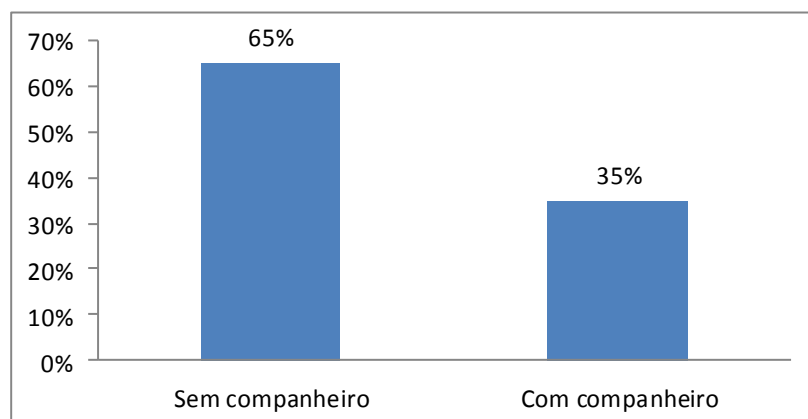


Figura 4. Distribuição percentual da amostra relativamente ao estado civil

A amostra é maioritariamente constituída por sujeitos com habilitações equivalentes ao ensino superior (40%). Dos restantes participantes 39% frequentam o ensino secundário 21% possuem o 3º ciclo de estudos. Em relação à situação profissional, a maioria encontra-se ativa (66%) (cf. Figura 5 e 6).

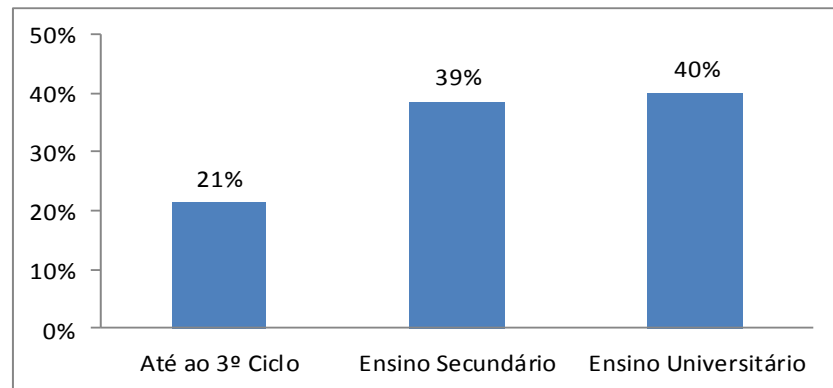


Figura 5. Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de escolaridade

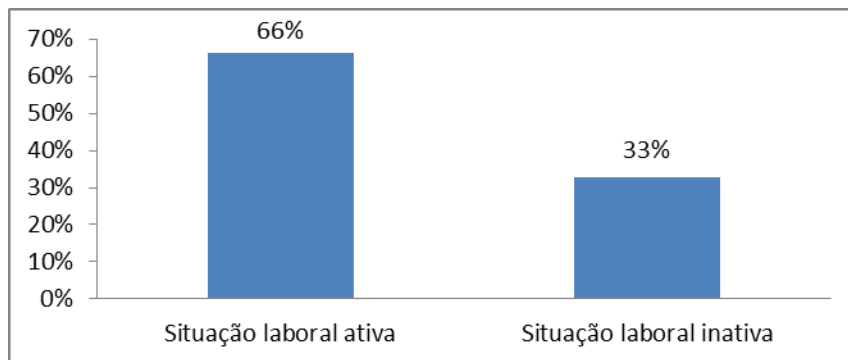


Figura 6. Distribuição percentual da amostra com base na situação profissional

A amostra foi, posteriormente, subdividida em três grupos de comparação, em função do Índice de Massa Corporal (IMC). Um grupo integra 102 indivíduos (46%) com peso normal - de 20 a 24.9 de IMC; um segundo grupo abrange 53 sujeitos (24%) com excesso de peso - de 25 a 29.9; e por último, o grupo de obesidade com 65 sujeitos (30%) - mais de 30 de IMC (incluindo-se neste os diferentes graus de obesidade). De salientar que o IMC médio é de 27 ( $M = 27.16$ ;  $DP = 6.47$ ), correspondente a excesso de peso (cf. Figura 7)

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

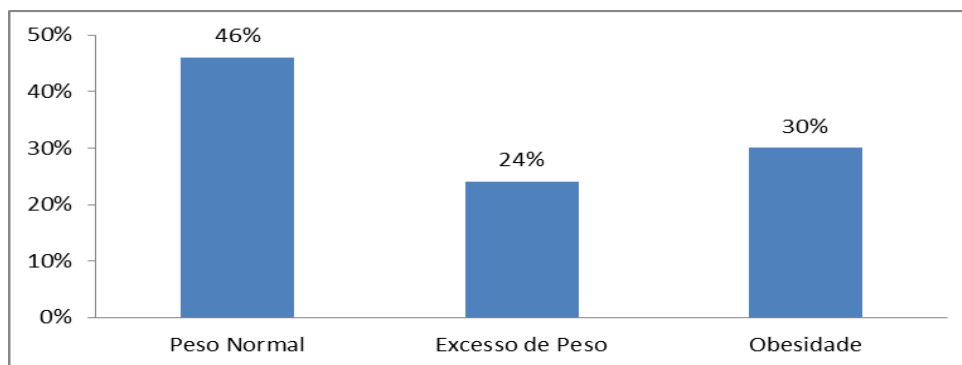


Figura 7. Distribuição percentual de acordo com os três grupos de categorização do IMC

No que se refere aos fatores explicativos deste aumento de peso, fornecidos pelos participantes, a Figura 8 mostra que 23,6% responderam que isso se deveu a “Outros acontecimentos significativos”, como transições nas etapas da vida, por exemplo na passagem da infância para a adolescência ou da adolescência para a idade adulta, assim como a toma de terapêuticas específicas (cf. Figura 8).

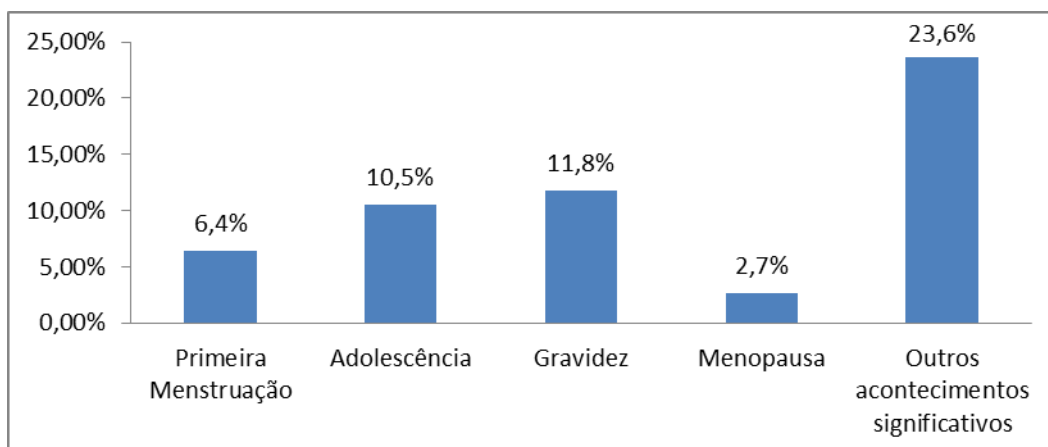


Figura 8. Distribuição percentual de acordo com as situações relacionadas como estando na origem do excesso de peso/ obesidade

No que concerne à questão que visava determinar se os sujeitos possuíam ou não história familiar de excesso de peso 46,4% negaram-no, e 45,5% confirmaram a presença de peso a mais em familiares de primeiro grau. Relativamente à existência ou comorbilidade de algum problema de saúde, 16,4% admitiram ter algum problema a nível físico e 6,8% de ordem psicológica, os restantes não relataram problemas de saúde mediante a ausência de resposta a este item.

## Instrumentos

Para além da utilização inicial de um questionário sócio-demográfico com vista a recolher os dados sócio-demográficos e informação sobre história do peso, influência de fatores genéticos ou contextuais e presença de comorbilidades clínicas, os sujeitos responderam ainda, à Escala de Ingestão Compulsiva (EIC - traduzida e validada para a população portuguesa por Tapadinhas & Pais Ribeiro, SD), ao Questionário de Hábitos do Comer Noturno (QHCN - traduzida por Harb, Caumo & Hidalgo, 2008) e à Escala de Alimentação Emocional (EAE - Abramson, 2005).

### Escala de Ingestão Compulsiva (EIC)

A *Escala de Ingestão Compulsiva* (EIC) é um questionário de auto-relato com vista a identificar comportamentos e cognições características da Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) em sujeitos obesos. Este instrumento tem sido utilizado em diferentes contextos. Desenvolvido por Gormally et al (1982, cit in Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001), tendo sido posteriormente traduzida e adaptada para a população brasileira por Freitas et al (2001) foi mais recentemente validada numa amostra de obesos portugueses por Tapadinhas & Pais Ribeiro (SD). Construído a partir de uma escala tipo *Likert*, é constituído por uma lista de 16 ítems, dois deles constituídos por três afirmações e os restantes de quatro. Para cada ítem deve ser selecionada a afirmação que melhor descreve os hábitos alimentares do indivíduo. Cada afirmação pode ser cotada de 0 (ausência) a 3 pontos (gravidade máxima), sendo que nos ítems apenas com três afirmações a cotação seria de 0 a 2 (Tapadinhas & Pais Ribeiro, SD).

O *score* final é o resultado da soma dos pontos dos 16 ítems, podendo variar entre 0 e 46 pontos. O que permite classificar os indivíduos de acordo com os seguintes *scores*: a pontuação inferior ou igual a 17, corresponde a ausência de PIC; as pontuações entre 18 e 26 correspondem a PIC moderada; a uma pontuação maior ou igual a 27, corresponde a PIC grave. Os autores sugerem que seja utilizado o *score* 17 (sensibilidade = 84,8%) como ponto de *coorte* para que se obtenha sensibilidade suficiente. Quanto às suas propriedades psicométricas, a EIC apresentou consistência interna muito boa: alfa de Cronbach = 0,85. Esta escala parece ser bastante útil para identificar as cognições associadas à alimentação e ao peso e, ainda, para avaliar o sofrimento associado (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001; Tapadinhas & Pais Ribeiro, SD).

## Escala de Alimentação Emocional (EAE)

A aplicação da *Escala de Alimentação Emocional*, ou *Eating Scale Emocional* de Abramson (2005) incluída no *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* visa a compreensão da relação entre vivências emocionais negativas no comportamento alimentar dos sujeitos, assim como do IMC apresentado por estes. Para além disso, permite-nos, ainda, distinguir as dimensões ou padrões emocionais que induzem maior consumo alimentar e as que não o alteram (Abramson, 2005).

Com o objetivo de perceber a relação entre os afetos e o consumo alimentar excessivo. Segundo o autor, este instrumento constitui uma medida que avalia a tendência para comer em resposta à excitação emocional. Esta é uma escala tipo *Likert* (1- Nunca, 2 - Raramente, 3 - Às vezes, 4 - Frequentemente, e 5 - Muito Frequentemente), constituída por 13 ítems. Para obter a pontuação total da EAE somam-se as classificações obtidas em todos os ítems, divide-se esse valor pelo número total de ítems e multiplica-se o resultado por 10 (Abramson, 2005).

Existem diferenças na cotação entre sujeitos do género feminino e sujeitos do género masculino, uma vez que muitos estudos têm mostrado que as mulheres têm uma tendência maior para apresentar padrões de alimentação emocional. Para as mulheres, a pontuação média no *Eating Scale Emocional* foi de 26,5, enquanto que para sujeitos do género masculino, a pontuação média foi de 22,4. A interpretação dos resultados baseia-se nos indicadores presentes na Tabela 3.

Tabela 3. Pontuações *standard* para interpretação da EAE em função do género

Mulheres		Homens	
0-12	Inexistência ou tendências mínimas de Alimentação Emocional;	0-7	Inexistência ou tendências mínimas de Alimentação Emocional;
13-19	Tendências baixas de AE;	8-15	Tendências baixas de AE;
20-38	Tendências médias de AE;	16-30	Tendências médias de AE;
39-45	Tendências elevadas de AE;	31-38	Tendências elevadas de AE;
46-65	Tendências extremamente elevadas de AE.	39-65	Tendências extremamente elevadas de AE.

## Questionário de Hábitos do Comer Noturno (QHCN)

O *Night Eating Questionnaire* foi criado, em 2004 na língua inglesa com o intuito de padronizar o diagnóstico e facilitar comparações entre estudos clínicos sobre este comportamento. Mais tarde, foi traduzido e validado para a população brasileira por Harb, Caumo & Hidalgo (2008), passando a ser denominado de *Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno*. É um questionário composto por 14 questões do tipo *Likert*, em que cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta (0-4). O *score* total varia de 0 a 56 e é calculado revertendo os *scores* das questões 1, 4 e 14. Maiores *scores* correspondem à maior probabilidade de apresentar a síndrome do comer noturno. Um *score* de 25 ou mais sugere a existência de SCN e um *score* igual ou superior a 30 é um fator indicador de SCN. De notar que a resposta à questão 15, a qual se relaciona com a duração dos problemas do sujeito com a alimentação noturna, não entra na composição do *score* da escala, embora seja um descritor do curso da síndrome. A adaptação brasileira da escala apresentou consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach = 0,78), tendo sido verificada a fiabilidade do instrumento (Harb & Hidalgo, 2008; Harb, Caumo & Hidalgo, 2008).

As questões colocadas possibilitam identificar a presença de um comportamento alimentar noturno, compreender a fome e os padrões de compulsão alimentar durante o dia, obter esclarecimento sobre a percentagem de calorias ingeridas após o jantar, a existência de sentimentos depressivos, alterações do sono (ocorrência de despertares noturnos com vista à ingestão alimentar) e compulsões noturnas (Harb & Hidalgo, 2008).

## Variáveis e Hipóteses

Definem-se como variáveis dependentes a Perturbação de Ingestão Compulsiva, a Alimentação Emocional e a Síndrome do Comer Noturno; e como variáveis independentes: o Índice de Massa Corporal, o Género, a Faixa Etária, o Nível de Escolaridade, a Situação Profissional, o Estado Civil, e o relato de Problemas de Saúde Física ou Psicológica.

Tendo em conta a revisão da literatura, os objetivos enunciados e as variáveis selecionadas, formularam-se as seguintes hipóteses:

**H1:** Sujeitos com excesso de peso e obesidade apresentam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno do que sujeitos com peso normal.

- H2:** As mulheres apresentam níveis médios de Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno superiores aos registados nos homens.
- H3:** São os sujeitos com idades abaixo dos 50 anos os que mais relatam comportamentos de Perturbação de Ingestão Compulsiva.
- H4:** São os sujeitos com idades iguais ou inferiores a 20 anos que obtêm maiores níveis de Síndrome do Comer Noturno.
- H5:** Sujeitos com níveis de escolaridade mais baixos obtêm maiores níveis Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno.
- H6:** Os indivíduos sem companheiro(a) - solteiros, viúvos ou divorciados - referem maior envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva, comer noturno e alimentação emocional, quando comparados com sujeitos com companheiro(a) - casados ou em união de fato.
- H7:** Sujeitos em situação de inatividade laboral registam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Alimentação Emocional.
- H8:** Indivíduos que se auto identificam como tendo problemas de saúde mental ou comorbilidade psicopatológica associada envolvem-se mais em comportamentos de ingestão compulsiva, alimentação emocional e comer noturno.
- H9:** A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Alimentação Emocional, apresenta uma correlação positiva com as pontuações na Escala de Ingestão Compulsiva.
- H10:** A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Alimentação Emocional, apresenta uma correlação positiva com as pontuações no Questionário de Hábitos do Comer Noturno.
- H11:** A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Ingestão Compulsiva, apresenta uma correlação positiva com as pontuações no Questionário de Hábitos do Comer Noturno.

## Procedimentos

A recolha de dados, como em todas as investigações científicas, exigiu, primeiramente, o consentimento informado e voluntário junto dos participantes, residentes na zona do Médio Tejo. A aplicação dos instrumentos já referidos foi feita quer sob a forma de entrevista, quer sob a forma de auto-questionário. Num primeiro momento privilegiou-se uma abordagem presencial, num contexto face a face, e num segundo momento recorreu-se a uma recolha de dados não presencial, nas quais os sujeitos responderam aos questionários via *Internet*. Os participantes, no geral, necessitaram, em média, de 10 a 20 minutos para responder aos questionários e solicitaram pouco apoio no esclarecimento dos itens, sendo que aqueles com baixo nível de escolaridade apresentaram uma maior dificuldade para responder, considerando a avaliação muito extensa ou complexa. De referir que na análise dos dados obtidos se excluíram aqueles respondidos por sujeitos com IMC abaixo do peso normal. Para podermos analisar os resultados facultados pelas respostas dos sujeitos aos instrumentos aplicados, procedemos à análise estatística, servindo-nos, para isso, da versão 21 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, IBM). Dado o valor do N (220), pode-se supor que a distribuição da amostra segue a curva normal de acordo com o Teorema do Limite Central (Marôco, 2007) pelo que se utilizaram testes paramétricos. No tratamento e análise descritiva procedeu-se, portanto, à elaboração da estatística descritiva, com o recurso à determinação de medidas de tendência central (médias, medianas e modas) e de medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) (Fortin, 1999). Em termos de estatística inferencial utilizaram-se os procedimentos estatísticos paramétricos T-Test e ANOVA. Efetuou-se também uma análise de correlações de forma a averiguar o grau de associação entre as variáveis estudadas.

## Resultados

Relativamente ao objetivo número um deste estudo na comparação entre grupos, no que se refere aos diferentes grupos de IMC, observa-se que na Escala de Ingestão Compulsiva foram os sujeitos obesos que pontuaram mais alto ( $M=14,36$ ;  $DP=10,41$ ) e aqueles com IMC correspondente a excesso de peso foram os que obtiveram valores mais baixos ( $M=7$ ;  $DP=5,36$ ), sendo estes resultados estatisticamente muito significativos  $F(2; 217) = 18,726$ ;  $p < 0,001$  (cf. Figura 9).

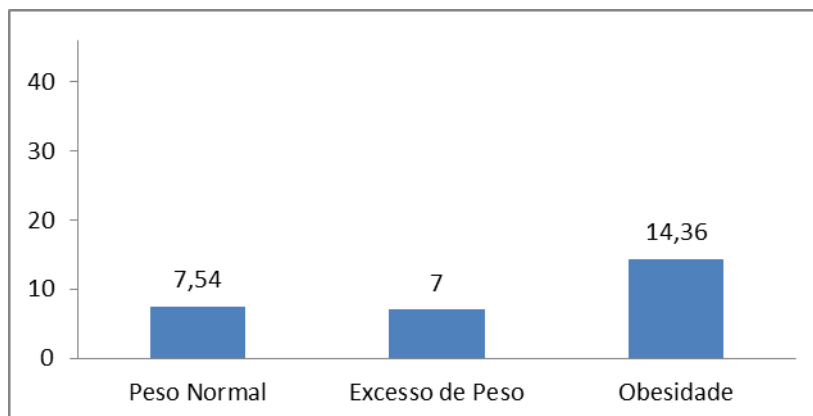


Figura 9. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do IMC

No que se refere ao segundo objetivo deste estudo, os sujeitos com excesso de peso registaram as pontuações mais altas ( $M=42,06$ ;  $DP=7.88$ ) na Escala de Alimentação Emocional, os indivíduos obesos, por sua vez, foram os que menos pontuaram ( $M=34,48$ ;  $DP=10.22$ ). Estes resultados são estatisticamente muito significativos  $F(2; 217) = 11.509$ ;  $p < 0.001$  (cf. Figura 10).

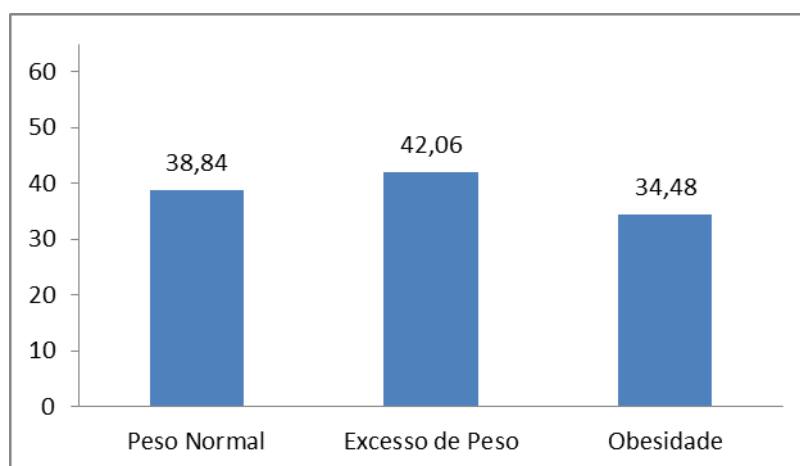


Figura 10. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do IMC

Concernente ao terceiro objetivo definido, no Questionário de Hábitos do Comer Noturno, os participantes com peso normal foram os que revelaram pontuações mais elevadas ( $M=16,85$ ;  $DP=5.54$ ), seguidos pelos sujeitos com obesidade ( $M=16,27$ ;  $DP=7.28$ ). Os que pontuaram mais baixo nesta escala foram os sujeitos com excesso de peso ( $M=15,45$ ;  $DP=5.59$ ). Estas diferenças médias entre grupos não são estatisticamente significativas  $F(2; 217) = 0.917$ ;  $p = 0.401$  (cf. Figura 11). No geral, as diferenças médias de pontuação obtidas pelos sujeitos na Escala de Ingestão Compulsiva, Escala de Alimentação Emocional e Questionário de Hábitos de Comer Noturno, em função do IMC podem ser observadas na Tabela 6.

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

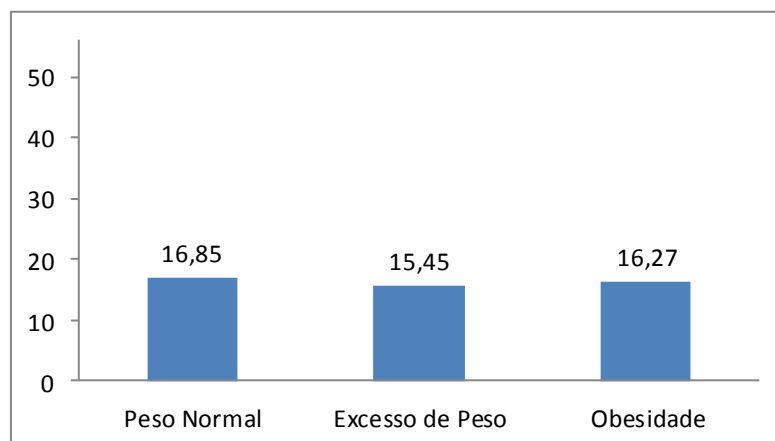


Figura 11. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do IMC

Tabela 3. Valores Médios ( $\pm$  DP) na EIC, EAE e QHCN em função do IMC

		N	Média	D.P.	
EIC	Peso normal	102	7.54	6.79	F (2; 217) = 18.726 ; $p < 0.001$
	Excesso peso	53	7.00	5.36	
	Obesidade	65	14.36	10.41	
EAE	Peso normal	102	38.84	7.94	F (2; 217) = 11.509; $p < 0.001$
	Excesso peso	53	42.06	7.88	
	Obesidade	65	34.48	10.22	
QHCN	Peso normal	102	16.85	5.54	F (2; 217) = 0.917; $p = 0.401$
	Excesso peso	53	15.45	5.59	
	Obesidade	65	16.27	7.28	

No que diz respeito ao objetivo número quatro, na comparação entre grupos, no que diz respeito às diferenças de género verifica-se que para a variável Perturbação de Ingestão Compulsiva é o género feminino que apresenta níveis mais elevados ( $M = 11,22$ ;  $DP = 8.95$ ) quando comparado com o género masculino ( $M = 6,28$ ;  $DP = 6.11$ ), sendo estes resultados estatisticamente significativos  $t(4.382) = 218$ ;  $p < 0.001$  (cf. Figura 12).

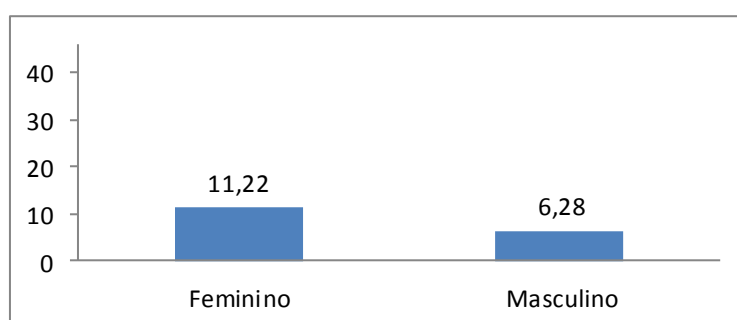


Figura 12. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do género

Os sujeitos do género masculino ( $M= 40,78$ ;  $DP= 8,24$ ) obtiveram pontuações mais elevadas que os do género feminino ( $M= 36,93$ ;  $DP= 9,24$ ) na Escala de Alimentação Emocional, sendo estes resultados estatisticamente muito significativos  $t(41.950) = 219$ ;  $p < 0.001$  (cf. Figura 13).

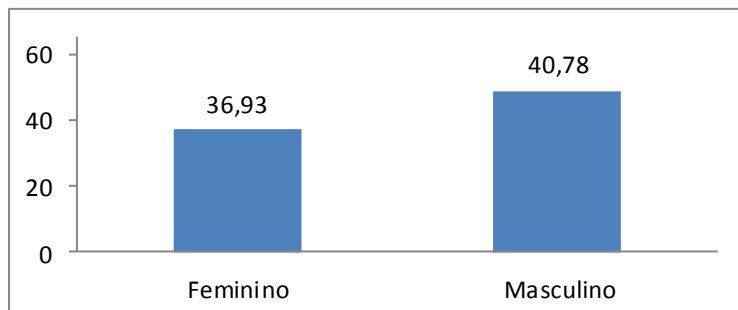


Figura 13. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do género

No Questionário de Hábitos do Comer Noturno, as mulheres ( $M= 16,67$ ;  $DP= 6.38$ ) registam pontuações médias acima dos homens ( $M= 15,77$ ;  $DP= 5.63$ ) mas esses resultados não são estatisticamente significativos  $t(1.045) = 218$ ;  $p = 0.297$  (cf. Figura 14).

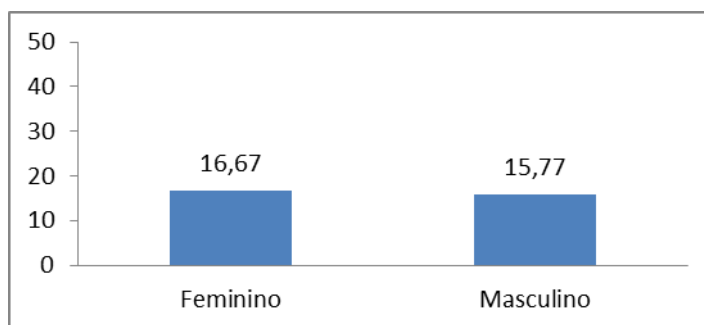


Figura 14. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do género

Ainda no âmbito do objetivo quatro, no que se refere às diferenças ao nível das faixas etárias, observou-se que na Escala de Ingestão Compulsiva os sujeitos com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos ( $M= 11,23$ ;  $DP= 10.9$ ) foram os que obtiveram pontuações médias mais elevadas e os que se encontram entre os 31 e os 40 ( $M=7,16$ ;  $DP= 5.97$ ) foram os que pontuaram mais baixo. Estes resultados não são estatisticamente significativos  $F(4; 215) = 1.470$ ;  $p = 0.212$ . Na Escala de Alimentação Emocional foram os sujeitos com idades entre os 31 e os 40 anos ( $M= 40,43$ ;  $DP= 8.00$ ) que obtiveram pontuações mais elevadas, e aqueles com idades inferiores aos 20 anos foram os que obtiveram valores mais baixos ( $M= 37,00$ ;  $DP= 8.15$ ). Tais resultados não são estatisticamente significativos  $F(4; 215) = 1.600$ ;  $p = 0.175$ . Os participantes com menos de 20 anos de idade ( $M= 18,83$ ;  $DP= 5.53$ ) foram os que indicaram pontuações médias mais elevadas no Questionário de Hábitos de Comer Noturno. Por sua vez, os sujeitos entre os 41 e os 50 anos ( $M= 13,42$ ;  $DP= 6.30$ ) foram os que obtiveram valores

médios mais baixos neste questionário. Estes resultados são estatisticamente muito significativos  $F(4; 215) = 4.785$ ;  $p < 0.05$  (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Valores Médios ( $\pm$  DP) em função da faixa etária na EIC, EAE e QHCN

		N	Média	D.P.	
EIC	Inferior a 20	43	10.67	7.65	$F(4; 215) = 1.470$ ; $p = 0.212$
	Dos 21 aos 30	82	8.81	8.19	
	Dos 31 aos 40	37	7.16	5.97	
	Dos 41 aos 50	26	11.23	10.92	
	Superior a 50	32	10.5	9.45	
EAE	Inferior a 20	43	37	8.15	$F(4; 215) = 1.600$ ; $p = 0.175$
	Dos 21 aos 30	82	38.92	8.25	
	Dos 31 aos 40	37	40.43	8.00	
	Dos 41 aos 50	26	35.23	10.96	
	Superior a 50	32	38.68	11.18	
QHCN	Inferior a 20	43	18.83	5.53	$F(4; 215) = 4.785$ ; $p < 0.05$
	Dos 21 aos 30	82	16.74	5.94	
	Dos 31 aos 40	37	16.59	6.33	
	Dos 41 aos 50	26	13.42	6.30	
	Superior a 50	32	14.06	5.53	

No que diz respeito ao grau de escolaridade, referente ao quarto objetivo, na Escala de Ingestão Compulsiva, os sujeitos com escolaridade inferior ou equivalente ao 9º ano (3º Ciclo) ( $M=13,91$ ;  $DP=11.05$ ) são os que têm pontuações médias mais altas, sendo que são os estudantes universitários ( $M=8,14$ ;  $DP=7.45$ ) que pontuam menos nesta escala. Estes resultados são estatisticamente muito significativos  $F(2; 217) = 9.217$ ;  $p < 0.001$  (cf. Figura 15).

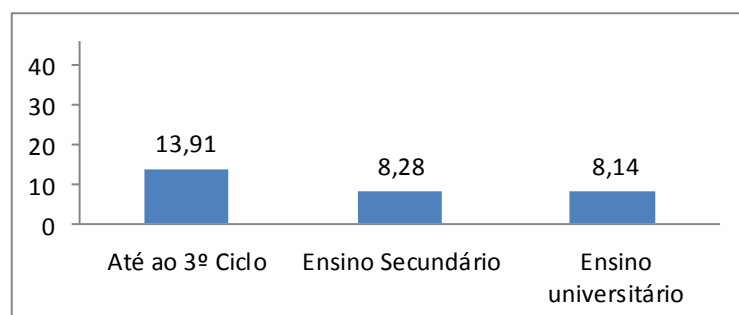


Figura 15. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do nível de escolaridade

Na Escala de Alimentação Emocional foram os sujeitos com habilitações equivalentes ao ensino secundário ( $M=39,61$ ;  $DP=7,90$ ) que mais pontuaram. Os que obtiveram pontuações médias mais baixas foram os sujeitos com habilitações até ao 9º ano ( $M=34,68$ ;  $DP=11,2$ ). Estes resultados revelam-se estatisticamente significativos  $F(2; 217) = 5,100$ ;  $p < 0,05$  (cf. Figuras 16).

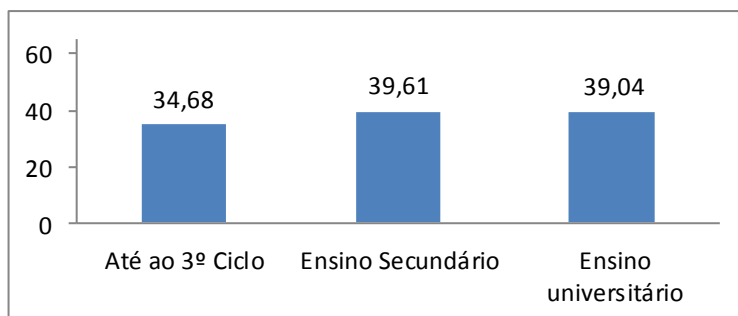


Figura 16. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do nível de escolaridade

No Questionário de Hábitos do Comer Noturno são os estudantes do ensino universitário de pontuam mais alto ( $M=16,96$ ;  $DP=5,52$ ) e aqueles com habilitações equivalentes e inferiores ao 9º ano são os que registam pontuações médias mais baixas ( $M=14,10$ ;  $DP=5,97$ ). Estas diferenças são estatisticamente significativas  $F(2; 217) = 4,111$ ;  $p < 0,05$  (cf. Figura 17).

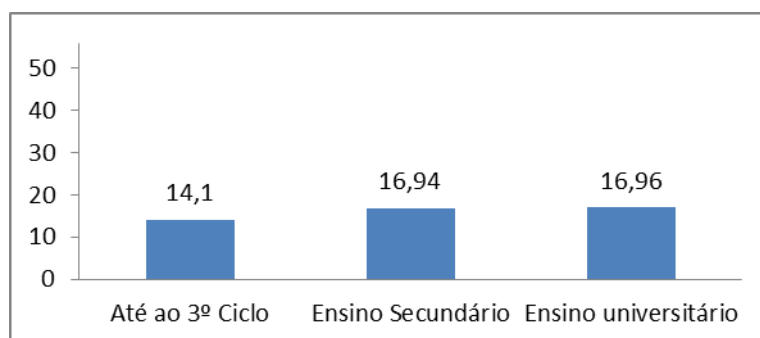


Figura 17. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do nível de escolaridade

No objetivo quarto, relativamente ao estado civil dos participantes, na Escala de Ingestão Compulsiva, os sujeitos que estão envolvidos nalgum tipo de relação amorosa (casamento ou união de fato) relatam pontuações médias superiores ( $M=10,67$ ;  $DP=9,46$ ) às daquelas registadas pelos sujeitos que não têm companheiro ( $M=8,76$ ;  $DP=7,67$ ). Estas diferenças não são estatisticamente significativas  $F(1; 218) = 2,633$ ;  $p = 0,106$ . Na Escala de Alimentação Emocional são os sujeitos com companheiro amoroso que pontuam mais alto ( $M=38,33$ ;  $DP=10,15$ ) que aqueles sem qualquer tipo de relação amorosa ( $M=38,32$ ;  $DP=8,46$ ). Estes

resultados não são estatisticamente significativos  $F(1; 218) = 0.000$ ;  $p = 0.997$ . No Questionário de Hábitos do Comer Noturno foram os sujeitos sem companheiro ou cônjuge ( $M=16,95$ ;  $DP=5.81$ ) que pontuaram acima daqueles com companheiro(a) ( $M=15,22$ ;  $DP=6.55$ ). Estes resultados são estatisticamente significativos  $F(1; 218) = 4.053$ ;  $p < 0.05$  (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Valores Médios ( $\pm$  DP) na EIC, EAE e QHCN em função do estado civil

		N	Média	D.P.	
EIC	Sem companheiro	143	8.76	7.67	$F(1; 218) = 2.633$ ; $p = 0.106$
	Com companheiro	77	10.67	9.46	
EAE	Sem companheiro	143	38.32	8.46	$F(1; 218) = 0.000$ ; $p = 0.997$
	Com companheiro	77	38.33	10.1	
QHCN	Sem companheiro	143	16.95	5.81	$F(1; 218) = 4.053$ ; $p < 0.05$
	Com companheiro	77	15.22	6.55	

Ao se observarem as pontuações médias na Escala de Ingestão Compulsiva, em função da situação profissional, no objetivo quatro, verifica-se que os sujeitos em situação laboral inativa ( $M=10,31$ ;  $DP=9.08$ ) obtiveram pontuações mais elevadas do que os sujeitos ativos profissionalmente ( $M=8,91$ ;  $DP=7.83$ ). Tais resultados não são estatisticamente significativos  $F(1; 216) = 1.400$ ;  $p = 0.238$  (cf. Figura 18).

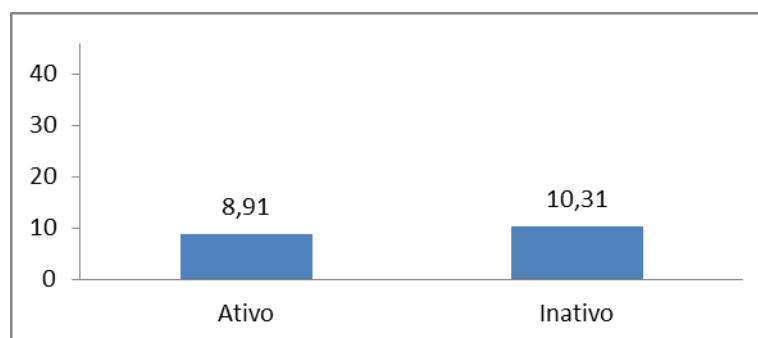


Figura 18. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função da situação laboral

Na Escala de Alimentação Emocional os sujeitos em situação laboral ativa ( $M=38,88$ ;  $DP=8.87$ ) pontuaram acima dos sujeitos inativos profissionalmente ( $M=37,12$ ;  $DP=9.44$ ). Estas diferenças não são estatisticamente significativas  $F(1; 216) = 1.805$ ;  $p = 0.180$  (cf. Figura 19).

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

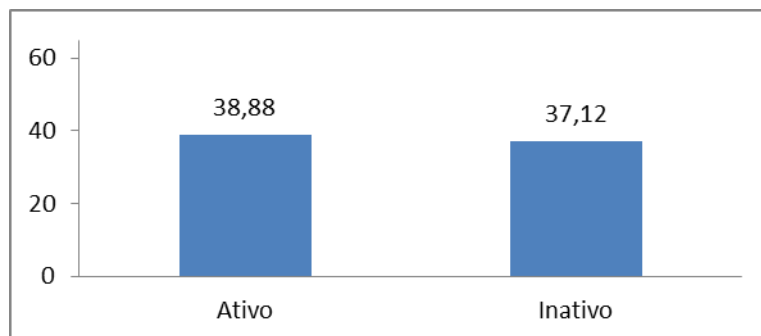


Figura 19. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função da situação laboral

No Questionário de Hábitos de Comer Noturno, os sujeitos inativos profissionalmente ( $M=17,16$ ;  $DP=6.90$ ) pontuaram mais alto quando comparados com aqueles que estão envolvidos em alguma atividade laboral ( $M=16,04$ ;  $DP=5.66$ ). Estes resultados não são estatisticamente significativos  $F(1; 216) = 1.642$ ;  $p = 0.201$  (cf. Figura 20).

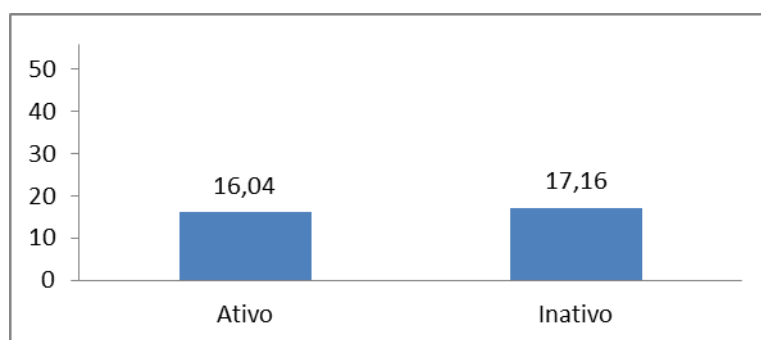


Figura 20. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função da situação laboral

No que concerne à comparação entre grupos relativa a problemas de saúde física e/ou psicológica, de acordo com as respostas relatadas pelos 51 sujeitos que assumiram algum tipo de problema neste âmbito, verificou-se que na Escala de Ingestão Compulsiva, os participantes que obtiveram maiores pontuações foram aqueles que relataram problemas de saúde psicológica ( $M=18$ ;  $DP=7.08$ ), quando comparados com aqueles que referiram problemas de saúde física ( $M=11,02$ ;  $DP=9.62$ ). Estes resultados são estatisticamente significativos  $F(1; 49) = 5.245$ ;  $p < 0.05$  (cf. Figura 21).

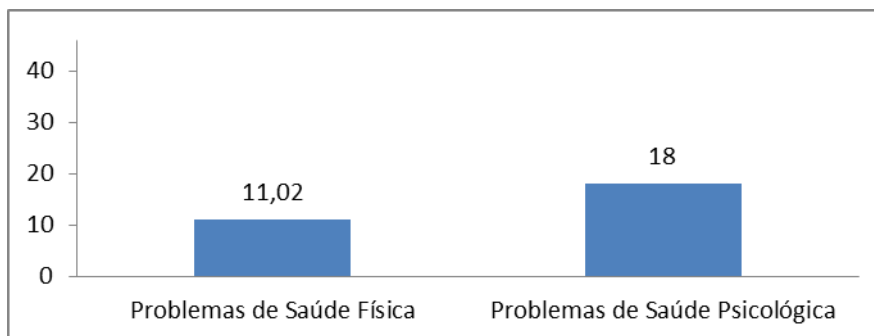


Figura 21. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EIC, em função do relato de problemas de saúde

Na Escala de Alimentação Emocional foram os sujeitos que relataram problemas de saúde física que obtiveram maiores pontuações ( $M=37,22$ ;  $DP= 10.98$ ), quando comparado com as pontuações médias obtidas pelos sujeitos que referiram apresentar algum tipo de problema de saúde psicológica ( $M=31,27$ ;  $DP= 8.82$ ). Estes resultados não são estatisticamente significativos  $F(1; 49) = 3.455$ ;  $p = 0.069$  (cf. Figura 22).

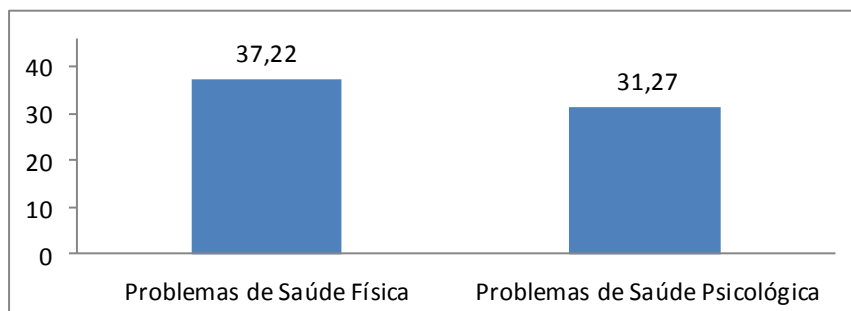


Figura 22. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas na EAE, em função do relato de problemas de saúde

No Questionário de Hábitos de Comer Noturno foram os indivíduos que admitiram ter algum problema de saúde psicológica que apresentaram níveis mais elevados ( $M=18,80$ ;  $DP= 7.08$ ), quando comparados com aqueles que indicaram a presença de problemas de saúde física ( $M=18,02$ ;  $DP=7.84$ ). Estes resultados não são estatisticamente significativos  $F(1; 49) = 0.108$ ;  $p = 0.743$  (cf. Figura 23).

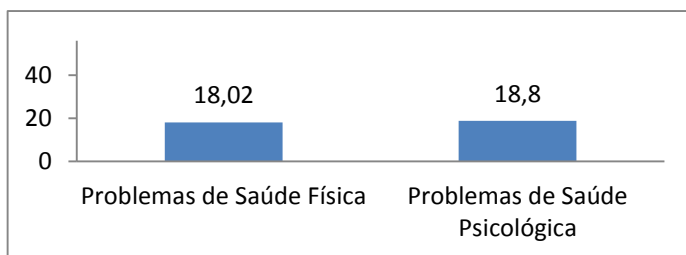


Figura 23. Diferenças nas Pontuações Médias obtidas no QHCN, em função do relato de problemas de saúde

Relativamente ao objetivo 5 e 6, verificou-se a existência de uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações médias dos sujeitos na Escala de Alimentação Emocional e as da Escala de Ingestão Compulsiva ( $r=-0.516$ ;  $p<0.001$ ); e ausência de correlação entre os valores médios da Escala de Alimentação Emocional e os do Questionário de Hábitos de Comer Noturno ( $r=-0.079$ ;  $p=0.241$ ). Relativamente ao grau de associação entre as pontuações médias obtidas na Escala de Ingestão Compulsiva e aquelas registadas no Questionário de Hábitos de Comer Noturno, de acordo com o objetivo 7, verifica-se uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ( $r=0.297$ ;  $p<0.001$ ).

## Discussão e Considerações Finais

A **Hipótese 1** «Sujeitos com excesso de peso e obesidade apresentam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno do que sujeitos com peso normal» é infirmada. Neste estudo, os sujeitos com excesso de peso apresentam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva, quando comparados com indivíduos com peso normal, mas o mesmo não se verifica quanto à Síndrome do Comer Noturno. Na comparação entre os diferentes grupos de IMC verificou-se que os sujeitos obesos foram os que mais relataram comportamentos de ingestão compulsiva, com um predomínio dos sujeitos do género feminino. De fato, de acordo com diversos autores a prevalência de Perturbação de Ingestão Compulsiva parece ser mais frequente em sujeitos obesos, tendendo a aumentar conforme o nível de gravidade da obesidade. Em sujeitos obesos a prevalência de Perturbação de Ingestão Compulsiva ronda os 30%, e aumenta até 45% em obesos que procuram tratamento para a obesidade, mais especificamente cirurgia bariátrica, comparada com 2% a 3% dos adultos em amostras comunitárias consideradas normativas (Grilo, 2002; Melo, 2011; Segal, 2012; Spitzer et al, 1993; Stunkard & Allison, 2003).

No que se refere à Síndrome do Comer Noturno a incidência tende a oscilar entre 0,5 e 1,5% na população normativa, mas os índices aumentam para 14% em obesos e para 42% em sujeitos com obesidade mórbida (Ziroldo, Ceresini, Salado, Gravena, Ferreira & Fernandes, 2010). Apesar destes números indicarem um aumento desta síndrome entre os sujeitos obesos, no nosso estudo foram os sujeitos com peso normal que relataram mais comportamentos de alimentação noturna, seguidos dos indivíduos obesos. No entanto, há que realçar que a amostra utilizada é constituída, maioritariamente, por sujeitos com peso normal e é de considerar que, de alguma forma isso possa ter influenciado estes resultados. Por exemplo, Striegel-Moore *et al* (2010) não encontraram uma associação significativa entre a alimentação noturna e o IMC, numa amostra normativa, tal como aconteceu com a que aqui se apresenta. Para além disso, Marshall Allison, O'Reardon, Birketvedt e Stunkard (2004), explicam a verificação desta síndrome em diferentes IMC's baseando-se na idade dos sujeitos. Este autor afirma que quanto menor é a idade dos sujeitos com peso normal e padrões de alimentação noturna maior a probabilidade de desenvolver excesso de peso e obesidade. O que chama a atenção para o fato dos sujeitos com peso normal, tendo sido aqueles que mais relataram comportamentos de alimentação noturna, estejam mais susceptíveis de vir a desenvolver essa síndrome e, conseqüentemente, excesso de peso ou obesidade. Para além disso, são os sujeitos com peso normal que constituem a maioria dos estudantes universitários e/ou do ensino secundário presentes neste estudo, população esta bastante associada aos comportamentos de alimentação noturna.

Apesar de ser defendida, por vários autores, uma maior influência emocional no comportamento alimentar de sujeitos obesos do que em não obesos, este estudo em concordância com algumas outras investigações (Corbalán-Tutau, 2012; Konttinen *et al*, 2010; Macht, 2008) não evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos em função do IMC, ainda que acabem por se destacar os sujeitos com excesso de peso. Estes resultados sugerem que tal padrão de comportamento alimentar tem efeitos semelhantes sobre o consumo de alimentos, tanto em indivíduos com peso normal como em indivíduos obesos, ainda que aumente a probabilidade de desenvolver excesso de peso ou obesidade. Num estudo realizado por Kenardy, Butler Carter e Moor (2003) não foram encontradas evidências de que a alimentação emocional variasse de acordo com o IMC nem mesmo com o nível de circunferência da cintura. Consistentemente, um estudo recente permitiu evidenciar que o IMC não estava associado positivamente com a alimentação emocional nem mesmo com o consumo de lanches "pesados", enquanto resposta ao stress do dia a dia (O'Connor, Grabowski, Ladwig, Bruno, 2008). A principal diferença estabelecida entre sujeitos obesos com padrões de alimentação emocional e sujeitos com peso normal com o mesmo comportamento alimentar é que os sujeitos obesos consomem alimentos energeticamente mais densos, em resposta às emoções negativas, quando comparados com indivíduos com peso normal (Oliver, Wardle & Gibson, 2000; Van Strien, Herman, & Verheijden, 2009).

A **Segunda Hipótese** formulada, de que «As mulheres evidenciam níveis médios de Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno superiores aos registados nos homens», é confirmada no que se refere à Escala de Ingestão Compulsiva e ao Questionário de Hábitos Comer Noturno, mas não se confirma na Escala de Alimentação Emocional. Da comparação dos resultados obtidos no que se refere à distribuição por géneros constatou-se que as mulheres obtiveram pontuações médias mais elevadas do que os homens na Escala de Ingestão Compulsiva (EIC) e no Questionário de Hábitos de Comer Noturno (QHCN). O mesmo não se verificou na Escala de Alimentação Emocional (EAE) em que os sujeitos do género masculino obtiveram pontuações mais elevadas, quando comparadas com aquelas registadas pelos sujeitos do género feminino. Estes resultados mostram que, nesta amostra, são as mulheres que assumem um maior envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva e noturna. Os homens, por sua vez, revelam maiores padrões de alimentação emocional. Os resultados obtidos na Escala de Ingestão Compulsiva corroboram o que tem sido estudado por vários autores. De fato, os sujeitos do género feminino revelam maior envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva e hiperfagia, quando comparados com os indivíduos do género masculino. Por exemplo, para Azevedo, Santos e Fonseca (2004) a Perturbação de Ingestão Compulsiva é mais comum em mulheres, embora 1/3 dos homens sejam afetados. Na investigação de Nicareta e Marchesini (2007) 63,7% dos sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva eram do género feminino. No estudo de Beleli et al (2008), essa prevalência do género feminino também foi notada, sendo que dos 51 pacientes que faziam parte da amostra com comportamentos de ingestão compulsiva, apenas 10 eram do género masculino. No que se refere à Síndrome do Comer Noturno, a relação entre este tipo de comportamento alimentar e o género não é tão consistente como na Perturbação de Ingestão Compulsiva. Apesar disso, muitos investigadores têm apontado para uma maior incidência de padrões de comer noturno na população feminina, o que de fato, se verifica neste estudo. Harb, Caumo, Raupo e Hidalgo (2010) confirmam esta tendência, afirmando que 60% dos pacientes com Síndrome do Comer Noturno são mulheres. Os resultados referentes à Escala de Alimentação Emocional não vão de encontro à literatura. Na verdade diversos estudos afirmam que seria esperado que as mulheres obtivessem valores superiores, quando comparadas com os homens. No entanto, isso talvez possa ser explicado pelas próprias diferenças na cotação desta escala, a qual propõe valores superiores para a existência de padrões de alimentação emocional em mulheres, quando comparadas com os homens (Abramson, 2005).

A **Terceira Hipótese** proposta neste estudo «São os sujeitos com idades abaixo dos 50 anos os que mais relatam comportamentos de Perturbação de Ingestão Compulsiva» foi confirmada. Em função da faixa etária, no que se refere à Perturbação de Ingestão Compulsiva verificou-se que, de fato, foram os sujeitos com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos que registaram níveis mais elevados na Escala de Ingestão Compulsiva. De acordo com os resultados do estudo de Monteiro (2010) a faixa etária mais associada a comportamentos de

ingestão compulsiva encontra-se entre os 41 e os 60 anos. De fato, de acordo com os critérios de diagnóstico propostos para a Perturbação de Ingestão Compulsiva, a idade de início do quadro situa-se por volta dos 20 anos e incide sobretudo na população mais velha (30-50 anos) (Melo, 2011). Azevedo, Santos e Fonseca (2004) acrescentam, ainda, que é essencialmente após os trinta anos de idade que os sujeitos com esta perturbação procuram tratamento, o que a torna mais visível. É de notar que muitos adultos obesos portadores de Perturbação de Ingestão Compulsiva referem que o seu comportamento compulsivo teve início na infância tardia ou adolescência o que poderá estar na origem do seu aparecimento em idades inferiores a 20 anos (Mussel et al, 1995). Quando comparados com os adultos, as crianças e adolescentes relatam uma proporção menor de episódios de ingestão compulsiva ou esses episódios não preenchem critérios para Perturbação de Ingestão Compulsiva (Field et al, 2003). Esta divergência baseada na idade dos sujeitos pode ser explicada por inúmeras dificuldades em estabelecer o diagnóstico de PIC em crianças e adolescentes. Devido ao fato de se recorrer, muitas vezes, a instrumentos adaptados e validados para a população adulta, os quais se revelam inadequados para a correta avaliação e diagnóstico da PIC nesta faixa etária (Melo, 2011).

A **Quarta Hipótese** «São os sujeitos com 20 anos de idade ou menos que pontuam mais alto no Questionário de Hábitos do Comer Noturno» também foi confirmada. Os sujeitos pertencentes às faixas etárias mais jovens destacaram-se sobre os mais velhos, no Questionário de Hábitos do Comer Noturno, o que sugere que os mais jovens sejam os mais afetados por tendências de alimentação noturna. São os sujeitos com idade estudantil, com idade inferior a 20 anos que mais pontuam neste questionário, seguidos pelos sujeitos entre os 21 e os 30 anos e, conseqüentemente, por aqueles que se encontram entre os 31 e os 40 anos, sendo de ressaltar que as pontuações destes dois últimos se encontram muito próximas. O que nos sugere que são, de fato, os indivíduos em idade escolar e laboral, os que apresentam maior tendência para manifestar estes padrões alimentares, devido à maior ocupação e stress dos sujeitos nestas condições, acabando por descuidar algumas refeições diárias, envolvendo-se, à noite, em maiores consumos alimentares. O ritmo laboral e social imprime marcado efeito na regulação da alimentação, de acordo com Harb, Caumo, Raupp e Hidalgo (2010), pois a sociedade contemporânea funciona 24 horas por dia e o seu impacto na quantidade, qualidade e nos horários da alimentação tem sido marcante. Estas exigências externas vieram aumentar os níveis de stress e ansiedade, provocando alterações do ritmo do sono e ao nível dos padrões alimentares. Marshall, Allison, O'Reardon, Birketvedt e Stunkard (2004) explicam, ainda, a verificação desta síndrome em diferentes IMC's baseando-se na idade dos sujeitos. Este autor detetou que a principal diferença obtida na comparação entre indivíduos obesos com Síndrome do Comer Noturno e não obesos com a mesma síndrome se prendia com a faixa etária mais jovem entre os indivíduos com IMC correspondente a peso normal. Quanto menor a idade dos sujeitos com peso normal e padrões de alimentação noturna maior a probabilidade de desenvolver excesso de peso e obesidade. Além disso, 52% dos sujeitos com

obesidade relataram que os padrões de alimentação noturna haviam precedido o aumento de peso (Napolitano Head, Babyak & Blumenthal, 2001). Diversos autores vêm apoiar esta ideia, ao relatar que a alimentação noturna precedeu o aparecimento da obesidade na maioria dos sujeitos com SCN (Gluck & O'Reardon, 2009).

No que se refere à **Quinta Hipótese** «Sujeitos com níveis de escolaridade mais baixos obtêm maiores níveis Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno», no nosso estudo, isso verificou-se apenas na Escala de Ingestão Compulsiva, em que os sujeitos com escolaridade inferior ou equivalente ao 9º ano foram os que obtiveram pontuações médias mais elevadas, e os estudantes universitários os que registaram níveis mais baixos. Diversos estudos demonstram que sujeitos com maiores níveis de escolaridade são menos propensos a desenvolver excesso de peso e obesidade (Cutler & Lleras-Muney, 2006; Terres et al, 2002). Indivíduos com maior nível de escolaridade parecem fazer melhor uso da informação associada à saúde do que aqueles que possuem menor nível de instrução, no sentido em que a educação fornece aos indivíduos maior acesso à informação e melhores competências de pensamento crítico. Vários autores defendem que a falta de conhecimento sobre o conteúdo energético dos alimentos pode contribuir para esta associação entre a classe social e a obesidade. A falta de informação também pode afetar a própria percepção da imagem corporal. É possível que sujeitos com elevados níveis de instrução tenham maior conhecimento necessário ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e maior consciência dos riscos de saúde associados à obesidade (Devaux, Sassi, Church, Cecchini & Borgonovi, 2011). Numa investigação com gémeos Webbink et al (2008) vieram pôr em causa a influência da educação na probabilidade de estar acima do peso. Cutler e Lleras-Muney (2006) argumentam, ainda, que as crianças com problemas de saúde e com maiores níveis de IMC têm mais dificuldades em alcançar um grau de escolaridade mais elevado. Estudos longitudinais mostram, também, que o excesso de peso durante os primeiros quatro anos escolares é um fator de risco significativo para a obtenção de maus resultados, especialmente em sujeitos do género feminino (Datar e Sturm, 2006). Spasojevic (2003) e Brunello et al (2009) ao investigarem o efeito da educação sobre o IMC atribuem à educação um papel protetor na manutenção de um IMC saudável. A influência da escolaridade sobre a incidência do excesso de peso e da obesidade parece ser ainda mais significativa entre sujeitos do género feminino. Alguns autores ao analisarem as diferenças entre géneros, fatores sócioeconómicos e obesidade, constataram que os recursos financeiros tiveram um maior impacto sobre o IMC e a circunferência da cintura em homens, enquanto que os níveis mais elevados de educação tinha mais impacto nas mulheres (Devaux, Sassi, Church, Cecchini & Borgonovi, 2011). No entanto, apesar destes estudos defenderem a associação entre o nível de ensino e um IMC saudável, no Questionário de Hábitos de Comer Noturno assim como na Escala de Alimentação Emocional isso não se verificou, sendo que os sujeitos com frequência no ensino superior parecem registar uma maior tendência para o envolvimento em consumos alimentares noturnos. Segundo Colles e Dixon (2006) esta síndrome tem sido

positivamente correlacionada com um padrão de refeição irregulares, caracterizado por um atraso do horário das refeições devido ao stress. O que sugere que as exigências do dia a dia, associada a maiores níveis de ansiedade e stress próprios das tarefas desempenhadas em níveis de escolaridade superiores, induzem à alteração do horário das refeições, sendo que os sujeitos acabam por deslocar grande parte do consumo alimentar diário para o período da noite, facilitando o envolvimento dos sujeitos em comportamentos de hiperfagia e ingestão compulsiva, de forma a colmatar as necessidades provocadas pelo desrespeito quanto ao seguimento dos horários das refeições. De referir que muitos autores apontam os episódios de alimentação noturna como comportamentos típicos de estudantes universitários, devido a esta alteração de horários (Colles e Dixon, 2006). Na Escala de Alimentação Emocional destacaram-se aqueles com habilitações equivalente ao ensino secundário, também com pontuações muito próximas à dos estudantes universitários. Isto pode ser explicado pela maior tendência dos jovens nestas idades para o envolvimento em padrões alimentares atípicos, muitas vezes, enquanto resposta à experiência de afetos negativos. É sabido que padrões comportamentais e emocionais disfuncionais tendem a surgir com muita frequência entre os jovens, talvez como uma “válvula de escape” para frustrações no desempenho escolar, ou como compensação pelas exigências dos pais e da sociedade. Para além disso, como já referido anteriormente, muitos adultos obesos com padrões de alimentação emocional e ingestão compulsiva relatam que o seu comportamento compulsivo teve início na infância tardia ou adolescência (Mussel et al, 1995). No seu estudo Goosens et al (2003) propuseram que com base no modelo da regulação afetiva, os indivíduos comem compulsivamente com a crença de que a comida promove distração e conforto face a emoções negativas. Estes autores evidenciaram, ainda, que a presença de emoções negativas em adolescentes e jovens adultos estaria associada a maiores preocupações com a forma e peso corporal, maior frequência de episódios de ingestão e compulsão alimentar e de alterações de comportamento relatadas pelos pais (Melo, 2011). Estes resultados podem ainda ser explicados pelo número de sujeitos deste estudo, nestas condições, ser maior do que os restantes ou ainda por este ser um grupo etário mais suscetível a determinadas exigências ou condicionantes internas e externas associadas à adolescência e entrada na idade adulta. Outros fatores de ordem familiar ou genética, características individuais de personalidade e alterações emocionais típicas das exigências próprias de cada etapa da vida dos indivíduos podem contribuir para a explicação da relação entre a educação e o IMC (Devaux, Sassi, Church, Cecchini & Borgonovi, 2011).

**A Hipótese Seis** «Os indivíduos sem companheiro(a) - solteiro, viúvo ou divorciado - referem maior envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva, comer noturno e alimentação emocional, quando comparados com sujeitos com companheiro(a) - casados ou em união de fato» foi refutada, neste estudo. A análise do estado civil no desenvolvimento destas alterações do comportamento alimentar pareceu-nos importante, no sentido de compreender se as pontuações dos sujeitos com algum tipo de relacionamento amoroso na

Escala de Ingestão Compulsiva, no Questionário de Hábitos do Comer Noturno e na Escala de Alimentação Emocional diferem daquelas registadas pelos sujeitos que revelam não ter companheiro(a), acreditando que este é um fator que determina em larga medida a perceção do suporte social primário dos sujeitos. De acordo com Serra (1999) o suporte social encontra-se intimamente relacionado com a saúde do indivíduo e, conseqüentemente com o comportamento alimentar que este revela. Vários autores defendem que o suporte social pode proteger o indivíduo de perturbações induzidas por acontecimentos que geram grande stress, revelando-se benéfico, no sentido em que o torna mais resiliente e capaz para enfrentar os diferentes problemas com que se depara ao longo da vida. Similarmente às conclusões dos estudos de French et al (1999) e Freitas et al (2008), no nosso estudo, não se verificou influência da situação conjugal na ocorrência de episódios de ingestão compulsiva, no sentido em que os sujeitos com algum tipo de relação conjugal ou amorosa foram os que mais relataram comportamentos de ingestão compulsiva e padrões de alimentação emocional. Por sua vez, aqueles que indicam não ter qualquer companheiro amoroso parecem apresentar um maior envolvimento em ingestões alimentares noturnas. De acordo com Bento (2011) as redes de suporte, neste caso as relações amorosas, também podem funcionar de forma negativa, quando a perceção do suporte não é suficiente, e isto agrava-se com a tendência que os indivíduos com IMC correspondente a excesso de peso ou obesidade têm para assumir perceção insuficiente ou negativa de suporte social, uma vez que se isolam pelo fato de serem discriminados pela sociedade. No entanto, quando a perceção do suporte social é positiva, estes veem os seus problemas de saúde ser amenizados, tanto a nível físico como psicológico, funcionando desta forma enquanto fator mediador no processo de saúde/doença no indivíduo obeso. O que sugere a possibilidade de alguns sujeitos com algum tipo de relacionamento amoroso, recorram a comportamentos de ingestão compulsiva e a tendências para a alimentação emocional, refletindo a sua insatisfação com a perceção do suporte social primário, subjacente a uma desvalorização pessoal à priori. O mesmo pode acontecer com os sujeitos solteiros que se envolvem, de acordo com o nosso estudo, especialmente em comportamentos de alimentação noturna, quando comparados com aqueles que mantêm uma relação, no sentido em que ambos experienciam uma perceção negativa, insuficiente ou inexistente relativa ao suporte de que dispõem ou que desejariam.

A **Sétima Hipótese** definida «Sujeitos em situação de inatividade laboral registam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Alimentação Emocional» foi confirmada no que se refere ao maior envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva, mas refutada no que se diz respeito ao envolvimento em padrões de Alimentação Emocional. Um número crescente de investigações têm-se debruçado sobre o estudo da importância dos aspetos económicos no estudo da obesidade e das perturbações ou alterações ao nível do comportamento alimentar associadas a esta. O nível socioeconómico assume influência significativa sobre o comportamento alimentar dos sujeitos, no sentido em que a sua condição socioeconómica pode permitir que o indivíduo tenha autonomia nas suas escolhas,

permitindo-lhe optar pela ingestão de alimentos considerados saudáveis, ao invés da aquisição de alimentos hipercalóricos e *fast food*, geralmente mais económicos e em grande parte responsáveis pelo excesso de peso (Sobal, 1991). Em muitos casos, a situação profissional dos sujeitos pode ajudar-nos a compreender a situação económica em que estes se encontram, o que interfere na disponibilidade de alimentos e no acesso à informação. Como tal neste estudo procuramos comparar a situação profissional dos participantes e o nível de envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva, alimentação noturna e emocional. De acordo com a análise dos resultados verificou-se que os sujeitos que se encontram inativos profissionalmente apresentam um maior registo de comportamentos de ingestão compulsiva e de alimentação noturna. De acordo com Pena e Ballao (2000) a provável desigualdade económica no acesso a uma alimentação adequada, em qualidade e quantidade, impõe a estes sujeitos um padrão de alimentação insuficiente ou inadequada. Além disso, quando a esta inatividade profissional estão associados baixos níveis de escolaridade isso reflete-se no desconhecimento nutricional e desvalorização dos benefícios que resultam da prática do exercício físico, por exemplo (Sobal, 1991). Tonial (2001) acrescenta que os sujeitos com menos recursos económicos, isto é, que pertencem a classes sociais mais baixas têm demonstrado alterações do comportamento alimentar em maior número e de maior gravidade, e conseqüentemente, maior probabilidade de desenvolver excesso de peso ou obesidade. Enquanto que os participantes ativos, a nível laboral, parecem envolver-se mais em consumos alimentares motivados por emoções negativas, tais como a ansiedade e o stress próprias de tarefas e exigências profissionais.

A **Hipótese 8** «Indivíduos com problemas de saúde psicológica associada envolvem-se mais em comportamentos de ingestão compulsiva, alimentação emocional e comer noturno» - não foi confirmada no que se refere à Escala de Alimentação Emocional, tendo-se confirmado para a Escala de Ingestão Compulsiva e para o Questionário de Hábitos do Comer Noturno. Quando analisadas as diferenças médias na Escala de Ingestão Compulsiva e no Questionário de Hábitos de Comer Noturno, em função da existência de problemas de saúde física e psicológica referenciados pelos sujeitos observou-se que os participantes que evidenciaram maiores pontuações nesses instrumentos relataram mais problemas de saúde psicológica, o que vai de encontro com a revisão bibliográfica efetuada. Borges et al (1999) verificaram que sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva costumam autoavaliar-se, em função do seu peso e forma corporal, o que contribui para o registo de altos níveis de sintomatologia depressiva, depressão major e para a demonstração de traços de personalidade comuns, entre os quais, baixa auto-estima, altos níveis de perfeccionismo, impulsividade e pensamentos dicotómicos do tipo “tudo ou nada”, ou seja, total controlo ou total descontrolo, essencialmente, no que se refere ao comportamento alimentar (Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal 2001; Appolinario, 2000). Apesar da relação entre a Síndrome do Comer Noturno e a comorbilidade psicopatológica ainda não se encontrar claramente definida sabe-se que estes sujeitos revelam humor depressivo com maior frequência do que

sujeitos sem SCN. Autores como Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), Calugi, Grave e Marchesini (2009) e Sim et al (2010) investigaram a relação entre a Síndrome do Comer Noturno e características psicológicas em indivíduos com obesidade moderada a grave. As conclusões apontam para a associação entre a Síndrome do Comer Noturno e níveis de humor negativo, especialmente a partir da tarde ou final do dia; depressão major (cerca de 56%), distímia (11%) stress, neuroticismo e baixa auto-estima. Lundgren et al (2010) relatou, ainda, que 52% dos sujeitos não obesos com Síndrome do Comer Noturno preencheram os critérios para perturbações de humor unipolares e que 47% preenchiam os critérios para perturbações de ansiedade, pontuações essas que se mostram significativamente superiores quando comparadas com o grupo controlo (sujeitos com Síndrome do Comer Noturno não-obesos). A perturbação de ansiedade generalizada parece contar com cerca de 17,5% e a perturbação de stress pós-traumático com 18%. Até 40% sujeitos com padrões de alimentação noturna podem envolver-se em episódios de ingestão compulsiva, especialmente em sujeitos que procuram tratamento para a obesidade (Stunkard, Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck & O'Reardon, 2009). Apesar disso, os pacientes diagnosticados, exclusivamente, com Síndrome do Comer Noturno marcaram níveis de ansiedade significativamente menores relativamente a pacientes com diagnóstico de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Síndrome do Comer Noturno sobrepostos (Napolitano *et al*, 2001; Sassaroli et al, 2012; Stunkard et al, 1955; Striegel-Moore et al, 2010).

A comorbilidade psicopatológica, como a sintomatologia depressiva tem sido associada à Síndrome do Comer Noturno mas, é de notar que esta pode ser influenciada pela provável concordância com a Perturbação de Ingestão Compulsiva (Colles, Dixon & O'Brien, 2007). Sassaroli *et al* (2012) avaliaram a ansiedade noturna e diurna entre os pacientes afetados pela Perturbação de Ingestão Compulsiva e pela Síndrome do Comer Noturno, isoladamente, bem como aqueles afetados por ambas as patologias. De acordo com os resultados obtidos, enquanto que o nível de ansiedade dos pacientes com Síndrome do Comer Noturno ou Perturbação de Ingestão Compulsiva variou de leve a moderada, os pacientes afetados por ambas, pontuaram níveis de ansiedade marcadamente mais graves. O que vem confirmar o estudo de Napolitano, Head, Babyak e Blumenthal (2001) que afirma que os pacientes com um diagnóstico de Perturbação de Ingestão Compulsiva e Síndrome do Comer Noturno concomitante sofrem de uma psicopatologia mais grave do que aqueles com um único diagnóstico (Sassaroli et al, 2012). No estudo de Colles, Dixon e O'Brien (2007) os níveis de stress psicológico são notavelmente distintos entre estas duas perturbações, sendo que o grupo com Síndrome do Comer Noturno obteve pontuações baixas em todas as medidas psicológicas, tendo sido comparável a pessoas sem esta síndrome. Em contraste, o grupo de sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva apresentou maior desinibição alimentar, menor qualidade de vida e elevados níveis de sofrimento e angústia psicológica quando comparados com os sujeitos sem Perturbação de Ingestão Compulsiva. Portanto, esses níveis

parecem agravar-se quando a Síndrome do Comer Noturno e a Perturbação de Ingestão Compulsiva co-ocorrem.

O sofrimento subjetivo e o humor negativo parecem ser os fatores precipitantes para o envolvimento em comportamentos de alimentação emocional, sendo que os indivíduos com níveis elevados nestas dimensões parecem ser, de acordo com a literatura, mais propensos a experimentar estados emocionais negativos intensos nos mais diversos contextos e situações, mesmo na ausência de *stress*. Os padrões de alimentação emocional tendem a aumentar o consumo alimentar em resposta a emoções negativas, o que sugeria que níveis mais elevados de humor negativo aumentaria a frequência e gravidade da alimentação emocional (Arnou, Kenardy & Agras, 1994; Polivy & Herman 1993; McWilliams et al, 2003; Spoor et al, 2007). Ao contrário do que seria esperado, na Escala de Alimentação Emocional, os sujeitos que evidenciaram maior envolvimento em comportamentos de alimentação emocional relataram mais problemas de saúde física. O que aponta para que a relação entre a alimentação e as emoções seja influenciada, pelo menos em parte, por características particulares dos sujeitos, indo de encontro com um estudo de Spoor et al (2007), no qual estes autores referem que as emoções negativas têm sido identificadas como precipitantes de hiperfagia não só em indivíduos obesos (Van Strien & Ouwens, 2003), como em mulheres com perturbações do comportamento alimentar (Agras & Telch, 1998), e até mesmo em sujeitos com peso normal envolvidos em comportamentos dietéticos. Tais emoções negativas podem decorrer não só como produto da interação com estímulos externos como também com estímulos internos, sejam eles alterações neuroendócrinas ou metabólicas, as quais tendem a produzir sensações fisiológicas associadas à fome ou necessidade de determinados nutrientes, em específico induzindo ao comportamento alimentar emocional.

A **Hipótese 9** «A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Alimentação Emocional, apresenta uma correlação positiva com as pontuações na Escala de Ingestão Compulsiva» foi rejeitada, tendo-se verificado que no que concerne à relação entre a alimentação emocional e a ingestão compulsiva se observou que a maiores níveis de alimentação emocional estão associados menores níveis de ingestão compulsiva. Estes resultados não vão de encontro aos resultados encontrados noutros estudos que explicam os comportamentos de ingestão compulsiva com base em sentimentos negativos. Os sentimentos e emoções negativas, enquanto resultado de dificuldades afetivas, perdas, lutos ou stress, por exemplo, conduzem a uma maior ingestão de alimentos doces, hipercalóricos e de hidratos de carbono que ativam a produção e circulação de neurotransmissores, como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pela produção de sensações de prazer e bem estar. No entanto essa satisfação parece ser imediata e passageira, não resolvendo problemas subjacentes à alteração de humor, pelo que se recorre sucessivamente a comportamentos de ingestão compulsiva, enquanto estratégia inadaptação para lidar com os sentimentos negativos. Esta situação tende a agravar-se, ainda mais, com o aumento de peso, produzindo sentimentos de

baixa auto estima, desvalorização pessoal e culpa devido ao consumo exagerado. Por sua vez, tais sentimentos provocam o aumento da fome emocional, estabelecendo-se um ciclo vicioso entre a ingestão compulsiva de alimentos calóricos e sentimentos negativos (semelhante às situações de dependência ou abuso de substâncias) (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000). Porém, outras investigações vieram mostrar concordância com os resultados obtidos no nosso estudo, afirmando que os padrões de alimentação emocional não estão apenas associados a indivíduos com obesidade, podendo verificar-se em sujeitos com IMC correspondente a peso normal. De fato, as emoções negativas têm sido identificadas como precipitantes de hiperfagia em indivíduos obesos (Van Strien & Ouwens, 2003), em mulheres com perturbações do comportamento alimentar (Agras & Telch, 1998), e em sujeitos com peso normal envolvidos em comportamentos dietéticos. Essas conclusões sugerem que a relação entre a alimentação e emoção é influenciada, pelo menos em parte, pelas características particulares dos sujeitos (Spoor et al, 2007), tendo sido sugerido que não é a emoção em si a responsável pelos episódios de hiperfagia mas sim, a forma como a emoção é percebida pelo sujeito (Corbalán-Tutau, 2012). Ainda assim Stice et al (2000) indicaram que a alimentação emocional é um preditor fundamental para comportamentos futuros de ingestão compulsiva, em adolescentes do género feminino. Além disso, a alimentação emocional parece fazer a diferença no sucesso ou fracasso das restrições dietéticas e, como consequência, no IMC dos sujeitos nestas condições.

A **Hipótese 10**: «A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Alimentação Emocional, apresenta uma correlação positiva com as pontuações no Questionário de Hábitos do Comer Noturno», foi rejeitada, uma vez que se verificou uma ausência de correlação entre os comportamentos de alimentação emocional e os consumos alimentares noturnos. Rand et al (1997) abordaram a componente de stress emocional, incluindo-se a anorexia matinal, hiperfagia e tensão noturna, labilidade emocional e insónia enquanto possíveis critérios a incluir no diagnóstico da Síndrome do Comer Noturno (Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001). Mais tarde Milano, de Rosa, Milano e Capasso (2011) vieram reforçar estas conclusões, ao defender que o padrão circadiano distinto do comportamento alimentar, típico de sujeitos com Síndrome do Comer Noturno, parece estar associado a perturbações de humor. No entanto, contrariamente ao que se verifica na depressão, o nível de humor destes sujeitos parece diminuir sobretudo ao início da noite (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011), o que permitiria explicar a associação entre os padrões de alimentação emocional e a Síndrome do Comer Noturno. No entanto, o estudo de Colles, Dixon e O'Brien (2007) ao investigarem as associações entre a Síndrome do Comer Noturno, Perturbação de Ingestão Compulsiva, sintomatologia depressiva, insatisfação com a imagem corporal/ aparência, a qualidade de vida relacionada com a saúde mental e o comportamento alimentar, revelaram que os níveis de stress psicológico parecem ser, significativamente, diferentes entre estas duas perturbações, sendo que o grupo com Síndrome do Comer Noturno obteve pontuações mais baixas nas medidas de avaliação psicológica, tendo sido comparável a pessoas sem esta

síndrome. Em contraste, o grupo de sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva revelou valores significativamente mais elevados, evidenciando maior desinibição alimentar e menor qualidade de vida, quando comparados com os sujeitos sem essa perturbação. Além disso, quando a Síndrome do Comer Noturno e a Perturbação de Ingestão Compulsiva co-ocorreram, a compulsão alimentar mostrou-se claramente associada a angústia psicológica elevada (Colles, Dixon & O'Brien, 2007). Tais conclusões, levam-nos a crer que a Síndrome do Comer Noturno possa ser mais afetada pelas emoções negativas quando a Perturbação de Ingestão Compulsiva é diagnosticada de forma concomitante.

Por fim, a **Hipótese 11** «A ocorrência de pontuações elevadas na Escala de Ingestão Compulsiva, apresenta uma correlação positiva com as pontuações no Questionário de Hábitos do Comer Noturno» foi confirmada, uma vez que relativamente à relação entre a Perturbação de Ingestão Compulsiva e o Síndrome do Comer Noturno se observou que a maiores níveis de ingestão compulsiva estão associados maiores níveis de comer noturno. De fato, tem sido encontrada uma estreita ligação entre o comportamento de ingestão compulsiva e a Síndrome do Comer Noturno e verificou-se que os sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva têm sete vezes mais probabilidades de apresentar Síndrome do Comer Noturno do que sujeitos sem padrões de compulsão alimentar. No entanto, os indivíduos com Perturbação de Ingestão Compulsiva têm revelado índices de psicopatologia significativamente mais elevados, evidenciando maior desinibição alimentar e menor qualidade de vida, quando comparados com os sujeitos sem essa perturbação (Colles, Dixon & O'Brien, 2007).

Em suma, os resultados deste estudo revelam que sujeitos com excesso de peso e obesidade apresentam maiores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva e padrões de Alimentação Emocional, do que sujeitos com peso normal, mas o mesmo não se verifica no que se refere à Síndrome do Comer Noturno. Apesar disso, com base na revisão de literatura, sabe-se que a Síndrome do Comer Noturno, ainda que seja bastante frequente entre sujeitos com IMC correspondente a peso normal, precede em muitos casos comportamentos de ingestão compulsiva, deixando os sujeitos mais suscetíveis a um aumento do peso corporal e, conseqüentemente, a uma série de alterações ou perturbações psicopatológicas. Isso é reforçado pela relação entre os comportamentos de ingestão compulsiva e o envolvimento em comportamentos de alimentação noturna também verificada no nosso estudo. No entanto, não se verificou qualquer tipo de relação entre a Alimentação Emocional e a Síndrome do Comer Noturno, e observou-se ainda que maiores padrões de Alimentação Emocional estão associados menores níveis de Perturbação de Ingestão Compulsiva. De acordo com o exposto anteriormente, podemos hipotetizar que tal conclusão se deva mais à forma como o sujeito percebe as suas emoções e lhe responde, do que a emoção só por si mesma (Corbalán-Tutau, 2012). Ainda assim reconhece-se que a alimentação emocional é um preditor significativo de comportamentos futuros de ingestão compulsiva.

Tendo em conta que o comportamento alimentar é um dos aspetos que do estilo de vida que maior influência apresenta para a saúde e doença, a pertinência do estudo desta temática por parte da Psicologia Clínica e da Saúde é, portanto, inegável, não só no que se refere à melhor compreensão do problema de forma ao planeamento de atuações cada vez mais adequadas ao caso de cada sujeito, mas também no âmbito da prevenção. Uma das potencialidades deste estudo prende-se com a comparação dos comportamentos alimentares desapdatativos que promovem a obesidade, em sujeitos com diferentes IMC's - peso normal, excesso de peso e obesidade, procurando simultaneamente compreender a relação entre os comportamentos de ingestão compulsiva e alimentação noturna com base em padrões de alimentação emocional. Desta forma, consideramos que este trabalho constitui uma mais valia no âmbito da problemática em análise, sobretudo devido ao fato de introduzir o conceito de alimentação emocional, sendo este um tema ainda pouco estudado no nosso país. Com o aumento dos comportamentos alimentares atípicos e, conseqüentemente do excesso de peso e obesidade, esta temática é apontada como um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores.

Podemos mencionar algumas limitações que foram encontradas no desenvolvimento desta investigação, entre as quais o tamanho da amostra (N=220), verificando-se alguma heterogeneidade que acaba por se traduzir num maior número de sujeitos com IMC correspondente a peso normal, o que pode influenciar, de alguma forma, os resultados obtidos. Para além disso o fato da Escala de Alimentação Emocional não estar ainda adaptada à população portuguesa, tal como acontece com o Questionário de Habitos de Comer Noturno também pode ter influenciado os nossos resultados, impossibilitando-nos de proceder à generalização dos resultados nesta população. Apesar de tais limitações, verificou-se a fiabilidade dos instrumentos, acreditando-se que os resultados encontrados são bastante relevantes, não só como contributo para investigações futuras, mas também para auxiliar a prática clínica dos profissionais da saúde.

Como tal, considera-se relevante a necessidade de aumentar a sensibilidade para esta problemática e torna-se de extrema importância intervir sobre ela. No que concerne ao trabalho futuro, seria intenção dos investigadores que este estudo obtivêsse seguimento em amostras portuguesas maiores, tanto clínicas como normativas, e com maior homogeneidade, possibilitando assim a validação dos instrumentos referidos e fomentando o surgimento de conclusões mais consistentes e generalizadoras. Para além desse objetivo exploratório, a complexa interação de problemas psicológicos, emocionais e físicos torna necessário um plano de prevenção e tratamento que envolva uma variedade de abordagens e especialistas. Efetivamente, a literatura recente tem mostrado um aumento no número de investigações e estudos de caso realizados em várias unidades de saúde, valorizando sempre um acompanhamento multidisciplinar, em casos de excesso de peso e obesidade, do qual o psicólogo faça parte. O exercício da Psicologia Clínica, em contexto de saúde, no despiste de

psicopatologia associada ao aumento de peso e à obesidade, ou mais especificamente, na identificação e controlo de comportamentos não normativos associados ao desenvolvimento dos primeiros, tem sido cada vez mais reconhecido e defendido, devido ao êxito que a terapia cognitivo comportamental tem tido junto desta população. No sentido em que, ao psicólogo, lhe tem sido, cada vez mais, facultada a função de estudar, avaliar, acompanhar, intervir e/ou encaminhar estes sujeitos de modo a poder assumir uma atuação, não apenas direcionada para o padrão alimentar considerado não normativo, mas também para o controlo ou eliminação de variáveis internas ou externas - perturbações emocionais, cognitivas e comportamentais - que originam e/ou mantêm o problema, sejam elas de ordem emocional, motivacional ou psicológica. Atualmente, a aposta na prevenção, promovendo a alteração de hábitos errados, substituindo-os por novos hábitos, mais adaptativos parece ser uma mais valia. Na verdade, é mais fácil ensinar e implementar tão cedo quanto possível hábitos saudáveis, do que alterar hábitos já estabelecidos. Desta forma faz-nos todo o sentido que psicólogos e nutricionistas trabalhem, cada vez mais, em simultâneo a par com outros especialistas da saúde e da educação, no sentido de serem definidos programas de educação para a saúde.

## Bibliografia

- Abramson, E. (2005). *Body Intelligence*. Amazon
- Adami, G., Meneghelli, A. & Scopinaro, N. (1999). Night Eating and Binge Eating Disorder in Obese Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3): 335-338
- Agras, W. & Telch, C. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disorder women. *Behavior Therapy*, 29: 491-503
- Allison, K., Lundgren, J., O'Reardon, J., Martino, N., Sarwer, D., Wadden, T., Crosby, R., Engel, S. & Stunkard, A. (2008). The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors*. 9(1): 62-72
- Allison, S. & Timmerman, G. (2007). Anatomy of a binge: Food environment and characteristics of non-purge binge episodes. *Eating Behaviors*. 8(1):31-8
- Allison, K., Wadden, T., Sarwer, D., Fabricatore, A., Crerand, C., Gibbons, L., Rebecca, S., Stunkard, A. & Williams, N. (2006). Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features. *Obesity*, 14(2): 77-82
- Alvarenga, M., Negrao, A. & Philippi, S (2003). Nutritional aspects of eating episodes followed by vomiting in Brazilian patients with bulimia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 8: 150-6
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV-R, Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (4<sup>a</sup> Ed. revista). Washington DC
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras, W. (1992). Binge eating among obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2): 155-170
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras, W. (1994). The Emotional Eating Scale: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1): 79-90
- Azevedo, A., Santos, C., & Fonseca, D. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4)
- Azevedo, M. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(2): 127-144

- Beleli, C., Concon, A., Oliveira, M., Parreira, C. (2008). Transtorno da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*, 1(4): 8-11
- Bento, M. (2011). Percepção do suporte social e estado de saúde em obesos - estudo numa unidade de cuidados de saúde primários. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- Birketvedt, G., Florholmen, J., Sundsfjord, J., Osterud, B., Dinges, D. & Bilker, W. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*; 282:657-63.
- Birketvedt, G., Sundsfjord, J. & Florholmen, J. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. *Endocrinology and Metabolism: American Journal of Physiology*, 282: 366-369
- Blomquist, K. & Grilo, C. (2011). Predictive Significance of Changes in Dietary Restraint in Obese Patients with Binge Eating Disorder During Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44: 515-523
- Borges, M. (1998). Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica e sua associação com depressão e alexitimia. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo.
- Brunello, G., Pierre-Carl, M. & Sanz-de-Galdeano, A. (2009) "The rise of obesity in Europe: an economic perspective", *Economic Policy*, 24(59), 551-596
- Calugi, S., Grave, R. & Marchesini, G. (2009). Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *International Journal of Obesity*, 33: 899-904
- Campos Monteiro, M., Salado, G., Reis, T., Fernandes, L., Graverna, A. (2010) PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA EM UNIVERSITÁRIAS. V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica.
- Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L. & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7(3).
- Cash, T. (1991). BE and body images among the obese: a further evaluation. *Journal of Social Behavior and Personality*. 6: 367-76.
- Cataneo, C., Carvalho, A., Galindo, E. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1):39-46

- Colles, S. & Dixon, J. (2006). Night Eating Syndrome: Impact on Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16, 811-820
- Colles, S., Dixon, J. & O'Brien, P. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with BE disorder. *Obesity*, 16: 608-14.
- Colles, S., Dixon, J. & O'Brien, P. (2007). Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *International Journal of Obesity*, 31, 1722-1730
- Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp.*;27(2):645-651
- Cortez, C., E., Araújo & M. Ribeiro (2011). Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. Binge eating disorder and obesity. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 40, 1
- Cutler, D. & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. NBER Working Paper, Cambridge
- Davis, R. & Jamieson, J. (2005). Assessing the functional nature of BE in the eating disorders. *Eating Behaviours*. 6(4):345-54.
- Datar, A. & Sturm, R. (2006). Childhood overweight and elementary school outcomes. *International Journal of Obesity*, 30, 1449-1460
- Devaux, M., Sassi, F., Church, J., Cecchini, M. & Borgonovi, F. (2011). Exploring the Relationship Between Education and Obesity. *Journal: Economic Studies*, 1
- Devlin, M. (2007). Is there a place for obesity in the DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 40:83-88
- Dingemans, A. & Van Furth, E. (2012). Binge Eating Disorder Psychopathology in Normal Weight and Obese Individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1): 135-138
- Dobrow, I., Kamenetz, C. & Devlin, M. (2002). *Psychiatric aspects of obesity*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (III): 63-67
- Duchesne, M., Appolinário, J., Rangé, B., Freitas, S., Papelbaum, M. & Coutinho, W. (2007). Evidence of cognitive-behavioral therapy in the treatment of obese patients with binge eating disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.*;29(1):80-92
- Elder, K., Paris, M., Anez, L. & Grilo, C. (2008). Loss of control over eating is associated with eating disorder psychopathology in a community sample of Latinas. *Eating Behaviours*, 9: 501-3

- Fairburn, C., Doll, H., Welch, S., Hay, P., Davies, B. & O'Connor, M. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder, A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55: 425-432
- Fazzio, D. (2012). Envelhecimento e qualidade de vida - uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*
- Field, A., Cook, N. & Gillman, M. (2005). Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. *Obesity Research*, 13(1):163-9.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda: Loures.
- Freitas, S., Appolinario, J., Souza, M. & Sichieri, R. (2008). Prevalence of BE and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorders*. 41(5):471-8
- Freitas, S., Lopes, S., Coutinho, W., Appolinario, J. (2001). Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4) : 215-220
- French, S., Jeffery, R., Sherwood, N. & Neumark-Sztainer, D. (1999). Prevalence and correlates of BE in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity*, 23:576-85.
- Gluck, M., Geliebter, A. & Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9: 264-7.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmiem, P. (2006) Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23 (6).
- Goel, N. Stunkard, A., Rogers, N, Van Dongen, H., Allison, K., O'Reardon, J., Ahima, R., Cummings, D., Heo, M. & Dinges, D. (2009). Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome. *Journal of Biological Rhythms*. 24(1):85-94.-
- Goldfein, J., Walsh, B., LaChaussee, J., Kissileff, H., Devlin, M. (1993) Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*; 14:427-31.
- Goossens, G., Blaak, E. & Van Baak, M. (2003). Possible involvement of the adipose tissue renin-angiotensin system in the pathophysiology of obesity and obesity-related disorders. *Obesity Review*,4:43-55.

- Grave, R., Calugi, S., Ruocco, A. & Marchesini, G. (2011). Night Eating Syndrome and Weight Loss Outcome in Obese Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2): 150-156
- Grilo, C. & Masheb, R. (2004). Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 42:397-407.
- Grunberg, N. & Straub, R. (1992). The role of gender and taste class in the effects of stress on eating. *Health Psychology*, 11(2): 97-100
- Guertin, T. & Conger, J. (1999). Mood and Forbidden Foods Influence on Perceptions of Binge Eating. *Addictive Behaviors*. 24(2), 175-193
- Halmi, K., Falk, J. & Schwartz, E. (2009). Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11(4)
- Harb, A., Caumo, W. & Hidalgo, M. (2008). Translation and adaptation of the Brazilian version of the Night Eating Questionnaire. *Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro*, 24(6):1368-1376
- Harb, A. & Hidalgo, M. (2008). Síndrome do comer noturno: formas de aferição. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande do Sul
- Habhab, S., Sheldon, J. & Loeb, R. (2009). The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite*, 52: 437-444
- Harb, A., Caumo, W., Raupp, P. & Hidalgo, M. (2010). Night eating syndrome: conceptual, epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects. *Revista de Nutrição*, 23(1):127-136
- Harvey, K., Rosselli, F., Wilson, G., DeBar, L. & Striegel-Moore, R. (2011). Eating Patterns in Patients with Spectrum Binge-Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5): 447-451
- Hasler, G., Drevets, W., Manji, H. & Charney, D. (2004). Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology*. 29 (10)
- Heatherton, T. & Baumeister, R. (1991). Binge Eating as Escape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin*, 110: 86-108
- Herman, C., & Polivy, J. (1984). *Eating and its disorders*. Raven Press: New York
- Hill, A. (2007). Obesity and Eating disorders. *Obesity Reviews*, 8(1): 151-155

- Kenardy, J., Arnow, B. & Agras, W. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 839-844
- Kenardy J., Butler A., Carter, C. & Moor, S. (2003). Eating, mood, and gender in a noneating disorder population. *Eating Behaviors*. (4): 149-158
- Keranen, A., Rasinaho, E., Hakko, H., Savolainen, M. & Lindeman, S. (2010). Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite*, 55: 726-729
- Kjelsas, E., Borsting, I. & Gudde, C. (2004). Antecedents and consequences of BE episodes in women with an eating disorder. *Eating Weight Disorders*. 9: 7-15.
- Konttinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lahteenkorva, S., Mannisto, S. & Haukkala, A. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5)
- Kumanyika, S., Jeffery, R., Morabia, A., Ritenbaugh, C. & Antipatis, V. (2002). Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, 26: 425-436
- Landeiro, E. (2012). Os distúrbios alimentares em modo “fast food”. *Psicologia.pt*, Portal dos Psicólogos. [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt)
- Lindroos, A., Lissner, L., Mathiassen, M., Karlsson, J., Sullivan, M., Bengtsson, C. & Sjostrom, L. (1997). Dietary intake in relation to restrained eating, disinhibition, and hunger in obese and nonobese Swedish women. *Obesity Research*, 5(3):175-82.
- Lundgren, J., Rempfer, M., Brown, C., Goetz, J. & Hamera, E. (2010). The prevalence of night eating syndrome and binge eating disorder among overweight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 175: 233-236
- Macht, M. (1999). Characteristic of eating in anger, fear, sadness, and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11
- Macht, M., Haupt, D., & Ellring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating Behaviors*, 6, 109-112.
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35: 65-71
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo

- Marcus, M, Wing, R. & Hopkins, J. (1988) Obese Binge Eaters: Affect, Cognitions, and Response to Behavioral Weight Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(3):433-9.
- Marshall, H., Allison, K., O'Reardon, J., Birketvedt, G. & Stunkard, A. (2004). Night Eating Syndrome among Nonobese Persons. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 217-222
- Mattos, M. (2007). Os Transtornos Alimentares e a Obesidade numa Perspectiva Contemporânea: Psicanálise e Interdisciplinaridade. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade* (2)
- McManus, F. & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15:845-865.
- Melo, M. (2011). Compulsão alimentar, imagem corporal e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais
- Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., Capasso, A. (2012). Night eating syndrome: an overview. *J Pharm Pharmacol*. 64(1):2-10
- Miranda, A., Araújo, J., Lopes, C., Ramos, E., Alarcão, V., Santos, O., Carreira, M. & Galvão-Teles, A. (SD). Prevalência de obesidade infanto-juvenil e escolaridade parental - resultados do EPOBiA. Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade
- Monteiro, C. (2010). A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de Saúde Pública*, 26.
- Mussel, M., Mitchell, J., Weller, C., Raymond, N., Crow, S., Crosby, R. (1995) Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4):395-401.
- Napolitano, M., Head, S., Babyak, M. & Blumenthal, J. (2001). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: Psychological and Behavioral Characteristics. *The International Journal of Eating Disorders*, 30(2): 193-203
- Nicareta, J., Marchesini, J. (2007). Comparação de cinco técnicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com o BAROS. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*, 1(2)
- O'Connor, N., Grabowski, J., Ladwig, L., Bruno, J. (2008). Simulated predator extinctions: predator identity affects survival and recruitment of oysters. *Ecology*, 89:428-438

- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853-865.
- O'Reardon, J. Allison, K., Martino, N., Lundgren, J., Heo, M. & Stunkard, A. (2006). A randomized, placebo controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 163(5): 893-898
- Organização Mundial de Saúde (2011), OMS
- Otto, A. (2007). Obesidade e transtorno da compulsão alimentar periódica. Um estudo sobre a dinâmica familiar. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Brasília
- Ouwens, M., Van Strien, T. & Van Leeuwe, J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53(2), 245-248.
- Pena, M. & Bacallao, J. (2000). La obesidade en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: La Obesidad en la Pobreza- un Nuevo Reto para La Salud Publica. *Publicación Científica*, 576: 3-11
- Polivy, J. & Herman, C. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press: New York
- Provenches, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Després, J., Bouchard, C. & Lemieux, S. (2004). Eating behaviours, dietary profile and body composition according to dieting history in men and women of the Québec Family Study. *British Journal of Nutrition*, 91:977-1004.
- Rand, C., Macgregor, A., & Stunkard, A. (1997). The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1): 65-69
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores
- Rodrigues, E. (2011). O comportamento alimentar, o auto-conceito e a obesidade infanto-juvenil. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho: Braga
- Ruderman, A. (1986). Dietary restraint: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99(2), 247-262.
- Sarwe, D. & Fabricatore, A. (2008). Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clinics in Plastic Surgery*, 35(1)

- Sassaroli, S., Ruggiero, G., Vinai, P., Cardetti, S., Carpegna, G., Ferrato, N., Vallauri, P., Masante, D., Scarone, S., Bertelli, S., Bidone, R., Busetto, L & Sampietro, S. (2012) Daily and Nightly Anxiety Among Patients Affected by Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder. *Eating Disorders*, 17:140-145
- Schotte, D., Cools, J. & McNally, R. (1990). Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 317-320.
- Sim, L, Mcalpine, D, Grothe, K., Himes, S, Richard, G., COckerill, B. & Clark, M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 0:85(8):746-751
- Siqueira, K., Appolinario, J. & Sichieri, R. (2005). Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27(4): 290-4.
- Segal, A. (2012). Estratégias comportamentais no tratamento do obeso com compulsão alimentar. *ABESO*, 57
- Segal, A., Cardeal, M. & Cordás, T. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2).
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Freitas SR, Appolinario JC, Souza MA, Sichieri R. Prevalence of BE and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *Int J Eat Disord* 2008;41:471-8.
- Sobal, J. (1991). Obesity and socioeconomic status - a framework for examining relationship between physical and social variables. *Medical Anthropology*, 13(3): 231-247.
- Smyth, J., Wonderlich, S., Heron, K., Sliwinski, M., Crosby, R., Mitchell, J. & Engel, S. (2007) Daily and momentary mood and stress are associated with BE and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.75: 629-38
- M. Spasojević, M., Goldstein, J., Carpenter, D., Inan, U., Sandel, B., Moldwin, B. & Reinisch, B. (2012). Global response of the plasmasphere to a geomagnetic disturbance. *Journal of Geophysical Research: Space Physics*, 108(9)
- Spitzer, R., Yanovsky, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. & Horne, R. (1992). Binge Eating Disorder: Its Further Validation in a Multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (2)

- Spoor, T., Becker, M., Van Strien, T. & Van Heck, G. (2007). Relations between negative affect, coping and emotional eating. *Appetite*, 48: 368-376
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., Agras, W. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27:206-217.
- Striegel-Moore, R. & Dohm, F. (2005). Night Eating Syndrome in young adult women: prevalence and correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 37(3): 200-206
- Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Terence Wilson, G. Perrin, N., Harvey, K. & DeBar, L. (2010). Nocturnal Eating: Association with Binge Eating, Obesity, and Psychological Distress. *International Journal of Eating Disorders*. 43: 520-526.
- Stunkard, A. (2000). Two eating disorders: binge eating disorder and the night eating syndrome. *Appetite*. 34: 333-4.
- Stunkard, A., Allison, K. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity* 27:1-12,
- Stunkard, A., Allison, K., Geliebter, A., Lundgren, J., Gluck, M. & O'Reardon, J. (2009). Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome *Comprehensive Psychiatry*, 50:391-399
- Stunkard, A., Allison, K. & O'Reardon, J. (2005). The night eating syndrome: a progress report. *Appetite*,45(2): 182-6.
- Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E., & Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20(1): 1-6
- Stunkard, A., Grace, W. & Wolff, H. (1955). The night-eating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients. *American Journal of Medicine*;19:78-86
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski S., Wilfley, D., Marmarosh, C., Morgan C. & Yanovski, J. (2004). Eating-disordered behaviours, body fat and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 53-61
- Tapadinhas, A. & Pais Ribeiro, J. (SD). Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES). Um estudo com uma amostra de obesos portugueses. Acta do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

- Telch, C. & Agras, W. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15: 53-61.
- Telch, C. & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66: 768-76
- Terres, N., Pinheiro, R., Horta, B., Pinheiro, K. & Horta, L. (2006). Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 40: 627-633
- Tonial, S. (2001). *Desnutrição e Obesidade - Faces Contraditórias na Miséria e na Abundância*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- Van Strien, T., Herman, C., & Verheijden, M. (2009). Eating style, overeating and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? *Appetite*, 52: 380-387.
- Vander Wal, J., Waller, S., Klurfeld, D., McBurney, M. & Dhurandhar, N. (2005). Night Eating Syndrome: evaluation of two screening instruments. *Eating Behaviors*. 6(1): 63-73
- Vitolo, M., Regina, M, Bortolini, G. & Horta, R. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria*;28(1):20-26
- Wansink, B., Cheney, M. & Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behavior*, 79: 739-747
- Webbink, D., Posthuma, D., Boomsma, D., Geus, J & Visscher, P. (2008). Do twins have lower cognitive ability than singletons? *Intelligence*, 36 (6), 539-547
- Weidner, G., Kohlmann, C., Dotzauer, E., Burns, L. (1996). The effects of academy stress on health behaviors in young adults. *Anxiety Stress Coping International Journal*, 9: 123-133
- Wilfley, D., Schwartz, M., Spurrell, E., Fairburn, C. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*. 27:259-69

- Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., Spurrell, E., Cohe, L., Saelens, B., Douchis, J., Frank, M., Wiseman, C., Matt, GE. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 59(8):713-21.
- Wilson, G. (2010). Eating Disorders, Obesity and Addiction. *European Eating Disorders Review*, 18(5): 341-351
- White, M., Masheb, R., & Grilo, C. (2010). Self-reported weight gain following smoking cessation: a function of binge eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 572-575.
- Wolfe, B., Baker, C., Smith, A. & Kelly-Weeder, S. (2009) Validity and Utility of the Current Definition of BE. *International Journal of Eating Disorders*.
- Yeomans, M. & Coughlan, E. (2009). Mood-induced eating. Interactive effects of restraint and tendency to overeat. *Appetite*, 52(2): 290-298
- Zellner, D., Loaliza, S., Gonzalez, Z., Pita, J., Morales, J., Pecora, D. & Wolf, A. (2006). Food selection changes under stress. *Psychology and Behavior*, 87, 798-793.
- Zirolto, D., Ceresini, D., Salado, G., Gravena, A., Ferreira, A. & Fernandes, T.(2011). Prevalência do Síndrome do Comer Noturno em Estudantes. *Revista Saúde e Pesquisa*, 4 (3).
- Zwaan, R. (1994). Effect of genre expectations on text comprehension. *Journal of Experimental Psychology - Learning Memory and Cognition*, 20: 920-933.

# Anexos

## **Anexo I. Revisão de Literatura**

## Revisão de Literatura

### 1. Perturbação de Ingestão Compulsiva

#### 1.1. Definição e Evolução do Conceito

A Perturbação de Ingestão Compulsiva, também denominada de "*binge eating*" (em inglês) foi descrita pela primeira vez na década de 50, por Stunkard (1959, cit in Azevedo, Santos & Fonseca, 2004) caracterizada, essencialmente, pela ingestão de grandes quantidades de comida num curto espaço de tempo, seguida de sentimentos de desconforto físico e de auto-condenação frequentemente associados a um determinado evento precipitante. Desde aí que o estudo da Perturbação de Ingestão Compulsiva, ao longo dos anos, tem sido realizado de modo secundário à ocorrência das perturbações alimentares mais severas. Apesar disso o interesse por esta perturbação específica tem suscitado crescente interesse desde este primeiro momento em que foi descrita. Wermuth et al (1977, cit in Halmi, Falk & Shwartz, 2009) vieram ampliar esta descrição, desenvolvendo critérios de diagnóstico para a «Síndrome de Ingestão Compulsiva»:

A. Ingestão rápida, impulsiva, episódica e sem controlo, de grandes quantidades de alimento num período de tempo relativamente curto.

B. O episódio termina apenas quando há desconforto físico (por exemplo, dor abdominal). Vômitos auto-induzidos podem ocorrer, mas não são necessários para o diagnóstico.

C. Sentimentos subsequentes de culpa, desprezo por si ou remorso.

De fato, a forma como esta perturbação é definida tem vindo a ser alvo de várias alterações ao longo do tempo. Apesar de Stunkard ter sido pioneiro na identificação da ingestão compulsiva enquanto fator potencialmente importante na obesidade, as referências a este padrão de comportamento alimentar entre os obesos estava confinado à literatura clínica. De acordo com Otto (2007) a Perturbação de Ingestão Compulsiva era, anteriormente, considerada um subtipo distinto dentro das perturbações alimentares para uns; por outros, era visto como um subtipo comportamental da obesidade e; ainda para outros, era explicada por uma condição clínica que resultava da combinação entre a obesidade e a depressão ou entre a obesidade e a impulsividade.

Os episódios recorrentes de ingestão compulsiva, apesar de integrarem parte do diagnóstico da Bulimia Nervosa, passaram a atrair maior interesse científico após diversos investigadores, entre os quais, Spitzel et al (1991) identificarem um grupo de indivíduos obesos que apresentavam tais episódios, mas que não haviam cumprido todos os critérios para serem diagnosticados como portadores de BN. De fato, a prevalência de comportamentos de ingestão compulsiva entre sujeitos obesos começou a tornar-se mais sistematicamente documentada no início da década de 80, devido ao aumento do número de casos de sujeitos obesos com ingestão compulsiva (sem comportamentos compensatórios que impeçam o aumento de peso - critério que a distingue da bulimia nervosa) a procurar tratamento. Nesta altura, a PIC começou a ser entendida enquanto categoria nosológica distinta da BN por diversos autores, e o interesse da ciência nesta temática disparou de forma significativa (Appolinário, 2004; Arnow, Kenardy & Agras, 1994; Otto, 2007).

A validade do diagnóstico de PIC foi alvo de debate intenso entre os clínicos e investigadores, principalmente, devido à similaridade com os critérios da bulimia nervosa não purgativa. No entanto, a sua associação distintiva com uma psicopatologia alimentar, a convergência de fatores clínicos e psiquiátricos e o comprometimento do funcionamento psicossocial reforçaram a necessidade de se estabelecer enquanto diagnóstico independente (Appolinário, 2004; Otto, 2007). Nesta altura, vários investigadores trabalharam em conjunto durante o desenvolvimento do DSM-IV, com vista à criação de critérios para a inclusão da Perturbação de Ingestão Compulsiva dentro das perturbações alimentares (Arnow, Kenardy & Agras, 1994; Devlin, Goldfein & Dobrow, 2003). Após a publicação de um artigo de Spitzer (1991) no *International Journal of Eating Disorders* com vista a defender e reforçar a validade deste diagnóstico, a Perturbação de Ingestão Compulsiva incluiu-se, em 1994, nas «Perturbações Alimentares sem Outra Especificação», enquanto diagnóstico provisório no Apêndice B - designado por categorias diagnósticas que requerem mais estudos - da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais - DSM-IV (APA, 1994) com os seguintes critérios de definição (cf. Tabela 6):

Tabela 6. Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Ingestão Compulsiva, segundo o DSM-IV

- 
- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva (“*binge eating*”) é caracterizado por ambos os seguintes critérios: 1- Ingestão, num período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período limitado de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria num período similar, sob circunstâncias similares; 2- Um sentimento de falta de controlo sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o quê ou quanto se está a comer).
- B. Os episódios de ingestão compulsiva (“*binge eating*”), estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios: 1- comer muito mais rapidamente do que o normal; 2- comer até se sentir incomodamente cheio; 3- comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente

faminto; 4- comer sozinho, por embaraço pela quantidade de alimentos que consome; 5- sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

- C. Acentuada angústia relativa à ingestão compulsiva.
  - D. A ingestão compulsiva ocorre, pelo menos dois dias por semana, durante seis meses. O método de determinação da frequência difere daquele usado para a bulimia nervosa; investigações futuras devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, contar o número de dias nos quais ocorre a compulsão ou contar o número de episódios de ingestão compulsiva.
  - E. A ingestão compulsiva não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.
- 

Em 2007, foi publicado um artigo de revisão sobre a classificação atual e as perspetivas para o DSM-V, no *International Journal of Eating Disorders*, no qual se afirmou a PIC enquanto diagnóstico clinicamente válido (Melo, 2011). Finalmente, este ano, a PIC foi incluída na nova versão do DSM enquanto diagnóstico definitivo. A delimitação do conceito da Perturbação de Ingestão Compulsiva revelou ser de grande utilidade clínica, facilitando a diferenciação de um subgrupo de pacientes obesos com características psicopatológicas específicas (Papelbaum & Appolinário, 2001).

## 1.2. Caracterização Clínica

A Perturbação de Ingestão Compulsiva é caracterizada, essencialmente, por episódios repetidos de compulsão alimentar constituídos por comportamentos de hiperfagia descontrolada, durante os quais os sujeitos consomem grandes quantidades de alimento num curto espaço de tempo (até duas horas), seguidos por uma sensação de falta de controlo e conseqüente angústia e sofrimento resultante da incapacidade de controlar o comportamento alimentar. Para que se caracterize um episódio de compulsão alimentar, de acordo com o DSM-IV (APA, 1994), deve ser consumida uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consideraria normal em determinadas circunstâncias, o que é denominado por alguns autores como hiperfagia, ou seja, consumo excessivo de alimentos (França, Gigante e Olinto, 2010). Ainda, tendo em conta a definição do DSM-IV-TR, um episódio de compulsão alimentar ocorre num período de tempo “discreto”, como, por exemplo, num período de duas horas. Wolf et al (2009), verificaram que a duração

média encontrada nos estudos realizados corresponde ao período de duas horas, o qual consta da definição de PIC. No entanto, há relatos de episódios que ultrapassam as duas horas definidas, em casos extremos chegam a ser denominados *binge days*, que devem ser considerados apesar de não se saber, ainda, quais as implicações de se distinguir episódios com curta ou longa duração. A perda de controlo sobre o consumo alimentar tem sido considerado o aspeto central dos episódios de compulsão alimentar. A definição de perda de controlo tem evoluído ao longo do tempo, deixando de ser considerado apenas como o medo de não ser capaz de parar de comer voluntariamente, e passando a ser entendida como a sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio de ingestão compulsiva (APA, 1994). Ressalta-se que a perda de controle mostra-se associada a marcadores psicológicos importantes, como a sintomatologia depressiva, insatisfação com a imagem corporal e prejuízos ao nível da qualidade de vida associados à saúde mental (Colles Dixon & O'Brien, 2008; Elder, Paris, Anez & Grilo, 2008).

Polivy e Herman (1993) caracterizaram os episódios de ingestão compulsiva, dividindo-os em cinco fases: (1) os predisponentes ou pré-condições (influências socio-culturais, variáveis de personalidade, e padrão de comportamentos) para a ocorrência do episódio; (2) os mecanismos de desencadeamento do comportamento compulsivo; (3) fatores de manutenção; (4) os motivos que levam à conclusão do episódio de ingestão compulsiva; e (5) a fase pós-ingestão. Um dos predisponentes que conduzem à ingestão compulsiva é a pressão social para a magreza, que aumenta o desejo de ser magra e a insatisfação com a imagem corporal. Esta pressão externa pode originar o recurso à dieta e ao exercício físico, sendo que está provado que a dieta está associada e precede a ingestão compulsiva. Quer o recurso à dieta quer a ingestão compulsiva foram associadas a baixa auto-estima, apesar de ainda não se ter conseguido verificar se esta será um precedente ou uma consequência. Existem outras características de personalidade que também têm sido identificadas como pré-condições para a ingestão compulsiva, como a ansiedade, o humor disfórico e a instabilidade emocional. Um sistema familiar destruído ou perturbado também poderá contribuir para o envolvimento nestes episódios compulsivos, mas esta é uma variável que ainda dispõe de poucos resultados conclusivos. Os mecanismos desencadeantes dos episódios de ingestão compulsiva mais conhecidos são a ansiedade, a redução na capacidade cognitiva, a perda motivacional para a restrição alimentar, e a alteração ao nível da auto-imagem. De acordo com vários estudos os episódios de ingestão compulsiva ocorrem, frequentemente, após o consumo de algum alimento considerado proibido, o que parece refletir uma tendência para o pensamento do tipo dicotómico. Existem vários fatores de ordem psicológica dependentes dos mecanismos desencadeantes que fazem com que a ingestão iniciada se repita. Entre eles citam-se a redução da ansiedade e diminuição das emoções negativas como consequência da ingestão compulsiva e o fato de que o episódio ocorre em local privado, protegendo o indivíduo das consequências sociais negativas. Dentre os motivos que levam ao término do episódio de ingestão compulsiva podem ser referidos aqueles de ordem física - o fato do sujeito não

conseguir comer mais, queixas somáticas - náuseas ou dores; ou simplesmente por já não ter mais alimentos disponíveis para consumir - mas também de origem psicológica - sentir que não se deve comer mais, ou ter medo de ganhar peso. As consequências imediatas de um episódio de ingestão compulsiva são agradáveis, as sensações resultantes são de alívio e descontração imediata. Porém, esta sensação de bem estar momentâneo é afetado pelo desconforto físico resultante a par de um conjunto de pensamentos ainda mais negativos que traduzem um baixo auto-conceito, falta de controlo, medo de ganhar peso e alterações da imagem corporal (Polivy & Herman, 1993). Segundo os mesmos autores, a reincidência neste comportamento deve-se ao fato do reforço imediato ser mais efetivo para manter um comportamento do que um reforço a médio ou longo prazo (Zwaan, 2001).

De acordo com Azevedo (2004), a maioria dos autores concorda que os sujeitos com PIC assumem perda de controlo a dois níveis: o subjetivo, que diz respeito à sensação de perda de controlo; e o objetivo referente à quantidade de alimentos ingeridos. Há um consenso geral no aspeto subjetivo da ingestão compulsiva para o seu diagnóstico, contudo, há controvérsias em relação ao aspeto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão. Outros sintomas incluem a sensação de ficar desconfortavelmente cheio, comer em maiores quantidades e mais rapidamente que o habitual mesmo quando sem fome, comer sozinho por se sentir envergonhado, deprimido ou culpado a par com sentimentos de culpa e/ ou nojo após o episódio, sem que se recorram a tentativas compensatórias posteriores com vista à perda de peso (APA, 1994; Dingemans & Van Furth, 2012; Hill, 2007; Lundgren, Rempfer, Brown, Goetz, & Hamera, 2010).

Wolfe et al (2009) vieram mostrar por meio do seu estudo que a maior parte dos episódios de ingestão compulsiva são caracterizados pela ingestão de uma grande quantidade de calorias variando de 2000 a 5000 Kcal. No que se refere aos alimentos consumidos durante os episódios de compulsão alimentar, diversos autores têm evidenciado uma maior prevalência de hidratos de carbono e gorduras na composição da dieta, sendo que, durante estes episódios, os sujeitos com PIC tendem a recorrer, preferencialmente, aos alimentos consumidos, habitualmente, como lanches e/ou sobremesas (Alvarenga, Negao & Philippi, 2002). Marcus, Wing e Hopkins (1988), em estudos com obesos com PIC concluíram que estes sujeitos preferiam alimentos: doces (54%), biscoitos salgados (46%), bolachas (20%), entre outros. Para além do tipo de alimentos consumidos, também podemos analisar os horários e os dias em que estes episódios tendem a ocorrer. Allison e Timmerman (2007), verificaram que esses episódios ocorreram mais frequentemente durante os horários de almoço e jantar, bem como aos fins de semana. Além disso, metade destes episódios ocorreu em restaurantes, sendo consumidos vários tipos de alimentos. Previamente à ocorrência de um episódio de ingestão compulsiva, têm sido frequentemente relatados sentimentos de aborrecimento, solidão, tensão, sintomatologia depressiva ou humor disfórico. Durante e após os episódios, os sujeitos referem sentimentos de ansiedade, vergonha, perda de controlo, sensação de

excesso de peso e humor negativo (Davis & Jamieson, 2005; Kjelsas, Borsting & Gudde, 2004; Smyth, Wonderlich, Heron, Sliwinski, Crosby & Mitchell, 2007).

Masheb e Grilo (2004) examinaram a relação entre hábitos alimentares gerais e as características clínicas em sujeitos com PIC e descobriram que o maior consumo de refeições e lanches foi associado a um IMC menor numa amostra de pacientes obesos com PIC. No entanto, a frequência com que tomavam o pequeno almoço foi mais fortemente associada a pesos inferiores quando comparada com a frequência com que as outras refeições eram feitas. Ainda que neste mesmo estudo não se tenha encontrado correlação entre a frequência de refeições individuais e a ocorrência episódios de ingestão compulsiva, os pacientes que relataram comer, regularmente, três refeições por dia tinham menos episódios de ingestão compulsiva quando comparados com aqueles que não o fazem. De acordo com os autores, o jantar é a refeição mais consumida e o pequeno almoço a menos ingerida, verificando-se a ocorrência de lanches, sobretudo durante o período noturno. Os lanches noturnos foram positivamente associados com os episódios de ingestão compulsiva e, surpreendentemente, foi também associado a um menor IMC. Harvey et al (2011) vieram comprovar as conclusões obtidas neste estudo, ao compararem uma amostra de participantes que tomaram o pequeno almoço todos os dias com outra que não o faz. Saltar a primeira refeição do dia é um comportamento considerado normativo para alguns sujeitos ou grupos em específico, por exemplo, entre adolescentes e estudantes universitários. No entanto, os profissionais de saúde reconhecem que o pequeno almoço desempenha um papel importante no humor, no funcionamento cognitivo, e ao nível do controlo de peso, entre outros (Harvey, Rosselli, Wilson, DeBar & Striegel-Moore, 2011; Zwaan, 2001).

De referir que em geral, os indivíduos com PIC tendem a procurar ajuda para a perda de peso e não por comportamentos de ingestão compulsiva. O que sugere que indivíduos com PIC procuram ajuda aquando a perceção de perda de controlo sobre os padrões de compulsão alimentar e sobre o aumento de peso saem do seu controlo. Além disso, foi registado um aumento de peso ao longo dos seis meses que precedem o tratamento associada a uma maior frequência de comportamentos de ingestão compulsiva. A observação de que a cessação da ingestão compulsiva tende a estar associada à estabilização do peso e de que a manutenção da ingestão compulsiva está associada a um aumento de peso contínuo já foi referida por diversos estudos (Devlin, 2007). Os tratamentos para a perda de peso são igualmente eficazes em pessoas obesas, com ou sem PIC, mas verifica-se uma menor taxa de êxito, naqueles com perturbações afetivas, muito frequentes nesta perturbação (Hill, 2007).

### 1.3. Aspectos Epidemiológicos

#### 1.3.1. Prevalência

Ainda que a estimativa da prevalência de PIC entre os obesos tenda a divergir de estudo para estudo, o que é fato é que esta perturbação parece aumentar, a par com o aumento do grau de obesidade. Parece haver uma correlação positiva entre a gravidade da PIC e o grau de obesidade, ou seja o risco de obesidade sobe à medida que aumentam os episódios de ingestão compulsiva. A prevalência de PIC em amostras comunitárias é de 2% a 10% da população geral, mas é muito maior em sujeitos envolvidos em programas de tratamento para a perda de peso (30 a 46%) e entre aqueles que são severamente obesos (50%). Tal perturbação ocorre em ambos os géneros e afeta diversas populações numa ampla faixa etária (aqueles com idade 25-50 anos). As complicações físicas associadas com a PIC são geralmente secundárias à obesidade, no entanto no que respeita à comorbilidade psicológica, esta aparece mais relacionada com os comportamentos de ingestão compulsiva (Dingemans & Van Furth, 2012; Hill, 2007; Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001; Sim *et al*, 2010; Zwaan, 2001).

#### 1.3.2. Curso/ Prognóstico

Nas amostras de controlo de peso até agora investigadas os períodos prolongados sem comportamentos de ingestão compulsiva são raros. Não existem evidências de que em doentes obesos a PIC seja o resultado da restrição alimentar. Cerca de metade dos pacientes com PIC iniciam os seus comportamentos de ingestão compulsiva na ausência de dietas. Consequentemente, a desinibição mais do que a restrição alimentar, parece precipitar os episódios de ingestão compulsiva em muitos obesos. Para além disso, os estados emocionais negativos, como a raiva e a frustração, a depressão e a ansiedade, um sentimento inespecífico de tensão face às situações sociais, hora do dia, e o tipo de refeição foram identificados na origem da PIC. De referir que geralmente após um episódio compulsivo, as emoções consequentes são de carácter negativo, como a culpa, os remorsos, a repulsa e baixa auto-estima (Zwaan, 2001).

### 1.3.3. Fatores de Risco

Fairburn et al (1998) ao compararem os possíveis fatores de risco em três grupos de mulheres: um constituído por sujeitos com PIC, outro por indivíduos sem qualquer perturbação do comportamento alimentar, um outro com pacientes com perturbações psiquiátricas e um último com sujeitos bulímicos, concluíram que a PIC está associada à exposição a fatores de risco das perturbações psiquiátricas e da obesidade. Indivíduos com PIC apresentam, com maior frequência, quadros de depressão, maior vulnerabilidade à obesidade, maior exposição a comentários negativos em relação ao peso, ao corpo e ao seu comportamento alimentar, associados a uma auto percepção negativa quando comparados a sujeitos sem PIC (Zwaan, 2001). O stress, cada vez mais presente no contexto social, também tem sido evidenciado como um fator que pode desencadear um aumento na ocorrência de episódios de ingestão compulsiva. A explicação biológica para isso seria a de que, durante situações stressantes, o cortisol é libertado, estimulando a ingestão de alimentos e o aumento do peso (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004). Para além disso, a ingestão compulsiva pode ser agravada entre indivíduos obesos, considerando que diversos estudos demonstram que pessoas obesas têm uma capacidade gástrica maior do que as pessoas com peso normal, o que possibilita a ingestão de grandes quantidades de alimentos. No entanto, segundo Geliebter[64], desconhece-se a existência de alguma perturbação alimentar que tenha sido predisposta por uma capacidade gástrica significativa.

Telch e Agras (2001), num estudo experimental com dois grupos de indivíduos, um com indivíduos portadores de PIC e outro com sujeitos sem essa perturbação, identificaram que os aspetos psicológicos e emocionais podem ser importantes fatores para distinguir a ingestão compulsiva de um comportamento de hiperfagia, ou seja, da ingestão excessiva de alimentos. Além disso, o mesmo estudo identificou que emoções e sentimentos negativos estiveram associados a episódios de ingestão compulsiva e à perda de controle sobre o ato de comer. Cash (1991), ao avaliar mulheres obesas com PIC verificou que estas relataram maior insatisfação com o corpo e fizeram uma avaliação mais negativa da sua aparência, quando comparadas às que não apresentavam comportamentos de ingestão compulsiva, o que sugere que a alteração da imagem corporal e uma auto percepção negativa possam também estar associadas ao envolvimento em episódios de ingestão compulsiva (Freitas, Appolinario, Souza & Sichiari, 2008). A auto percepção de excesso de peso corporal tem sido utilizada como uma forma de expressar a insatisfação com o corpo, o que, teoricamente, poderia conduzir a uma perturbação do comportamento alimentar associadas ao envolvimento em dietas restritivas ou desencadeando emoções negativas relacionadas à baixa auto-estima. Ressalta-se que alterações ao nível da imagem corporal têm sido amplamente descritas em pacientes com perturbações do comportamento alimentar e obesidade, assim como em indivíduos com

excesso de peso, o que parece sugerir que a insatisfação com o corpo constitua um fator de risco para a as mesmas. Para além disso, diversos estudos evidenciam que certos tipos de traços de personalidade que têm como características a baixa auto estima, dificuldades em expressar as próprias emoções - alexitimia - e em resolver conflitos associadas a elevados graus de perfeccionismo, constituem fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação (Siqueira, Appolinario & Sichieri, 2005).

Embora sejam necessários estudos epidemiológicos adicionais, está de fato confirmado que a ingestão compulsiva constitui um problema grave e comum entre indivíduos obesos. A etiologia deste problema na população obesa é ainda desconhecida, no entanto, uma predisposição biológica para a obesidade e/ou problemas de depressão poderão ser fatores de risco para o desenvolvimento desta problemática.

#### 1.3.4. Aspetos Neuroendócrinos

O stress e as emoções negativas têm sido associados a irregularidades ao nível do comportamento alimentar humano. Sabe-se que peptídeos como a leptina e a grelina, entre outros, podem estar envolvidos na ingestão alimentar e na regulação da resposta ao stress. A interação entre a grelina e o cortisol tem sido bastante estudada em humanos. Um estudo que comparou um grupo de mulheres obesas com e sem PIC revelou que o nível de cortisol basal matinal foi significativamente maior nos indivíduos com PIC. Na prática clínica tem-se verificado que os pacientes obesos referem o stress enquanto fator que predispõe o início do envolvimento em comportamentos alimentares atípicos, entre os quais a ingestão compulsiva. No entanto, o mecanismo subjacente a essa relação ainda não é claro (Allison et al, 2005).

Alguns estudos têm relatado um aumento da concentração da leptina em pacientes obesos com PIC, sugerindo que a leptina pode ser um marcador metabólico sensível às mudanças ocorridas no comportamento de ingestão compulsiva e que o aumento dos níveis dessa adipocina pode estar envolvido no desenvolvimento e/ou manutenção do comportamento de ingestão compulsiva. Um outro estudo que comparou um grupo de mulheres obesas com e sem PIC, com o objetivo de avaliar concentrações de leptina e correlacionar dados e atitudes alimentares, demonstrou uma associação positiva entre o aumento dos níveis desta com a gordura corporal e os padrões alimentares que influenciam a frequência de comportamentos de ingestão compulsiva, aumento de energia ingerida e tecido adiposo. Também Gluck (2006), encontrou uma associação positiva entre stresse, cortisol, ingestão alimentar e gordura abdominal. Porém, a maioria dos estudos demonstram níveis de grelina significativamente menores em jejum e um pequeno declínio após as refeições em indivíduos com PIC. Os níveis

de glicose e insulina na PIC também parecem ser os mesmos que em indivíduos obesos, e quando comparados a indivíduos com peso normal revelam-se significativamente elevados. Um estudo que comparou sujeitos obesos e não obesos com PIC e sem PIC concluiu que o stress pode induzir um aumento nos níveis da grelina plasmática, associado a níveis séricos de cortisol (Bernardi, Harb, Levandovski & Hidalgo, 2009; Geliebter, Gluck & Hashim, 2005; Geliebter, Hashim & Gluck, 2008).

### 1.3.5. Aspetos Psicológicos

Há evidências de que, em indivíduos obesos, os comportamentos de ingestão compulsiva e/ou restrição alimentar são mais frequentes e parecem ser em parte, responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade. É de notar que apesar de ser mais frequente em pessoas obesas, a PIC também pode ocorrer associado a várias condições clínicas e psiquiátricas. As restrições e auto-imposições dos sujeitos que fazem dieta parecem ter um efeito contrário, facilitando o envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva, o qual tende a acarretar consequências psicológicas, tais como a perda da auto estima, alterações de humor e incapacidade concentração (Bernardi et al, 2004).

Sujeitos obesos com PIC possuem uma imagem corporal negativa e preocupam-se, frequentemente, com a forma e o peso corporal procurando assumir uma atitude de restrição alimentar, mediante o envolvimento em dietas, mantendo fortes impulsos para comer em excesso. Por serem incapaz de controlar tais impulsos sofrem maior angústia psicológica do que obesos sem PIC, o que se verifica por uma baixa auto-estima, altos níveis de depressão e outras desordens psiquiátricas, como ansiedade, perturbação de pânico e perturbações de personalidade (Bernardi et al, 2005). Apresentam, no entanto, baixa correlação, com, por exemplo, a pertrubação obsessivo-compulsiva (POC). Alguns autores defendem a continuidade entre os dois, enquanto outros propõem a sua independência com relação a aspetos psicopatológicos (Papelbaum & Appolinário, 2001). Os obesos com PIC, quando comparados àqueles sem essa perturbação, apresentam mais sintomas psicopatológicos gerais ou alimentares. Em relação ao grupo de obesos com PIC, são identificados maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social, além de uma maior vulnerabilidade à sintomatologia depressiva (Duchesne & Appolinário, 2007).

De fato, de acordo com a investigação realizada até ao momento, os sujeitos obesos com padrões de ingestão compulsiva parecem apresentar níveis elevados de psicopatologia (Telch & Agras, 1994), incluindo depressão e perturbações de personalidade (Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001). O que parece refletir a tendência destes indivíduos para

recorrer a comportamentos de ingestão compulsiva como forma de lidar com o stress emocional (Arnou Kenardy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991; Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001). Dingemans e Van Furth (2012) ao compararem o nível de psicopatologia numa amostra de sujeitos obesos e não obesos com PIC, concluíram que os sujeitos com obesidade relatavam mais episódios de ingestão compulsiva. No entanto, ambos os grupos pareciam apresentar os mesmos níveis de restrição, as mesmas preocupações alimentares em relação à forma e aparência assim como níveis semelhantes de sintomatologia depressiva (Dingemans & Van Furth, 2012).

## 1.4. Diagnóstico Diferencial

### 1.4.1. Perturbação de Ingestão Compulsiva e Obesidade

A obesidade, apesar de ser bastante frequente em indivíduos com diagnóstico de PIC, não é considerada enquanto diagnóstico psiquiátrico, sendo uma condição que advém de múltiplas causas, e acarretando um grande leque de consequências. Na comunidade, os indivíduos obesos não apresentam taxas mais elevadas de sintomas psiquiátricos e problemas emocionais do que a população geral de peso normal. No entanto, há uma subpopulação de obesos com características semelhantes, que não respondem positivamente a tratamentos de perda de peso e apresentam índices elevados de alterações de humor e ansiedade, entre estes incluem-se aqueles com perturbação de ingestão compulsiva.

É importante referir que a maioria das pessoas com Perturbação de Ingestão Compulsiva na comunidade parecem ser não obesos, mas tendem a ganhar peso ao longo do tempo. De acordo com Dingemans e Van Furth (2012), indivíduos com PIC parecem apresentar um IMC mais elevado e um maior relato de preocupações com o peso, o que parece constituir um fator de manutenção da ingestão compulsiva que explicaria a maior frequência destes episódios no grupo de obesos. Além disso, as dietas parecem preceder o início da PIC em cerca de 35-65% dos casos, a qual se pode revelar o primeiro sintoma que leva ao aumento de peso e obesidade. Esta relação entre ingestão compulsiva, dieta e obesidade está ainda pouco clarificada. A dieta normalmente precede o aparecimento da ingestão compulsiva em sujeitos de peso normal, mas em contrapartida há poucos dados sistemáticos relativos à ingestão compulsiva em obesos (Spitzer et al, 1982). De acordo com Fairbun *et al* (1998) quando comparados com sujeitos com outras perturbações psiquiátricas, as pessoas com Perturbação de Ingestão Compulsiva relataram um IMC mais elevado na infância e maior exposição a comentários negativos sobre a forma e o peso. Dingemans e Van Furth (2012) acrescentam, ainda, que os indivíduos que já tinham IMC correspondente à obesidade antes do

envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva tendem a ganhar ainda mais peso durante a idade adulta. Quando investigados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de PIC, identificam-se a partir da comparação de indivíduos com PIC com sujeitos saudáveis, certas experiências adversas vividas na infância, depressão parental, vulnerabilidade à obesidade e exposição repetida a comentários negativos sobre a forma, peso, e alimentação (Dingemans & Van Furth, 2012).

#### 1.4.2. PIC e Bulimia Nervosa (BN)

Os sujeitos com PIC evidenciam um menor grau de preocupação com o peso do que aquelas com BN. Estas últimas esforçam-se para manter o peso normal (Geliebter, 2002). Para além disso, a história natural da BN geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos que precedem a PIC são mais variáveis (Striegel-Moore et al, 2001). Sujeitos com bulimia tendem a compensar o excesso alimentar imediatamente após o episódio, enquanto que indivíduos que padeçam de PIC podem fazer uso dessas técnicas, mas não com a mesma frequência e regularidade. Outro fator que as distingue é a depressão atípica que envolve hiperfagia e aumento de peso, por exemplo. Apesar dos sintomas depressivos serem comuns em pacientes com PIC, deve-se avaliar o que é primário em cada caso. Isto é, se a preocupação central é com o comportamento alimentar descontrolado e consequente aumento de peso e baixa auto estima ou se prevalecem os aspetos de pessimismo geral em relação à vida, tristeza e despreocupação consigo próprio.

Tabela 7. Principais diferenças entre as perturbações do comportamento alimentar

Principais diferenças entre as Perturbações do Comportamento Alimentar		
Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	PIC
Predominância excessiva em mulheres	Predominância em mulheres.	Predominância em mulheres, mas com presença masculina mais expressiva.
Prática de jejum ou restrição alimentar severa. Negam sentir fome.	Referem fome e apresentam episódios de hiperfagia.	Possuem uma alimentação regular durante o dia com episódios de hiperfagia diurna e/ou noturna.
Aliada à restrição alimentar podem auto induzir vômitos (subtipo purgativo)	Provocam vômitos recorrentes após episódios compulsivos de alimentação.	Não induzem o vômito depois dos episódios de ingestão compulsiva.

Perturbação de Ingestão Compulsiva, Alimentação Emocional e Síndrome do Comer Noturno,  
Estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade

O subtipo purgativo costuma abusar de diuréticos, laxantes e/ou atividades físicas.	Costumam fazer uso abusivo de diuréticos, laxantes, anorexígenos e atividade física.	Não praticam atividade física e não usam diuréticos nem laxantes com vista à perda de peso.
Apresentam perda de peso grave.	Apresentam menor perda de peso, peso normal ou excesso de peso.	São na maioria pessoas obesas.
Maior incidência aos 16 anos.	Maior incidência aos 20 anos.	Pode iniciar-se no início da adolescência ou na idade adulta.
Apresentam grave distorção da imagem corporal.	A distorção da imagem corporal quando existe é menos acentuada.	Nem sempre apresentam distorção da imagem corporal.
Amenorreia.	A menstruação varia entre irregular e normal.	A menstruação não costuma apresentar alteração.
Comorbilidade com doenças afetivas.	Comorbilidade com doenças afetivas, abuso de álcool e drogas.	Comorbilidade com doenças afetivas
Mais introvertidas.	Mais extrovertidas.	Alternância entre introversão e extroversão social.
O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente e há forte desejo de controlar o peso.	O comportamento é motivo de vergonha e culpa e há desejo de ocultá-lo	

---

## 1.5. Tratamento

Na PIC, os objetivos do tratamento são a redução dos episódios de ingestão compulsiva, a diminuição do peso corporal para os pacientes obesos e a melhoria dos sintomas psicopatológicos associados (depressivos e ansiosos). Posto isto, e de acordo com as evidências clínicas, a intervenção ideal é aquela que combina a intervenção psicoterapêutica com a farmacológica (Hay, Bacaltchuk & Stefano, 2004; Duchesne, Appolinario, Rangé, Fandiño, Moya & Freitas, 2007; Grilo, 2002).

### 1.5.1. Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e Terapia Interpessoal (TIP)

Tanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como a Psicoterapia Interpessoal (IPT) parecem ser bem sucedidas na redução da frequência do comportamento de ingestão compulsiva, num curto espaço de tempo, embora pareçam ter efeito limitado na redução de peso (Wilfley et al, 2002). Geralmente esta terapia decorre no formato de grupo, em contexto ambulatorio. Sujeitos com PIC envolvidos nesta terapia mostram uma redução no número de episódios de ingestão compulsiva de 48 a 98%, e taxas de abstinência do comportamento de 28 a 79%. Em contraste, os grupos de controlo, aqueles que se encontram

em lista de espera apresentam reduções do comportamento de ingestão compulsiva de 9 a 22% e taxas de abstinência de 0 a 9%. Apesar disso, muitos deles retomam o comportamento de ingestão compulsiva após o término do tratamento (Bernardi, Harb, Levandovsky & Hidalgo, 2009).

Duchesne, Appolinario, Rangé, Fandiño, Moya & Freitas (2007) avaliaram a eficácia da TCC numa amostra de pacientes obesos com PIC. Os autores concluíram que o recurso à TCC produz uma melhoria significativa no que se refere ao comportamento de ingestão compulsiva, redução do peso corporal, preocupação com a imagem corporal e sintomas depressivos associados.

De acordo com um estudo de Fichter et al (1991) realizado com uma amostra de sujeitos obesos com PIC após tratamento hospitalar intensivo, o comportamento alimentar perturbado, bem como a psicopatologia geral melhorou significativamente e permaneceu estável durante o *follow-up*. No seguimento, a maioria não revelou nenhuma perturbação do comportamento alimentar presente no DSM-IV, 5,9% ainda tinham PIC, 7,4% tinham alterado o diagnóstico para BN tipo purgativo, e os restantes 7,4% foram classificados enquanto Perturbações do Comportamento Alimentar sem outra especificação.

No que diz respeito à perda de peso através da redução da compulsão alimentar como resultado da psicoterapia de curto prazo é pouco significativa, mas é de notar que os indivíduos que cessam os seus comportamentos de ingestão compulsiva durante a Terapia Cognitivo Comportamental perdem mais peso do que aqueles que não o fazem. Geralmente esses sujeitos também são mais bem sucedidos na manutenção do peso perdido. O que sugere a necessidade de se proceder, primariamente, ao tratamento da perturbação alimentar e, só de seguida, ao tratamento do excesso de peso (Zwaan, 2001).

### 1.5.2. Tratamento Farmacológico

As medicações mais estudadas no tratamento da PIC são os antidepressivos, inibidores de apetite com ação central e anticonvulsivantes. Tem-se recorrido ao uso de antidepressivos, devido à similaridade entre os episódios de ingestão compulsiva e os episódios bulímicos, que usualmente respondem a esta terapêutica. Para além disso há que considerar a elevada prevalência de perturbações depressivas na PIC, com taxas de até 51% dos casos. Os estudos realizados, neste âmbito indicam a redução dos episódios de ingestão compulsiva com o uso dos respetivos ISRS: fluvoxamina, sertralina, fluoxetina e citalopram. Stefano, Bacaltchuk, Blay & Appolinário (2008) concluíram que, de fato, os antidepressivos têm efeitos superiores

ao placebo na redução de episódios de ingestão compulsiva, em experiências de curta duração (cerca de oito semanas); porém, um estudo com o dobro da duração (16 semanas) não demonstrou qualquer vantagem da medicação sobre o placebo. Estes resultados vieram comprometer a evidência de eficácia do uso de antidepressivos no controlo da PIC, a longo prazo (Reas & Grilo, 2008).

Quando a PIC está associada a obesidade, o uso de inibidores de apetite de ação central podem promover uma melhora neste sentido. Um estudo controlado com o uso de sibutramina obteve resultados promissores com esta medicação: 63% de redução dos episódios compulsivos alimentares para os pacientes em uso de sibutramina contra 5,7% de redução para os pacientes em uso de placebo (Bernardi, Harb, Levandovski & Hidalgo, 2009).

Os anticonvulsivantes, o topiramato e a zonisamida promovem a diminuição do apetite e a perda de peso e podem ser alternativas eficazes para diminuir os episódios bulímicos. O topiramato mostra-se eficaz na redução de episódios de ingestão compulsiva em diversos estudos (Claudino, Oliveira, Appolinario, Cordás, Duchesne, Sichieri & Bacaltchuk, 2007). Zilberstein et al (2004, cit in Gordon, Kaio & Sallet, 2011) documentaram a eficácia do topiramato em pacientes que apresentavam PIC após a colocação de banda gástrica. Ainda não existem evidências de estudos controlados com venlafaxina e naltrexona, porém os resultados de alguns estudos de caso sugerem a sua importância no tratamento desta perturbação.

## **2. Alimentação Emocional**

### **2.1. Definição do Conceito**

As nossas emoções parecem desempenhar um efeito determinante na seleção alimentar e, conseqüentemente, nos padrões de alimentação (Corbalán-Tutau, 2012). Como as reações fisiológicas a emoções negativas ou stress são similares às sensações internas associadas à alimentação induzida, a saciedade, perda de apetite e diminuição da ingestão de alimentos foram considerados respostas fisiológicas naturais a emoções negativas (Schachter, Goldman, & Gordon, 1968). Em contraste, um aumento na ingestão de alimentos em resposta a emoções negativas foi considerada uma resposta inata ou desadaptativa, a qual Heatherton denominou de alimentação emocional (Herman, & Polivy, 1991; Spoor et al, 2007).

Quando se fala em alimentação emocional os principais conceitos a ter em consideração são o sofrimento subjetivo e o humor negativo, sendo que os indivíduos com níveis elevados nestas dimensões são mais propensos a experimentar estados emocionais negativos intensos nos mais diversos contextos e situações, mesmo na ausência de stress. É sabido que os sujeitos com padrões de alimentação emocional aumentam o seu consumo alimentar em resposta a emoções negativas, posto isso, níveis mais elevados de humor negativo parecem aumentar a frequência e gravidade da alimentação emocional. Além disso, a investigação efetuada até ao momento revela que elevados níveis de humor negativo e sintomatologia depressiva também foram associados a estratégias de coping orientadas para a emoção (McWilliams et al, 2003;. Turner et al, 2005). A procura de alívio nos alimentos tem sido considerada uma estratégia para aliviar as emoções negativas, resultantes de problemas do dia a dia ou mesmo do fracasso em manter uma dieta a longo prazo (Spoor et al, 2007).

De acordo com Polivy e Herman (1993) o stress e o humor negativo aparecem frequentemente identificados enquanto fatores precipitantes para comportamentos de ingestão compulsiva (Arnou, Kenardy & Agras, 1994). É amplamente aceite que a excitação emocional leva a mudanças no comportamento alimentar (Spoor et al, 2007). Neste sentido, a alimentação emocional tem sido definida como o consumo alimentar enquanto resposta a uma gama de emoções negativas, tais como a ansiedade, raiva e depressão (Corbalán-Tutau, 2012). De fato, as emoções negativas têm sido identificadas como precipitantes de hiperfagia em indivíduos obesos (Van Strien & Ouwens, 2003), em mulheres com perturbações do comportamento alimentar (Agras & Telch, 1998), e em sujeitos com peso normal envolvidos em comportamentos dietéticos. Isto sugere que a relação entre a alimentação e emoção é influenciada, pelo menos em parte, pelas características particulares dos sujeitos, de forma ideográfica (Spoor et al, 2007). Ainda assim, vários estudos defendem a existência de uma relação entre as emoções, a ingestão alimentar e o aumento de energia. A ideia de que a influência das emoções no comportamento alimentar é mais forte em pessoas obesas do que em não obesas, assim como em sujeitos envolvidos em comportamentos dietéticos comparados com os que não o estão, foi suportada pelas mais recentes investigações. Tem sido sugerido, também, que não é a emoção em si a responsável pelos episódios de hiperfagia mas sim, a forma como a emoção é percebida (Corbalán-Tutau, 2012).

De acordo com Keranen et al (2010) a ingestão emocional descontrolada e compulsiva tem dificultado a perda de peso e indicam, ainda, que os padrões de comer emocional estão positivamente associados a um IMC mais elevado (Konttinen et al, 2010). Ouwens et al (2009) propôs que a alimentação emocional pudesse ser um mecanismo mediador entre a depressão e a obesidade. A visão clássica é que a raiva de uma pessoa deprimida é direcionada especificamente no sentido da sua auto-estima e manifesta-se através de sentimentos de impotência, humilhação e vergonha. Como resultado, os sujeitos podem distanciar-se dos seus relacionamentos mais próximos, deixando de encontrar satisfação no trabalho ou em qualquer

outra atividade, que antes era prazerosa (APA, 2010). Além disso, os indivíduos deprimidos têm maior propensão a desenvolver problemas ao nível da regulação emocional, a qual pode afetar, em larga medida, o comportamento alimentar. Num estudo descritivo de sujeitos com PIC, Arnow et al (1992), relatou que 42% dos indivíduos descreviam sentimentos de raiva /frustração antes de um episódio de ingestão compulsiva, enquanto que, apenas, 16% revelavam sentimentos de tristeza e/ou depressão. Outros autores descobriram que indivíduos que relataram comer demais em resposta à raiva e depressão registaram um aumento significativo de peso, sobretudo, na fase de entrada num programa de tratamento para a PIC e perda de peso do que os indivíduos que relataram comer demais em resposta à ansiedade, nos quais foi possível verificar uma diminuição de peso mais evidente (Arnow, Kenardy & Agras, 1994; Macht, 1999; Macht, Roth & Ellring, 2002). Estes estudos sugerem que o grau de sofrimento poderia conduzir um indivíduo a procurar outras fontes de conforto, como a alimentação, o que a curto ou longo prazo produziria um aumento de peso (Keranen, Rasinaho, Hakko, Savolainen & Lindeman, 2010).

## 2.2. Aspetos Epidemiológicos

A associação entre a obesidade e a depressão tem sido reforçada com o avanço da investigação científica nesta área. No sentido em que a obesidade tem sido associada ao aumento do risco de depressão, e esta, por sua vez, tem estado na origem do desenvolvimento da obesidade. Além disso, a depressão está associada à alimentação emocional e à ingestão compulsiva (Konttinen et al, 2010; Ouwens, Van Strien & Van Leeuwe, 2009). Vários estudos descobriram fortes associações transversais e prospetivas entre a ingestão compulsiva e a alimentação emocional tanto em amostras do género feminino, não clínicas como em sujeitos do género feminino com outras perturbações do comportamento alimentar (Spoon et al, 2007; Stice, Presnell, & Spangler, de 2002; Van Strien, Engels, Van Leeuwe, & Snoek, 2005). Stice et al (2002) apontaram, ainda, para o fato de que a alimentação emocional é um preditor fundamental para comportamentos futuros de ingestão compulsiva, em adolescentes do género feminino. Além disso, a alimentação emocional parece fazer a diferença no sucesso ou fracasso das restrições dietéticas, quando comparados sujeitos com alta e baixa susceptibilidade (Spoon et al, 2007).

### 2.3. Teorias Explicativas

Diversos são os autores que se têm interessado pelo papel do stress no comportamento alimentar dos indivíduos, especialmente, no que se refere à quantidade ingerida e os tipos de alimentos consumidos. De acordo com a investigação, os fatores fisiológicos, ambientais e psicológicos parecem interagir na produção de diferentes respostas ao stress, de indivíduo para indivíduo (Greeno & Wing, 1994). A emoção parece ser o fator chave, de um ponto de vista psicológico.

Numa primeira fase, os modelos conceituais que orientaram a investigação e tratamento da obesidade, atribuíram à alimentação emocional um papel periférico. Lowe e Fisher (1983) justificaram os poucos estudos iniciais da alimentação emocional nos obesos, pelo fato da primeira ter sido descrita, sobretudo, em termos psicanalíticos, posto isso a comunidade científica debruçava-se menos sobre a investigação do seu significado (Arnou, Kenardy & Agras, 1994). A teoria interna-externa da obesidade, formulada por Schachter (1968, 1971), propôs que, em comparação com indivíduos normais, a obesidade iria demonstrar a capacidade de resposta aumentada a estímulos alimentares salientes. Como os obesos eram vistos como menos sensíveis a estímulos internos em geral, o sofrimento emocional não tinha um papel significativo neste modelo (Schachter, Goldman, & Gordon, 1968). A teoria do *set point* proposta por Nisbett (1972) sugeria que os sujeitos obesos apresentavam um peso médio ideal maior do que indivíduos com peso normal; no entanto, ao procurarem estar de acordo com as normas culturais, comem menos do que o seu organismo fisiologicamente requer. A, conseqüente, privação alimentar foi, por sua vez, associada a vários efeitos, incluindo aumento da resposta aos estímulos - alimentares - ambientais, assim como a uma emotividade acentuada. Apesar disso, a labilidade emocional em associação com os padrões de alimentação foi considerada um epifenómeno, em vez de um fator merecedor de investigação no seu próprio direito (Arnou, Kenardy & Agras, 1994).

De acordo com a teoria da restrição (Herman & Polivy, 1980), os afetos negativos provocam excessos, especificamente, entre as pessoas que têm padrões de comportamento alimentar controlados. Diversos estudos experimentais concluíram que sujeitos controlados mostram maior grau de desinibição alimentar quando em presença de emoções negativas, enquanto que aqueles que não têm, habitualmente, um consumo alimentar restrito, tendem a diminuir o consumo alimentar ou a não alterar a sua ingestão nas mesmas circunstâncias (Heatherton et al, 1991; Polivy et al, 1994). No entanto, a associação entre a restrição alimentar e o comer em excesso nem sempre se verificou em estudos experimentais, sendo que os resultados inconsistentes podem ser explicados pelas diferenças nas características das provas de avaliação utilizadas. Estas conclusões indicam que a dieta pode criar uma situação

potencial para consumos excessivos, mas não é uma condição necessária (Spoor et al, 2007; Van Strien, 1999;. Williams et al, 2002).

A teoria da contenção (Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985), enfatizou o papel da dieta, sugerindo que as tentativas dos sujeitos obesos em manter uma alimentação abaixo do nível necessário para a ocasião, mantendo-se o indivíduo num estado de privação fisiológica que predispõe a situações de ingestão compulsiva, sob uma variedade de circunstâncias. Neste modelo, o humor negativo é concetualizado como secundário à restrição, uma das muitas condições em que a desinibição alimentar ou a compulsão alimentar podem ocorrer (Arnow, Kenardy & Agras, 1994). Macht (2008) propôs algumas causas que pretendiam explicar a associação entre as emoções e a ingestão alimentar: (a) constitui uma forma dos indivíduos regularem as suas emoções negativas (b), a ingestão/ desinibição alimentar podem ser causadas pelo stress cognitivo de indivíduos «auto-regulados». Isto tem sido estudado tanto em amostras de sujeitos com alimentação emocional como em indivíduos controlados (aqueles que procuram, conscientemente, restringir a ingestão de alimentos, a fim de perder ou manter o peso). De acordo com Gluck (2006) tanto a alimentação emocional como um padrão de alimentação contido ou restrito têm sido fortemente associados à obesidade e a Perturbação de Ingestão Compulsiva (Habhab, Sheldon & Loeb, 2009).

Ideias concorrentes evoluíram de forma a procurar compreender os mecanismos subjacentes à relação entre a restrição alimentar, stress e o consumo alimentar. Uma explicação para a teoria da restrição dietética é que os sujeitos com padrões de alimentação controlados podem tornar-se, temporariamente, desinibidos por fortes emoções ou pensamentos e depois perder a energia necessária para conter a ingestão alimentar (Ruderman, 1986). Uma ideia alternativa (Ward & Mann, 2000) defende que o que provoca a desinibição alimentar nestes sujeitos, é antes o stress inerente à tarefa ou carga cognitiva que acompanha estes indivíduos procurando restringir a sua alimentação. No que diz respeito à função de contenção na alimentação induzida pelo stress, a investigação tem produzido resultados consistentes. A maioria dos resultados indicam que os sujeitos controlados são propensos a comer mais quando stressados, isto é, que situações stressantes provocam um aumento da ingestão nestes sujeitos mas não naqueles que não têm restrição alguma quanto ao consumo alimentar (Esfria, Schotte, & McNally, 1992; Habhab, Sheldon & Loeb, 2009; Lattimore & Caswell, 2004; Polivy, Herman, & McFarlane, 1994; Schotte et al, 1990;. Tanofsky-Kraff et al, 2000;. Wallis & Hetherington, 2004).

Vários mecanismos têm sido propostos para explicar os excessos alimentares dos indivíduos com padrões de alimentação emocional. De acordo com a teoria psicossomática (Bruch, 1973; Kaplan & Kaplan, 1957) e, mais recentemente desenvolvido, pelos modelos de regulação emocional (por exemplo, Hawkins & Clement, 1984; McCarthy, 1990; Telch, 1997), estes sujeitos, tendo aprendido que o consumo alimentar alivia os estados de humor negativos,

envolvem-se frequentemente em consumos alimentares excessivos. Consistentemente com estas teorias, vários estudos experimentais verificaram que pela indução de emoções negativas se verifica um aumento do consumo alimentar em sujeitos com peso normal e indivíduos obesos com padrões de alimentação emocional (Oliver, Wardle, & Gibson, 2000; Van Strien & Ouwens, 2003).

Outra teoria, a teoria de escape (Heatherton & Baumeister, 1991), postula que comer demais como resposta a emoções negativas, reflete o desejo ou tentativa de fugir ou desviar a atenção de um estímulo ameaçador que causa aversão a auto-consciência. Eles procuram escapar auto-consciência aversiva, concentrando a sua atenção sobre estímulos externos salientes, resultando em excessos. Os resultados de um estudo recente de fato sugerem que as emoções negativas e um auto-conhecimento aversivo contribui para a demonstração de consumos alimentares excessivos em sujeitos com alimentação emocional (Spoor et al, 2007; Wallis & Hetherington, 2004).

#### 2.4. Fome Real vs “Fome Emocional” e Respetivo Impacto no IMC

Durante o fenómeno da socialização o homem atribui um significado ao alimento que vai para além do fisiológico, verificando-se que o desejo de comer surge mesmo na ausência de necessidades energéticas e nutricionais. Neste sentido, surge o conceito de “fome emocional”, a qual define a motivação para iniciar o consumo alimentar enquanto resposta ao estado emocional do indivíduo e não como resultado das suas necessidades fisiológicas (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000).

As emoções negativas aumentam natural e substancialmente os níveis de glucose (supressor natural do apetite) no organismo. Quando os sujeitos se envolvem em comportamentos de ingestão alimentar como consequência da influência de variáveis psicológicas tendem a fazê-lo, sobretudo, em situações depressivas ou de maior stress, contrariamente ao que parece ocorrer com as pessoas que seguem a resposta fisiológica natural. Enquanto a fome física é gradual, paciente e recetiva a vários alimentos, terminando quando o organismo está saciado, a emocional é súbita e urgente, exige um alimento específico e não termina (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000).

O problema surge quando o hábito de comer de forma emotiva deixa de ser um consumo saudável para resultar num ganho de peso excessivo. O qual é causado por um conjunto de fatores biológicos -hereditariedade, metabolismo basal - e psicológicos - dificuldades afetivas, perdas, lutos, sentimentos negativos e stress - que conduzem a uma maior ingestão

de alimentos doces, hipercalóricos e de hidratos de carbono que ativam a produção e circulação de neurotransmissores, como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pela produção de sensações de prazer e bem estar. No entanto essa satisfação parece ser imediata e passageira, não resolvendo problemas subjacentes à alteração de humor, pelo que se recorre reiteradamente a comportamentos de ingestão compulsiva, como estratégia inadaptativa para lidar com os sentimentos negativos. Esta situação tende a agravar-se, ainda mais, com o aumento de peso, produzindo sentimentos de baixa auto estima, desvalorização pessoal e culpa devido ao consumo exagerado. Por sua vez, tais sentimentos provocam o aumento da fome emocional, estabelecendo-se um ciclo vicioso entre a ingestão compulsiva de alimentos calóricos e sentimentos negativos (semelhante às situações de dependência ou abuso de substâncias (Macht, Haupt & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000).

## 2.5. Emoções e Seleção Alimentar

Há claras evidências de que muitas pessoas alteram as suas preferências alimentares em resposta ao stress, o motivo pelo qual isso acontece ainda não é tão claro. As emoções negativas parecem ser reduzidas por meio do consumo alimentar (Bruch, 1973; Booth, 1994). Macht, Haupt e Ellgring (2005) avaliaram as motivações para o consumo alimentar, alimentos ingeridos e seleção alimentar de alunos em situação de stress, durante um exame. Os estudantes que tiveram que aguardar para iniciar o exame, experienciaram durante o exame um aumento de emoções negativas, como tensão, medo e stress, associados a uma tendência para se envolverem em consumos alimentares, a fim de se distrair das primeiras. A ingestão, de fato, parece ter diminuído o stress, o que é explicado por três mecanismos com base psicológica: (1) a ingestão como forma de distração da experiência de emoções negativas, (2) como estímulo para a produção de reações emocionais positivas e (3) como a indução de uma sensação de relaxamento corporal (Macht, Haupt & Ellring, 2005).

No que se refere à seleção alimentar, parecem existir mais investigações realizadas com sujeitos do género feminino, por exemplo, num estudo de Grunberg e Straub (1992), sobre a indução do stress na ingestão alimentar demonstrou que as mulheres em condição de stress elevado consomem mais doces do que as mulheres em condições que provocam graus de stress mais leves, mas o consumo de alimentos salgados não varia de acordo com nível de stress. Em conformidade com isso, num estudo laboratorial, Zellner et al (2006) verificaram que uma amostra de estudantes universitários do género feminino viu a sua seleção alimentar

afetada por situações em que estas experienciavam stress emocional. Ambos os estudos sugerem que, essencialmente, as mulheres tendem a consumir mais alimentos doces e ricos em gordura em situações de stress (Habhab, Sheldon & Loeb, 2009).

### 2.5.1. «Alimentos de Conforto»

A investigação tem sugerido que determinados contextos socioafectivos tendem a influenciar as preferências alimentares e que as experiências da infância são essenciais nas preferências alimentares e hábitos de consumo ao longo da vida. As pessoas podem ser atraídas a determinados alimentos devido a uma combinação de necessidades fisiológicas e psicológicas. As motivações fisiológicas têm em vista a resposta a desequilíbrios nutricionais, enquanto as de caráter psicológico parecem preocupar-se sobretudo com o prazer/ conforto resultante do consumo dos alimentos, denominando-se, portanto, de “comfort food” ou, em português “alimentos de conforto”. Para certos indivíduos, determinados alimentos podem ter qualidades aparentemente viciantes. De fato, quando os alimentos palatáveis são consumidos, o corpo libera propriedades opiáceas, que elevam o humor e a satisfação. Embora lançado em pequenas quantidades, as recompensas opiáceas tendem a reforçar os alimentos que lhes estão associados. O comportamento “snacking” pode estar, então, subjacente a desejos intensos por determinados alimentos, traduzida por uma resposta natural do organismo a deficiências de nutrientes ou calorias ou, mesmo e em grande parte das vezes, ao stress e provocando um aumento do consumo de gorduras e uma propensão para alimentos mais palatáveis, como doces ou salgados, ou seja, “cravings” (Wansink, Cheney & Chan, 2003).

O contexto social, identificação social e as respostas condicionadas parecem estar, portanto, relacionadas com as motivações psicológicas para a preferência de alimentos de conforto. As experiências de Mason, Clubb, Latham & Vickery (2007) com aves que observaram outros pássaros ficarem doentes após a alimentação por um copo amarelo, mostraram que essas aves rejeitaram o aleitamento por esse mesmo copo. Da mesma forma, as interações sociais influenciam as preferências e comportamentos alimentares em resposta a uma grande variedade de desafios ambientais. O contexto social e psicológico da experiência de sabor é fundamental na determinação das preferências alimentares, que explica o motivo pelo qual alguns preferem alimentos que outros consideram aversivos. Certos alimentos fornecem qualidades sensoriais com conotações positivas associadas a recompensas, como é o caso do chocolate. Em contraste, se, de acordo com a teoria da aprendizagem, um alimento específico for repetidamente associado a experiências sociais negativas, tende-se a criar uma aversão a esse mesmo alimento. Essas aversões podem incentivar as pessoas a desenvolver ou reforçar os laços mais fortes com os alimentos que acarretam conotações positivas. Contextos

sociais positivos em combinação com atributos sensoriais positivos fornecem as associações necessárias para os alimentos se tornarem naquilo a que se denomina de «alimentos de conforto» (Wansink, Cheney & Chan, 2003).

As investigações reforçam a conotação psicológica e social associada à alimentação, subjacente a um processo de aprendizagem social, ao mostrarem, por exemplo, que não é a fome que aparece como principal razão para iniciar o comportamento alimentar, mas sim os estímulos ambientais. Os fatores ambientais das situações em que ocorre o consumo de alimentos de conforto influenciam a formação de respostas condicionadas, fomentando a sua ingestão. Isto é, alguns dos mesmos fatores que podem levar uma pessoa a comer pipocas no cinema também podem induzi-lo a repetir esse comportamento ao ver um filme em casa. Com efeito, as circunstâncias ambientais que costumam preceder as refeições - a saída do trabalho para casa, por exemplo - costumam aparecer, frequentemente, associadas à fome durante essas situações específicas. Quando essas situações aparecem associadas com a sensações de conforto facilitam a adoção de padrões de alimentação emocional quando verificada essa necessidade, isto é, em situações de humor negativo (Wansink, Cheney & Chan, 2003).

Outras investigações de laboratório têm alargado o seu campo de estudos à relação entre o stress e os comportamentos de contenção alimentar. Haynes et al (2003) compararam sujeitos com níveis de stress elevado e sujeitos com um grau de stress mais baixo. Apresentaram a ambos os grupos uma bandeja com cinco alimentos salgados para o almoço (sandes de queijo, sandes de ovo, cubos de queijo, tomate cherry e batata frita) e três alimentos doces (bolos, biscoitos, chocolates). Os participantes também preencheram questionários sobre restrição e desinibição e foram divididos em quatro grupos com base nos seus resultados. Contrariamente aos resultados acima referidos, os autores descobriram que o stress não teve qualquer efeito sobre o consumo de alimentos doces. No geral, os participantes altamente restritivos comem mais na condição de stress e ainda que a restrição pareça não estar associada à preferência por alimentos doces observou-se que o grupo com altos níveis de desinibição comiam mais alimentos doces do que o grupo com baixo níveis de desinibição. No que se refere aos alimentos salgados, as mulheres altamente restritivas consumiam menos do que as mulheres com baixas contenção (Habhab, Sheldon & Loeb, 2009).

### 3. Síndrome do Comer Noturno

#### 3.1. Definição e Evolução do Conceito

A Síndrome do Comer Noturno (SCN) é classificada no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM) IV enquanto "Perturbação Alimentar Não Especificada de Outra Forma", tal como acontece com a Perturbação de Ingestão Compulsiva.

O conceito de SCN em pessoas obesas foi descrita pela primeira vez em 1950, por Stunkard et al (1955), como o consumo de mais de um quarto das calorias diárias após o jantar, até depois da meia-noite (hiperfagia noturna), insónia e anorexia matinal. Entre 1955 e 1991, haviam apenas nove relatórios publicados sobre SCN, sete dos quais eram estudos de caso. Embora esta síndrome esteja a ser alvo de maior atenção durante as duas últimas décadas esta continua a ser uma síndrome ainda pouco estudada (Colles & Dixon, 2006).

Zwaan *et al* (2003) e Striegel-Moore *et al* (2008) destacam que vários critérios diagnóstico da SCN têm aparecido na literatura ao longo dos últimos 50 anos, e sugerem que é necessário mais informações sobre a natureza e prevalência desta síndrome em diversas populações. Originalmente, as características principais desta síndrome incluíam anorexia matinal (i.e. falta de apetite pela manhã), hiperfagia noturna, stress emocional e insónia.

A primeira descrição da SCN apontava para uma população de obesos que apresentava redução do apetite pela manhã, hiperfagia noturna e insónia inicial ou dificuldade de reiniciar o sono após despertares noturnos motivados ao consumo pequenos lanches (Schenck et al, 2006). Observou-se que estes sintomas pioravam em situações de stress e que provavelmente melhorariam com a retirada do indivíduo do ambiente stressor (Stunkard et al, 2003). Segundo o autor, a presença desta síndrome era preditiva de prognóstico desfavorável no tratamento da obesidade com pobre perda de peso durante o tratamento. Nesta descrição original, estabeleceu-se o critério de que mais de 25% da ingestão calórica diária ocorresse após a última refeição noturna e que a insónia inicial estivesse presente em mais de 50% das noites para além de anorexia matinal (Azevedo, 2010).

Em 1996, Stunkard *et al* refinaram estes critérios de forma a especificar que mais de 50% das calorias diárias eram consumidas depois das 19h00, apontando para a comorbilidade de perturbações do sono, mais especificamente, insónia inicial e falta de apetite ao longo do dia. Ainda que a identificação de alterações do sono tenha sido proposta enquanto critério, nesta altura, não foi utilizada para fins de diagnóstico. Outras investigações posteriores

acrescentaram outros critérios à SCN, apontando para uma coerência surpreendente entre padrões comportamentais e neuroendócrinos de sujeitos com anorexia matinal, hiperfagia tardia e insónia. As investigações baseadas nos critérios mínimos para a SCN concluíram que estes sujeitos não manifestavam apenas insónia inicial mas também intermédia, com ‘despertares noturnos’ que envolviam ingestão alimentar (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

No estudo de Rand *et al* (1997) foi abordada a componente de stress emocional, incluindo-se a anorexia matinal, comer noturno excessivo, tensão noturna e /ou labilidade emocional e insónia (Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001). Este padrão circadiano distinto do comportamento alimentar parece estar associado a perturbações de humor. Contrariamente ao que se verifica na depressão, o nível de humor destes sujeitos parece diminuir sobretudo com o início da noite (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

Allison *et al* (2010) propuseram novos critérios para o diagnóstico desta síndrome: (1) o consumo de, pelo menos, 25% da ingestão calórica diária após o jantar e / ou (2) despertares noturnos com ingestão alimentar, pelo menos duas vezes por semana. Além disso, as pessoas devem estar conscientes da suas ingestões noturnas, experimentando angústia ou prejuízo no funcionamento nos últimos três meses, como consequência desse comportamento. Sim *et al* (2010) estabeleceram três características fundamentais para o diagnóstico da SCN: (1) o comer noturno e / ou hiperfagia noturna, (2) insónia inicial, e (3) acordar durante a noite para comer, sendo que pelo menos os primeiros dois critérios devem estar presentes para se estabelecer um diagnóstico de SCN (Sim *et al*, 2010).

Estes critérios ajudam a padronizar a definição da SCN. Alguns aspetos adicionais da caracterização clínica da SCN associados aos padrões alimentares e perturbações do sono ainda estão a ser estudados. Revela-se, para isso, necessário a existência de ferramentas analíticas necessárias à correta avaliação desses critérios. A inclusão da SCN, enquanto categoria diagnóstica no Eixo I do DSM V (APA) foi amplamente proposta até à sua recente publicação, e as conclusões das investigações realizadas, neste âmbito, com estudos de caso, entrevistas estruturadas e escalas de avaliação têm reforçado esse objetivo.

### 3.2. Caracterização Clínica

A SCN é caracterizada por um atraso circadiano na ingestão de alimentos, manifesto por hiperfagia noturna e/ ou despertar noturno acompanhado de consumo alimentar, durante cerca de três ou mais vezes por semana (O’Reardon *et al*, 2004). O’Reardon *et al* (2004) compararam os padrões de alimentação e do ciclo sono-vigília de 46 indivíduos com IMC

correspondente a obesidade e excesso de peso que relatavam padrões de alimentação noturna com 43 sujeitos sem SCN. Os resultados não revelaram alterações entre os dois grupos, no que se refere tanto ao tempo de latência para o início e o término do sono, como no que concerne ao tempo total de sono. Sujeitos com SCN apresentaram uma tendência à fragmentação do sono, a qual é explicada pelos despertares na continuidade do sono, apesar disso a arquitetura do sono foi semelhante em ambos os grupos, o que quer dizer que o tempo total de sono foi o mesmo. O total de calorias diárias ingeridas não diferiu significativamente entre os grupos, mas o período e a distribuição sim. No grupo portador de SCN a ingestão calórica foi baixa nas primeiras 16 horas do dia (06h-22h) e elevada nas últimas 8h (22h-08h) quando comparada com a obtida no grupo controlo (O'Reardon et al, 2004). Neste estudo, observa-se que o ritmo de sono (apesar da rutura pelos despertares) parece preservada, embora o período de ingestão alimentar atrase. O padrão de consumo de energia acumulado em sujeitos com SCN, sugere uma fase de atraso no consumo de energia associado aos momentos de sono-vigília. O que sugere que a SCN possa refletir uma dissociação do controlo circadiano de alimentação relativa ao sono. (O'Reardon et al, 2005; Azevedo, 2010).

Normalmente, estes sujeitos consomem uma maior porcentagem das suas calorias diárias entre as 19h00 e as 06h00, envolvendo-se mais frequentemente em episódios de ingestão compulsiva, apresentando despertares noturnos motivados pela ingestão alimentar. De fato, esta é uma perturbação específica na qual o indivíduo afetado acorda várias vezes durante a noite, sendo incapaz de adormecer sem que se envolva em comportamentos de ingestão alimentar. Estes episódios de ingestão alimentar noturna são caracterizados pelo consumo de alimentos altamente calóricos (correspondente a 35% ou mais das calorias ingeridas diariamente), verificando-se uma maior consumo de hidratos de carbono, em detrimento de alimentos proteicos. Apesar disso, a ingestão calórica diária total destes indivíduos parece não diferir da dos sujeitos sem este padrão de comportamento alimentar (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011; Sim *et al*, 2010). De acordo com Striegel-Moore et al (2004) a quantidade de calorias ingeridas à noite podem atingir às 2000 kcal e a duração de cada episódio dura em média 3,5min. Os critérios ainda não estão totalmente estabelecidos para o diagnóstico da SCN (Vander Wal et al, 2005), sendo de referir que os atualmente utilizados são sugeridos por diversos autores interessados no estudo desta síndrome (Azevedo, 2010; Striegel-Moore et al, 2004).

Segundo Colles & Dixon (2006) esta síndrome tem sido positivamente correlacionada com um padrão de refeição irregulares, caracterizado por um atraso do horário das refeições devido ao stress. De acordo com a revisão de literatura, a SCN também está associada a uma maior incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva, baixa auto-estima e um forte sentimento de culpa pela perda de controlo associada ao episódio de ingestão compulsiva durante a noite (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

### 3.3.Aspetos Epidemiológicos

#### 3.3.1.Prevalência

A SCN parece ser, de fato, uma doença comum entre os pacientes obesos que procuram tratamento de perda de peso, verificando-se um aumento das taxas de prevalência desta síndrome a par com o aumento da adiposidade. As estimativas da prevalência da SCN em amostras comunitárias são, geralmente, reduzidas, mas revelam-se marcadamente superiores entre os grupos de pessoas obesas que procuram tratamentos de perda de peso médico ou cirúrgico.

As taxas de prevalência foram estimadas entre 1,5% a 5,2% na população em geral, entre 6% e 14% em pacientes obesos envolvidos em programas ambulatoriais de redução de peso, e de 8% a 42% em pacientes que procuram cirurgia bariátrica (Grave, Calugi, Ruocco & Marchesini, 2011; Lundgren *et al*, 2006; Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001; Sim *et al*, 2010).

No que se refere aos aspetos sociodemográficos, biopsicológicos e clínicos Colles & Dixon (2006) referem que dentre os vários estudos analisados, foram relatadas distribuições comparáveis entre género, raça, IMC's, gasto de repouso energético, restrição dietética, fome, desinibição e índice de psicopatologia, destacando-se, apenas, numa minoria desses estudos diferenças significativas nas medidas de avaliação de depressão, neuroticismo e ingestão compulsiva. Um outro estudo também avaliou a ocorrência de PIC e SCN em simultâneo, e constatou que metade dos sujeitos com SCN também manifestavam padrões de ingestão compulsiva (Colles & Dixon, 2006).

Em relação à distribuição entre os géneros, as evidências ainda não consensuais. De acordo com um estudo de Manni *et al* (1997 cit in Colles e Dixon, 2006), as mulheres parecem ser mais afetadas na proporção de 2:1, e a idade média do reconhecimento dos sintomas ronda os 40 anos de idade (Rand *et al*, 1997; Allison *et al*, 2006; Colles e Dixon, 2006). Grilo e Masheb (2004) estudaram a frequência de comportamentos de alimentação noturna numa amostra de homens (N= 45) e mulheres (N= 162) com PIC. Em geral, 28% dos participantes admitiram o envolvimento em comportamentos de alimentação noturna. Uma proporção significativamente maior de homens (42%) relataram comer à noite, para uma percentagem de 24% nas mulheres. Em geral, os participantes que relataram ter um padrão de alimentação noturna obtiveram um IMC significativamente superior. Homens e mulheres sem tais padrões alimentares diferiram pouco no que se refere aos resultados das avaliações comportamentais e psicológicas, enquanto que as mulheres com SCN apresentaram níveis significativamente

mais elevados de preocupações com a alimentação, peso, forma e corpo quando comparadas com os homens com SCN (Grilo & Masheb, 2004).

### 3.3.2 Curso/ Prognóstico

Esta perturbação tende a incidir na adolescência, devido à alteração do estilo de vida dos sujeitos e dos seus horários de sono e alimentação. Marshall *et al* (2004) verificou que a principal diferença obtida na comparação entre indivíduos obesos com SCN e não obesos com a mesma síndrome se prendia com a faixa etária mais jovem entre os indivíduos com IMC correspondente a peso normal. Quanto menor a idade dos sujeitos com peso normal e padrões de alimentação noturna maior a probabilidade de desenvolver excesso de peso e obesidade. Além disso, 52% dos sujeitos com obesidade relataram que os padrões de alimentação noturna haviam precedido o aumento de peso (Napolitano *et al*, 2001, Spaggiari *et al*, 1994).

### 3.2.3. Fatores de Risco

As conclusões que parecem ser mais concensuais quando se fala em fatores de risco para o desenvolvimento da SCN são o aumento da adiposidade. No sentido em que cerca de 57.1% dos sujeitos obesos e 28.6% dos sujeitos com excesso de peso padecem de Síndrome do Comer Noturno. A tendência a padrões de restrição alimentar, assim como a PIC também tem sido reportada em cerca de 15% dos sujeitos que procuram apoio terapêutico para os comportamentos de ingestão compulsiva. Para além disso, acrescentam-se outras características que parecem ser prevalentes em sujeitos com SCN, entre as quais o fato desta ocorrer, sobretudo, em sujeitos do género feminino, sendo que a sua incidência prende-se, na maioria das vezes, com a adolescência. As comorbilidades psiquiátricas, ainda que não tenham suporte consistente ao nível da investigação realizada neste sentido, também parecem estar relacionadas com a SCN, nomeadamente, a depressão ou sintomatologia depressiva (12.3%), o uso de antipsicóticos atípicos (38.8%).(Harb, Caumo, Raupp & Hidalgo, 2010).

Para além disso, fatores externo como o ritmo laboral e social tem tido forte impacto na regulação da alimentação, de acordo com Harb, Caumo, Raupp & Hidalgo (2010), o que tem vindo a alterar o ritmo circadiano típico do ser humano, produzindo diversas alterações ao

nível do sistema fisiológico, endócrino, e conseqüentemente, psicológico e emocional. Isso reflete-se no aumento dos níveis de stress e ansiedade, provocando alterações do ritmo do sono e dos padrões alimentares (Marshall, Allison, O'Reardon, Birketvedt & Stunkard, 2004; Gluck & O'Reardon, 2009).

### 3.3.4. Aspectos Neuroendócrinos

Os fatores neuroendócrinos da Síndrome do Comer Noturno estão associados a alterações do ritmo circadiano ao nível das secreções endócrinas, como a do cortisol e da melatonina. Sendo a melatonina uma hormona reguladora do estado sono/vigília, pode-se afirmar, em consonância com as conclusões retiradas dos estudos de Birketvedt et al (1991) e de O'Reardon, Peshek, Allison (2005), que os sintomas apresentados por estes sujeitos se deve a baixos níveis de melatonina. Isso reflete-se nas alterações do padrão normal do sono, mais especificamente, com insónias iniciais e/ou intermédias, traduzindo-se numa má qualidade do sono. Sabendo que os níveis plasmáticos de melatonina determinam a regulação dos estados de sono e vigília, parece razoável afirmar que a redução de melatonina possa contribuir para manter as insónias e o humor depressivo. Para além disso, o fato dos níveis plasmáticos noturnos da leptina serem mais baixos pode contribuir para a menor inibição de impulsos de fome que levem à interrupção do sono. Diversos estudos comparativos também mostraram que os níveis de cortisol diurnos se encontram mais elevados em sujeitos com SCN do que naqueles que não padecem desta síndrome (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Harb, Caumo, Raupp & Hidalgo, 2010).

A relação entre as alterações do sono e apetite sugere que deve ser dada especial atenção ao hipotálamo, não apenas devido aos efeitos na alimentação, mediado por recetores no núcleo paraventricular ou outros núcleos hipotalâmicos, mas especialmente devido às propriedades cronobiológicas intrínsecas desta estrutura (Spaggiari et al, 1994). Nesta linha, a dopamina adquire uma importância primordial particularmente devido aos seus efeitos sobre os núcleos da base. Os neurónios dopaminérgicos desses núcleos são ativados por estímulos motivacionais - neste caso, a ingestão alimentar - induzindo e fortalecendo um efeito de desejo de recompensa. De referir que mesmo pequenas quantidades de comida podem aumentar a libertação de dopamina nos núcleos da base, facilitando a obtenção dos efeitos de gratificação e recompensa, o que facilita o desenvolvimento de uma excessiva motivação direcionada ao consumo alimentar, em alguns indivíduos (Mazzetti di Pietralata et al, 2000).

Um estudo da avaliação neuroendócrina em pacientes com sintomas sugestivos da SCN, demonstrou alterações no ritmo circadiano de libertação de melatonina, leptina e cortisol em

pacientes com comportamento alimentar noturno, mas não no grupo de controlo (Birketvedt et al, 1999). Os níveis séricos noturnos de melatonina estavam abaixo do esperado, assim como os níveis de leptina, facilitando um aumento do apetite durante a noite (baixo nível sérico de leptina) e um aumento dos despertares noturnos (baixo nível sérico de melatonina).

Da mesma forma, a grelina encontra-se em níveis plasmáticos elevados em pacientes portadores de SCN, sugerindo uma via facilitadora da ingestão alimentar (Rosenhagen et al, 2005). De forma geral, os níveis de cortisol parecem ser mais elevados em pacientes com SCN (Birketvedt et al, 2002), sugerindo que estes indivíduos apresentam uma maior exposição ao stress (Allison et al, 2005, Azevedo, 2010).

### 3.3.4.1. Ritmo Circadiano Alimentar

A ritmicidade alimentar circadiana é herdada, daí que o homem seja basicamente diurno, isto é que funcione especialmente durante o dia. Isso encontra-se sincronizado de acordo com o ciclo claro/escuro e aos níveis de cortisol, serotonina, leptina, citocinas, entre outros. Além disso, o ritmo social tem grande influência na regulação da alimentação, pois a sociedade contemporânea funciona 24h00 por dia e o seu impacto na quantidade, qualidade e horários da alimentação tem sido inexorável, isso verifica-se, por exemplo, no atraso ao nível dos horários normais das refeições para adaptação aos horários de trabalho (Bernardi, Harb, Levandovsky & Hidalgo, 2009).

Os ritmos circadianos são aqueles que apresentam um período de 24h00, como, por exemplo, o ciclo sono-vigília e a temperatura corporal. A sincronização desses ritmos é realizada pelo núcleo supraquiasmático, localizado no hipotálamo (Sistema Nervoso Central), responsável pela coordenação dos ritmos do organismo e do próprio comportamento do sujeito. Existem algumas situações em que ocorre a dessincronização da ritmicidade, tendo em vista que a quantidade, a qualidade e o horário das refeições parecem ser determinados por reflexos condicionados, pela rotina e pela sensação de que “é hora de comer”. As refeições atuam de acordo um “marcador de tempo” que indicaria que as refeições seriam determinadas por uma organização social ou sincronização do ritmo biológico (Bernardi, Harb, Levandovsky & Hidalgo, 2009).

O ciclo sono/vigília é um dos ritmos mais estudados e a regulação da maioria dos comportamentos e atividades fisiológicas depende desse ciclo: adormecer/ acordar. A principal hormona envolvida no ciclo sono/vigília é a melatonina, e o adormecer é um sinal de início da sua secreção, como tal o início da sua elevação prende-se com o anoitecer,

começando a diminuir ao final da noite. No entanto, as condições de sono podem influenciar a secreção de melatonina e de acordo com os diversos estudos realizados com sujeitos com hábitos alimentares noturnos, estes sujeitos apresentam uma diminuição na produção de melatonina. Tal diminuição tem sido associada a perturbações do sono e depressão. Visto que a privação parcial do sono parece influenciar os níveis de outras hormonas, tais como o aumento dos níveis de glicose e diminuição da ação da insulina, o que constitui um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes. A privação do sono resulta, também, numa redução dos níveis de leptina, num aumento dos níveis de grelina, cortisol e do apetite. Em situações normais de sono, os níveis de leptina e grelina encontram-se em níveis elevados durante o sono, enquanto que os níveis de cortisol tendem a estar mais reduzidos à noite, elevando-se apenas no início da manhã. O aumento do apetite e a preferência por alimentos mais calóricos parecem estar presentes na privação do sono. O padrão alimentar noturno rico em hidratos de carbono aumenta o transporte de triptofano para o cérebro, convertendo-o em serotonina, o que acaba por induzir o sono (Bernardi, Harb, Levandovsky & Hidalgo, 2009).

### 3.3.5. Aspectos Psicológicos

A SCN tem sido associada a comorbilidade psiquiátrica em vários estudos, no entanto a sua relação com o grau de psicopatologia ainda não foi definida. Dois terços dos indivíduos com SCN relatam sofrimento psíquico e/ ou distúrbios do sono, uma proporção que corresponde ao relatado por Stunkard et al (1955, 1996). Stunkard *et al* (1955) propuseram, anteriormente, que pacientes com SCN apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que indivíduos obesos sem esta síndrome. A combinação de SCN e PIC, no entanto, está associada a maiores níveis de ansiedade estado do que o diagnóstico de SCN, isoladamente. Os pacientes diagnosticados, exclusivamente, com SCN apresentam níveis de ansiedade significativamente menores relativamente a pacientes com diagnóstico de PIC e SCN sobrepostos.

Colles, Dixon e O'Brien (2007) investigaram o significado clínico da SCN, explorando a relação entre esta o IMC, a PIC e o sofrimento psicológico. Foram comparados candidatos a cirurgia bariátrica, membros do grupo de apoio à perda de peso e sujeitos da comunidade em geral, relativamente ao peso corporal. Neste estudo, foram investigadas as associações entre SCN e PIC, sintomatologia depressiva, insatisfação com a imagem corporal/ aparência, a qualidade de vida relacionada com a saúde mental e o comportamento alimentar. Os resultados revelaram diferenças no IMC e ao nível de variáveis de *stress* psicológico. Independentemente dos esforços para controlar o peso, a prevalência da SCN foi positivamente associada com o IMC. Foi encontrada uma estreita ligação entre o comportamento de compulsão alimentar e a SCN e foi detetado que sujeitos com PIC têm sete

vezes mais probabilidade de manifestar SCN do que sujeitos sem padrões de compulsão alimentar. A incidência de ambas as perturbações, concomitantemente, também foi verificada na população obesa. Os níveis de stress psicológico parecem ser, significativamente, diferentes entre estas duas perturbações, sendo que o grupo com SCN obteve pontuações mais baixas nas medidas de avaliação psicológica, tendo sido comparável a pessoas sem esta síndrome. Em contraste, o grupo de sujeitos com PIC revelou valores significativamente mais elevados, evidenciando maior desinibição alimentar e menor qualidade de vida, quando comparados com os sujeitos sem PIC. Além disso, quando a SCN e a PIC co-ocorreram, a compulsão alimentar mostrou-se claramente associada a angústia psicológica elevada (Colles, Dixon & O'Brien, 2007).

Stunkard et al (2009) vêm contrariar as conclusões obtidas neste estudo, quando numa investigação recente que comparava sujeitos com padrões de comer noturno, e sujeitos com padrões de alimentação ditos normais, os primeiros registaram pontuações elevadas ao nível da restrição - desinibição alimentar e preocupação com a forma e o peso (Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck & O'Reardon, 2009). Outros estudos com participantes obesos revelaram uma associação positiva entre a SCN, o stress, neuroticismo, depressão e humor negativo (Calugi, Grave & Marchesini, 2009). Estes sujeitos revelam humor depressivo mais frequentemente do que sujeitos sem SCN. A SCN também tem sido associada a níveis de stress elevados e baixa auto-estima, embora talvez em menor grau do que na PIC (Sim et al, 2010). Principalmente quando se trata de sujeitos com estes padrões alimentares que apresentam um IMC mais elevado, por exemplo, Striegel-Moore et al (2010) num estudo realizado com uma amostra de pacientes admitidos a cirurgia bariátrica, obtiveram uma associação positivamente significativa entre a alimentação noturna e elevados níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade e IMC.

Um estudo de Calugi, Grave & Marchesini (2009) investigaram a relação entre SCN, doenças metabólicas e características psicológicas em indivíduos obesos com e sem SCN que procuraram tratamento para perda de peso. De acordo com os resultados, 10,1% preencheram os critérios para a SCN, não tendo sido observadas diferenças entre os participantes com e sem SCN quanto à idade, IMC, prevalência da síndrome metabólica, PIC e preocupações com a forma e o corpo. Os sujeitos com SCN obtiveram pontuações mais elevadas de depressão e impacto do peso sobre a qualidade de vida. A pontuação obtida na avaliação da sintomatologia depressiva por meio do BDI, neste grupo, foi indicativa de depressão moderada em 18,5% dos casos e de depressão grave em 44,4%. A sintomatologia depressiva pareceu ser, neste estudo, a única variável significativamente associada com o diagnóstico de SCN. Stunkard et al (2009) relataram que 52% dos sujeitos não obesos com SCN preencheram os critérios para Perturbações de Humor unipolares e que 47% preenchiam os critérios para Perturbações de Ansiedade, pontuações essas que se mostram significativamente superiores quando comparadas com o grupo controlo. De fato, verificou-se que a história anterior de

Perturbação Depressiva Major entre pacientes com SCN também é elevada (56%), sendo que 11% da mesma amostra apresentou Distímia. No entanto, é de notar um aspeto fundamental que distingue esta sintomatologia depressiva típica de sujeitos com SCN da depressão clássica, sendo que nestes sujeitos o nível de humor só começa a diminuir ao início da noite (Stunkard et al , 2009).

A história anterior de ansiedade em sujeitos com SCN foi referida no primeiro estudo sobre este tema (Stunkard et al, 1955); tendo sido mais tarde confirmada por alguns autores, tendo sido sugerido, no entanto, que esta associação poderia ser melhor explicada pela co-ocorrência da PIC com a SCN. Napolitano *et al* (2001), comparando características psicológicas entre pacientes com PIC e pacientes com SCN, concluiu que os últimos pontuavam níveis mais baixos de ansiedade, quando comparados com indivíduos com PIC ou com ambas as perturbações. Sassaroli *et al* (2012) avaliaram a ansiedade noturna e diurna entre os pacientes afetados por estas perturbações do comportamento alimentar, isoladamente, bem como aqueles afetados por ambas as patologias. De acordo com os resultados obtidos, enquanto que o nível de ansiedade dos pacientes com SCN ou PIC variou de leve a moderada, os pacientes afetados por ambas pontuaram níveis de ansiedade marcadamente mais grave. O que vem confirmar as conclusões do estudo de Napolitano *et al* (2001) de que os pacientes com um diagnóstico de PIC e SCN sofrem de uma psicopatologia mais grave do que aqueles com um único diagnóstico (Sassaroli et al, 2012). Independentemente disso, o que é fato é que as Perturbações de Ansiedade em amostras de sujeitos com SCN também se têm revelado significativas, com estimativas de 17,5% para a Perturbação de Ansiedade Generalizada e 18% para a Perturbação de Stress Pós-Traumático (Stunkard et al , 2009).

De acordo com vários autores, as preocupações alimentares e da imagem corporal também parecem estar mais associadas com a PIC do que com a SCN. Adami, Meneghelli e Scopinaro (1999) num estudo com pacientes obesos submetidos à derivação biliopancreática verificaram que quase todos os sujeitos que revelavam padrões de comer noturno no pré-operatório mantiveram este comportamento a longo prazo, ao contrário do que aconteceu com sujeitos com PIC. Grave, Calugi, Ruocco e Marchesini (2011) investigaram o resultado da perda de peso em pacientes obesos com e sem SCN em situação de internamento. Como o tratamento não foi associado com qualquer melhoria ao nível da sintomatologia depressiva, os autores excluíram a influência das mudanças de humor na redução dos episódios de ingestão noturna. Por outro lado, indicaram um padrão de ingestão compulsiva mais grave e uma maior insatisfação com a forma e o corpo como as únicas duas variáveis associadas à perda de peso em seis meses de *follow-up*.

Quando avaliada a comorbilidade da SCN com o abuso de substâncias, as taxas foram significativamente maiores entre sujeitos que padecem desta síndrome, particularmente, em sujeitos em situação de internamento para perda de peso. De acordo com um estudo de Lundgren et al (2010) 30,6% dos pacientes com SCN preencheram os critérios para uma

Perturbação por Abuso de Substâncias, em comparação com 8,3% dos que não sofrem desta síndrome (Lundgren, Rempfer, Brown, Goetz, & Hamera, 2010; Rand, Macgregor & Stunkard, 1997).

Lundgreen et al (2010) ao avaliarem a prevalência da SCN e PIC entre sujeitos com excesso de peso e obesidade com doenças mentais graves concluíram que indivíduos obesos com doenças mentais graves parecem estar mais susceptíveis ao desenvolvimento de SCN, o mesmo não parece acontecer quanto à PIC. De acordo com os autores do estudo, os níveis elevados de stress, alterações dos padrões de sono e uso frequente de medicamentos poderá explicar a alta prevalência de SCN encontrada nesta população.

### 3.4. Diagnóstico Diferencial

A presença de episódios de alimentação noturna não é uma peculiaridade da SCN, mas também pode ocorrer em outros padrões do comportamento alimentar atípicos, tais como a Bulimia Nervosa ou a PIC. A SCN distingue-se da PIC e da Bulimia Nervosa na medida em que na primeira, o alimentos não têm que ser consumidos, obrigatoriamente, em grandes quantidades nem são acompanhadas por comportamentos compensatórios. A SCN consiste, especialmente numa alteração do horário do consumo alimentar, acabando por perturbar o padrão normal do sono (Geliebter, 2002; Lundgren et al, 2008; Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

Para além disso, clinicamente a SCN deve ser diferenciada de outros comportamentos alimentares noturnos inespecíficos, visto que a alocação da maior parte da fração alimentar para o período noturno ocorre também noutras alterações dos padrões de alimentação e/ou do sono (Colles et al, 2007; Harb & Hidalgo, 2008), tais como a ingestão alimentar como forma de combater a insónia, o hábito de ceiar antes de dormir, alimentação noturna como forma de aliviar epigastralgia em pacientes portadores de úlcera gastroduodenal, pacientes diabéticos que apresentam hipoglicemia durante o sono e despertam para ingerir calorias, entre outros (Mazzetti di Pietralata et al, 2000). Desta forma, a SCN descrita por vários autores como uma combinação de alterações alimentares, do sono e do humor pode ser claramente distinguida de outras alterações do comportamento alimentar relacionadas, tais como a PIC, a PARS ou outras perturbações do sono associadas à alteração do comportamento alimentar (PARS) (Harb & Hidalgo, 2008; Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

### 3.4.1. Síndrome do Comer Noturno e Obesidade

Apesar de não ser formalmente definida ou reconhecida enquanto Perturbação do Comportamento Alimentar, a ocorrência de SCN parece aumentar com o aumento da adiposidade, podendo representar um risco para o desenvolvimento da obesidade. A prevalência da SCN é de 64-14%, entre os pacientes obesos que procuram tratamento para perda de peso em várias unidades médicas, enquanto que aqueles admitidos a cirurgia bariátrica varia entre 86-42%. Uma prevalência ainda maior (de 51 a 64%) tem sido relatada em pacientes com obesidade grave, refratária aos tratamentos. A co-ocorrência da SCN e obesidade também é confirmada pela observação de que a obesidade está presente em 57,1% dos participantes com alimentação noturna e excesso de peso em 28,6% dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais com alimentação noturna (Calugi, Grave & Marchesini, 2009). Um estudo em clínicas psiquiátricas, pacientes obesos eram 5 vezes mais propensos ao desenvolvimento de SCN do que pacientes de peso normal (Stunkard, Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck & O'Reardon, 2009).

Aronoff et al (1994 cit in Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002) mostraram uma forte relação entre a Síndrome do Comer Noturno e o excesso de peso, embora nem todos os estudos concordem com isso. Estes sujeitos podem possuir uma propensão geral para comer demais, mas no fundo o consumo total de energia diária parece ser semelhante com os indivíduos sem SCN. Um estudo avaliou a relação entre uma questão sobre alimentação noturna e a mudança de peso ao longo dos seis anos seguintes. Ao analisarem se um grupo de sujeitos com e sem obesidade se levantavam à noite para comer, 9% das mulheres e 7,4% dos homens responderam afirmativamente. As mulheres obesas que admitiram esse comportamento aumentaram 2Kg ao longo de um período de seis anos, enquanto que as mulheres obesas que negaram ganharam apenas 0,9Kg. Não tendo sido verificada qualquer relação entre o consumo alimentar noturno e o aumento de peso entre os sujeitos não obesos, de ambos os gêneros.

Colles e Dixon (2006) revelaram um aumento significativo na prevalência da SCN, independentemente do IMC. Marshall *et al* (2004), explicam a verificação desta síndrome em diferentes IMC's baseando-se na idade dos sujeitos. Este autor detetou que a principal diferença obtida na comparação entre indivíduos obesos com SCN e não obesos com a mesma síndrome, era a faixa etária mais jovem entre os indivíduos com IMC correspondente a peso normal. Este grau de semelhança nas características entre indivíduos obesos e não obesos com Síndrome do Comer Noturno sugere que esta ocorre independentemente do IMC. No entanto, quanto menor a idade dos sujeitos com peso normal e padrões de alimentação noturna maior a probabilidade de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade. Além disso, 52% dos sujeitos com obesidade relataram que os padrões de alimentação noturna haviam precedido o

aumento de peso (Napolitano *et al* (2001). Spaggiari *et al* (cit in Gluck & O'Reardon, 2009) vêm apoiar esta ideia, relatando que o comer noturno precedeu o aparecimento da obesidade na maioria dos sujeitos com SCN (Marshall, Allison, O'Reardon, Birketvedt & Stunkard, 2004).

Indivíduos obesos com SCN têm mais dificuldade para perder peso do que os que não padecem desta síndrome, experimentando um sucesso limitado com perdas de peso mais pobres durante dietas supervisionadas (Colles & Dixon, 2006; Stunkard, Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck & O'Reardon, 2009). Recentemente, verificou-se que sujeitos com SCN perdiam menos peso do que aqueles que não padecem desta síndrome (4,4Kgs vs 7,3Kgs) no período médio de um mês. Um ano após a cirurgia bariátrica, pacientes com SCN tiveram pesos significativamente mais elevados do que aqueles sem SCN (Grave, Calugi, Ruocco & Marchesini, 2011). Para além destas dificuldades associadas à perda de peso regista-se, ainda, um maior número de complicações e reações negativas inerentes à terapêutica com vista à perda de peso quando comparados com os sujeitos sem a síndrome. O stress, a sintomatologia depressiva e ansiosa também foram positivamente associados com o comer noturno e o processo terapêutico para a perda de peso. O que sugere que esta constitua uma resposta ou mecanismo de  *coping*  face a emoções negativas (Colles & Dixon, 2006).

### 3.4.2. Síndrome do Comer Noturno vs Perturbação de Ingestão Compulsiva

Há um debate considerável sobre se a SCN representa uma entidade distinta entre os indivíduos com excesso de peso ou se é uma variante da PIC em que o episódio de ingestão compulsiva ocorre à noite. Embora os indivíduos com SCN se envolvam, muitas vezes em comportamentos de ingestão compulsiva, os indivíduos com PIC comem grandes quantidades de comida em diferentes momentos do dia, enquanto que sujeitos com SCN acabam por consumir a maioria da sua alimentação diária à noite, o que nem sempre está associado a comportamentos de ingestão compulsiva. (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011). Ou seja, apesar da SCN e da PIC envolverem o consumo de uma grande quantidade de alimentos num período limitado de tempo, a SCN especifica uma hora do dia em que o episódio hiperfágico ocorre. Além disso, a PIC não está associada com a anorexia matinal ou perturbações do sono (Stunkard *et al.*, 1955, 1996). Ambas as perturbações podem partilhar outras características clínicas, tais como comer em resposta a emoções negativas, comer de forma descontrolada até ficar desconfortavelmente cheio, comer sozinho, e sentimentos de culpa, vergonha ou depressão após os episódio de hiperfagia (Napolitano, Head, Babyak & Blumenthal, 2001).

No entanto, apesar da sua frequente cormobilidade a SCN é, atualmente, considerada uma doença digna de entidade separada com uma caracterização clínica própria e com padrões alimentares específicos (Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011). Adami, Meneghelli e

Scopinaro (1999), afirmam que estas são, de fato, perturbações do comportamento alimentar distintas, sendo que, contrariamente ao que ocorre na PIC, a Síndrome do Comer Noturno parece estar totalmente independente de preocupações com a alimentação ou com comportamentos de dieta. Grilo e Masheb (2004) verificaram que pacientes com PIC e SCN apresentavam um IMC significativamente maior do que pacientes com padrões de ingestão compulsiva que não relatavam hábitos de comer noturno. No entanto, não foram detetadas diferenças entre sujeitos com Perturbação de Ingestão Compulsiva e SCN ou sem SCN, no que se refere às medidas de patologia alimentar, nível de auto estima ou sintomatologia depressiva. O que sugeria que a alimentação noturna não contribui para o aumento da gravidade dos resultados encontrados em sujeitos com PIC, isoladamente, os quais indicam níveis, clinicamente, significativos de angústia emocional e prejuízo social. Striegel-Moore et al (2010), mais tarde, também referiram que sujeitos com PIC revelaram maior perturbação em relação ao peso e à forma, preocupações alimentares, auto-estima, depressão e incapacidade funcional, mas o mesmo não acontecia com o IMC ou com hábitos de restrição alimentar.

### 3.4.3. Síndrome do Comer Noturno vs *Sleep- Related Eating Disorder* (SRED)

Enquanto que a SRED é caracterizada apenas pelo consumo alimentar noturno, a Síndrome do Comer Noturno constitui um atraso circadiano no horário das refeições que conduz ao consumo alimentar noturno e à anorexia matinal. A SRED é uma síndrome que se traduz por uma combinação de perturbações do sono e da alimentação. Incluída como categoria diagnóstica na segunda versão da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (2005), no Capítulo de Parasónias, apresenta como característica principal a amnésia total ou parcial para os episódios alimentares noturnos e já possui critérios diagnósticos definidos (apêndice D).

A perturbação caracteriza-se por episódios de ingestão de alimentos ou líquidos involuntários durante “despertares do sono”, que tipicamente ocorrem durante despertares parciais com conseqüente ausência de recordação para o evento (AASM, 2005). Mais especificamente, os sujeitos com SRED acordam parcialmente do sono, envolvendo-se em comportamentos de hiperfagia alimentar. Os episódios podem ocorrer a qualquer momento do ciclo do sono (Vetrugno et al, 2006). De acordo com os estudos realizados para compreender esta síndrome, os sujeitos com esta alteração do padrão de comportamento alimentar relatam uma redução do nível de consciência durante o episódio de alimentação noturna. Alguns pacientes podem não ser facilmente trazidos à consciência durante os episódios, como no clássico sonambulismo (Nadel, 1981), e podem não ter qualquer memória da ingestão alimentar.

Na SRED estes episódios ocorrem, pelo menos uma vez por semana, sendo de notar que são referidos vários episódios de ingestão alimentar noturna numa mesma noite, pela maioria de seus portadores (Winkelman, 2006). Nesses episódios são ingeridos alimentos altamente calóricos, embora sejam naturalmente evitados durante o dia. Nestes episódios alimentares noturnos, os sujeitos com SRED podem consumir não só alimentos ricos em calorias, mas também compostos tóxicos ou nocivos para a saúde combinações (e.g. alimentos congelados ou crus, ração para animais, soluções de limpeza doméstica) (AASM, 2005). Paradoxalmente, a sensação de fome e sede não são referidos durante os episódios hiperfágicos (Schenck et al, 1994). Além disso, esta perturbação aparece muitas vezes associada a outras perturbações do sono como a Perturbação Periódica do Movimento das Pernas, a Síndrome das Pernas Inquietas ou ainda a Apnéia Obstrutiva do Sono. A par com anorexia e distensão abdominal durante a manhã, maior probabilidade de aumento de peso e desenvolvimento de problemas para a saúde física (intoxicações alimentares) e psicológica (dissociação e depressão) (AASM, 2005; Milano, de Rosa, Milano & Capasso, 2011).

Sintomas	BN/BED	SCN	SRED
Anorexia matinal	Usualmente não	Sim	Sim
Hiperfagia noturna	Não	Sim	Não
Hora de ocorrência das compulsões	Sim	Sim (à noite somente)	Não
Compulsões	Sim	Não (pequenos lanches)	Não (itens alimentares bizarros)
Ingestões noturnas	Raramente	Sim	Sim
Despertares noturnos para comer	Sim	Sim	Sem consciência dos despertares
Amnésia para os eventos	Não	Não	Sim
Estudos com polissonografia	Normal	Baixa eficiência do sono	Transtornos do sono: apnéia, pernas inquietas, sonambulismo
Tratamento	Terapia cognitivo-comportamental SSRIs Topiramato	SSRIs Topiramato	Agonista da dopamina, Topiramato

Figura 24. Critérios para diferenciar a SCN da BN, *Binge Eating Disorder* (BED) ou PIC e SRED

#### 3.4.4. Síndrome do Comer Noturno vs Síndrome Noturna de Comer e Beber

A Síndrome Noturna de Comer e Beber (SNCB) foi incluída na Classificação Internacional de Perturbações do Sono da Academia Americana da Medicina do Sono, em 1990, enquanto dissonia extrínseca. Caracterizada por despertares recorrentes com incapacidade para retomar o sono sem comer ou beber algo. Os indivíduos com esta síndrome estão conscientes durante os episódios, e esta não aparece veiculada à existência de perturbações mentais ou clínicas. Os critérios de diagnóstico desta síndrome são os seguintes (Harb & Hidalgo, 2008).

- A. O paciente queixa-se de dificuldades em manter o sono.
- B. O paciente acorda frequente e recorrentemente para comer ou beber.

- C. Para iniciar o sono sente necessidade de ingerir a comida ou a bebida desejada.
- D. A polissonografia demonstra um aumento no número ou duração dos despertares.
- E. Ausência de outra doença mental ou clínica, nem outra perturbação do sono (Harb & Hidalgo, 2008).

### 3.5.Tratamento

Tal como acontece com a PIC e outras perturbações do comportamento alimentar o sucesso do tratamento da SCN exige uma combinação de intervenções terapêuticas. O tratamento inicia-se, geralmente, com a educação ou esclarecimento do paciente relativamente à sua condição com vista a torná-lo mais consciente dos seus hábitos alimentares e poder começar a identificar as variáveis estão associadas a esse padrão de comportamento alimentar. Este tratamento inclui, ainda, uma avaliação e intervenção nutricional, associadas à Terapia Cognitivo Comportamental, à Terapia Comportamental Dialética, e/ou a Terapia Interpessoal combinadas com gestão de stress (Berner & Allison, 2013; Lundgren, Allison & Stunkard, 2012).

#### 3.5.1. Intervenção Cognitivo Comportamental

De acordo com a base teórica e o sucesso obtido nas várias intervenções, a intervenção comportamental para o tratamento da SCN sugere que a gestão de contingências é o elemento fundamental, no entanto, o conflito entre os limites normais de sono e o horários atípicos da ingestão alimentar característica desta síndrome, contribui muitas vezes para o desenvolvimento de pensamentos disfuncionais no que se refere à função da alimentação, e as próprias características da alimentação noturna. Entre esses pensamentos encontramos, por exemplo, a crença de que a pessoa precisa envolver-se em comportamentos alimentares para retomar o sono, pensamentos sobre ser incapaz de evitar comer durante a noite, e os pensamentos sobre a necessidade de comer para aliviar a ansiedade ou agitação durante noite. De salientar que essa crença na necessidade de comer para adormecer parece representar um importante indicador de diagnóstico diferencial entre a PIC e a NES.

Posto isto, a Terapia Cognitivo Comportamental orientada para o tratamento da SCN integra, portanto, intervenções comportamentais com técnicas cognitivas próprias, destinadas a resolver ou racionalizar tais pensamentos. Isso inclui o uso de registros de pensamentos disfuncionais, desenvolvido por Beck, Rush, Shaw (1979) em que os pacientes registam

situações objetivas, pensamentos, emoções resultantes, e os resultados comportamentais. Esta análise de pensamentos disfuncionais é complementada com intervenções ao nível do controlo de estímulos específicos da SCN, como forma de ajudar os sujeitos a testar a validade dos seus pensamentos (por exemplo, da inevitabilidade da sua alimentação à noite ou a sua incapacidade para continuar a dormir sem comer), através da prática comportamental. Esta identificação de pensamentos automáticos subjacente à análise de estímulos ambientais e emoções associadas com o comer noturno favorecem uma análise funcional dos comportamentos alimentares noturno. Outros elementos desta intervenção ao nível das perturbações do sono têm-se se mostrado também bastante eficazes no tratamento da insónia, para isso procura-se melhorar a higiene do sono e padronizar o ciclo sono/vigília matinal (Berner & Allison, 2013; Lundgren, Allison & Stunkard, 2012).

### 2.5.2. Intervenção Farmacológica e Fototerapêutica

Diversos estudos têm investigado os tratamentos para os sintomas da SCN. No que se refere ao tratamento farmacológico, destacam-se o recurso à paroxetina, fluvoxamina e sertralina, enquanto Inibidores Seletivos da Recaptação da Seratonina (ISRS) têm estado na origem de um tratamento da bem sucedido da SCN. Para além disso, a fototerapia caracterizada pela exposição a certos comprimentos de ondas de luz através de um dispositivo emissor de luz para quantidades prescritas de tempo, tem sido investigada no tratamento de perturbações de humor e do sono, devido ao seu efeito regulador da melatonina, aumentando os níveis dessa hormona durante a noite, o que tem despertado o interesse dos investigadores enquanto tratamento potencial para voltar ao ritmo circadiano normal (Berner & Allison, 2013; Lundgren, Allison & Stunkard, 2012).