

PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2018, 19(1), 144-150

ISSN - 2182-8407

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.ptDOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190121>

QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: VALIDAÇÃO E EXPLORAÇÃO EM ADULTOS COM OBESIDADE

Rita Albergaria (malbergaria@ispa.pt)¹□, Filipa Pimenta (filipa_pimenta@ispa.pt)^{1,2}, Constança Moniz Galvão (constanca.damg@gmail.com)¹, Ana Borgas Leal (ana.borgas.leal@gmail.com)¹, Inês Torres Guilherme (inestorresgui@gmail.com)¹, João Maroco (jpmaroco@ispa.pt)⁶, & Isabel Leal (ileal@ispa.pt)⁷

¹ ISPA – Instituto Universitário; ² William James Center for Research

RESUMO: Pretende-se validar o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) numa amostra de adultos com obesidade, e analisar as diferenças entre participantes de São Miguel, Açores, e de Portugal continental, e entre homens e mulheres relativamente à ingestão emocional e externa, e restrição alimentar. No total, 187 adultos com obesidade (70 de São Miguel; 117 de Portugal continental), com uma idade média de 42 anos ($DP = 14,36$) e um IMC médio de 36 kg/m² ($DP = 4,98$), completaram o QHCA e a Escala de Ingestão Compulsiva (EIC). Avaliou-se a validade de constructo (factorial, convergente e discriminante), de critério, a fiabilidade e a sensibilidade do QHCA. Nos resultados, obteve-se um bom ajustamento ($X^2/df=1,83$; $CFI = 0,922$; $TLI = 0,916$; $RMSEA = 0,067$ C.I. 90%]0,060; 0,074[, $p = 0,001$), com adequados valores de pesos factoriais (à excepção dos itens 21 e 29), de sensibilidade e fiabilidade ($\alpha \geq 0,88$). A variância média extraída é adequada ($VME \geq .55$), excepto na subescala de restrição alimentar (0,42); as subescalas ingestão emocional e externa não possuem validade discriminante. A correlação entre a EIC e as subescalas do QHCA são positivas e significativas ($r =]0,53; 0,61$ [, $p < 0,001$), à excepção da subescala da restrição alimentar ($r = 0,03$; $p < 0,668$). A disponibilidade de instrumentos validados é importante para a prática clínica e investigação. O QHCA, um instrumento amplamente utilizado na área, apresenta propriedades psicométricas adequadas nesta amostra portuguesa.

Palavras-chave: comportamento alimentar, obesidade, validação, exploração

DUTCH EATING BEHAVIOR QUESTIONNAIRE: VALIDATION AND EXPLOITATION IN ADULTS WITH OBESITY

ABSTRACT: Aimed the validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) in a sample of adults with obesity, and analyse the differences between participants from São Miguel, Açores, and mainland Portugal, and between men and women regarding emotional and external eating, and restrained eating. A total of 187 adults with obesity (70 from São Miguel; 117 from mainland Portugal), with a mean age of 42 years old ($SD = 14,36$) and a mean BMI of 36 kg/m² ($SD = 4,98$) completed the DEBQ and the Binge Eating Scale (BES). The construct validity (factorial, convergent and discriminant), criterion, reliability and sensitivity of the DEBQ were

□ Rua Jardim do Tabaco, n.34, 1491-041 Lisboa- e-mail: malbergaria@ispa.pt

evaluated. The results showed a good fit ($X^2/df = 1,83$; $CFI = 0,922$; $TLI = 0,916$; $RMSEA = 0,067$ C.I. 90%]0,060; 0,074[, $p = 0,001$), with appropriate values of factorial weights (except items 21 and 29), sensitivity and reliability ($\alpha \geq 0,88$). The average variance extracted is adequate ($AVE \geq 0,55$), except for the subscale of restrained eating (0,42); the subscales of emotional and external eating have no discriminant validity. The correlation between BES and the subscales of DEBQ is positive and significant ($r =]0,53; 0,61$], $p < 0,001$), with an exception of restrained eating ($r = 0,03$; $p < 0,668$). The QHCA, an instrument widely used, presents adequate psychometric properties in this Portuguese sample.

Keywords: eating behaviour, obesity, validation, exploration

Recebido em 04 de Outubro de 2017/ Aceite em 31 de Dezembro de 2017

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2015), em 2014, existiam 600 milhões de pessoas com obesidade no mundo. Em Portugal, 16,4% da população adulta era obesa: 16,2% em Portugal continental, 18,5% no Arquipélago da Madeira e 22,1% no dos Açores (Inquérito Nacional de Saúde, 2014). Um indivíduo com obesidade possui um Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² (WHO, 2015). A etiologia da obesidade é multifactorial, sendo influenciada por factores ambientais, sócio-económicos, genéticos e psicológicos (Christakis & Fowler, 2007; Llewellyn & Wardle, 2015). Além das consequências na saúde dos indivíduos, afecta também a economia (Pereira & Mateus, 2003) devido por exemplo ao absentismo laboral (Colditz, 1999; Galdeano, 2007; Trogdon, Finkelstein, Hylands, Dellea, & Kamal-Bahl, 2008).

O comportamento alimentar de um indivíduo resulta das interações entre o seu estado fisiológico, psicológico e ambiental e, por isto, é preponderante no desenvolvimento e manutenção da obesidade (Leitão, Pimenta, de Herédia, & Leal, 2013; Pfattheicher & Sassenrath, 2014; Viana & Sinde, 2003). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) (van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) conceptualiza três dimensões do comportamento alimentar, nomeadamente, ingestão emocional, a ingestão externa e a restrição alimentar (Elfhag & Morey, 2008; van Strien et al., 1986). A ingestão emocional é uma ingestão excessiva perante emoções negativas (e.g., frustração) (Elfhag & Morey, 2008; Viana & Sinde, 2003). Indivíduos com obesidade recorrem mais frequentemente a esta ingestão, do que pessoas com peso eutrófico (Nattaci & Júnior, 2011). Esta recorrência influencia o desenvolvimento, manutenção e gravidade da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC; Meule, Alison, & Platte, 2014; Stice, 2002). A ingestão externa resulta da ingestão de alimentos devido a estímulos externos (e.g., cheiro do alimento) (Magalhães & Motta, 2012; Rebelo & Leal, 2007). Indivíduos com obesidade são mais propensos a este tipo de ingestão (Magalhães & Motta, 2012; Rebelo & Leal, 2007; van Strien, Frijters, Roosen, Knuijman-Hijl, & Defores, 1985). A PIAC está também associada à maior frequência de ingestão externa (Schulz & Laessle, 2010). Ao exercer restrição alimentar o indivíduo controla a sua ingestão para controlar o seu peso corporal (Elfhag & Morey, 2008; Rebelo & Leal, 2007; Viana & Sinde, 2003). Pessoas com obesidade praticam o comportamento de restrição alimentar mais frequentemente, pelo que a hipersensibilidade a estímulos externos pode ser consequente ao período de restrição (Rebelo & Leal, 2007).

Este instrumento já foi validado para a língua holandesa (van Strien et al., 1986), portuguesa (Viana & Sinde, 2003), inglesa (Wardle, 1987), francesa (Bailly, Maitre, Amanda, Hervé, & Alaphilippe, 2012), turca (Bozan, Bas, & Asci, 2011), italiana (Dakanalis, et al., 2013), espanhola (Cebolla, Barrada, van Strien, Oliver, & Baños, 2014), alemã (Nagl, Hilbert, de Zwaan, Braehler, & Kersting, 2016) e maltesa (Dutton & Dovey, 2016), algumas das referidas contemplaram

QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

indivíduos com obesidade, já outras indivíduos com peso eutrófico. Assim, contrariamente à validação de Viana e Sinde (2003), esta validação contempla apenas adultos com obesidade (atendendo às suas particularidades), bem como indivíduos insulares e de Portugal continental.

Este estudo pretende: (1) comparar o comportamento alimentar entre indivíduos de Portugal continental e de S. Miguel, Açores, e entre indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino; (2) validar o QHCA para uma amostra de adultos portugueses com obesidade.

MÉTODO

Participantes

Amostra por conveniência de 187 adultos com obesidade (117 de Portugal continental, 70 de S. Miguel), com média de idade de 42 anos ($DP = 14,36$) e de IMC de 36 kg/m^2 ($DP = 4,97$). No total participaram 129 mulheres (69%).

Material

Comportamento alimentar. O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA; van Strien et al., 1986), adaptado e validado à população portuguesa (Viana & Sinde, 2003), avalia o comportamento alimentar dos participantes. É composto por 33 itens e 3 subescalas, i.e., Restrição Alimentar (10 itens; e.g., “Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?”), Ingestão Externa (10 itens; e.g., “Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?”) e Ingestão Emocional (13 itens; e.g., “Tem desejo de comer quando se sente irritado(a)?”). A escala de resposta *Likert* de 5 pontos varia de 1- *Nunca a 5-Muito Frequentemente*. O *score* de cada subescala é obtido pela média; a subescala com pontuação mais elevada evidencia o estilo alimentar mais frequentemente praticado. O instrumento já demonstrou ter propriedades psicométricas adequadas, numa amostra de jovens e adultos (Viana & Sinde, 2003).

Ingestão compulsiva. A Escala de Ingestão Compulsiva (EIC; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) validada por Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012), descreve comportamentos, sentimentos e cognições associados à ingestão compulsiva, classificando a sua gravidade. É composta por 16 itens e 62 afirmações (e.g., “Tenho o forte hábito de comer quando estou aborrecido. Nada parece ajudar-me a parar com esse hábito”); as afirmações variam de ausência a gravidade máxima do comportamento. As respostas são dadas numa escala *Likert* de 3 pontos, pontuadas de acordo com as diretrizes dos autores da escala original. A pontuação é obtida pelo somatório dos pontos de cada item - participantes com ≤ 17 pontos não têm PIAC, entre 18 e 26 possuem PIAC moderada e ≥ 27 PIAC grave. O instrumento revelou boas qualidades psicométricas (Tapadinhas & Pais-Ribeiro, 2012).

Dados sociodemográficos. Utilizou-se ainda um questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade e IMC (auto-reporte de peso e altura).

Procedimento

A amostra foi recolhida em formato *online* (e.g., *Facebook*, fóruns associados à temática de obesidade) e em formato papel, em contextos comunitários e clínicos. Em contextos comunitários, através do método *snowball*, entregaram-se 2 cópias do consentimento informado e uma do questionário, num envelope aberto. Os participantes eram instruídos a devolver o questionário preenchido no envelope selado ao investigador ou a um colaborador da investigação – foram apenas considerados questionários com consentimento informado rubricado e critérios de

inclusão validados (i.e., idade ≥ 18 anos, IMC ≥ 30 kg/m² e manutenção de obesidade há, pelo menos, 12 meses). Em contextos clínico e hospitalar foram requeridas as autorizações (o estudo conta com a aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria de Lisboa, assim como com a aprovação por parte da Coordenação Clínica de duas clínicas – uma para o tratamento de obesidade, incluindo cirurgia, e outra focada na intervenção nutricional) e apresentados os objetivos da investigação aos seus profissionais que colaboraram no contacto com os utentes/clientes. Estes profissionais informavam os utentes (que iam ao encontro dos critérios de inclusão) do objetivo da investigação e, se interessados e após autorização, os utentes/clientes eram contactados pelos investigadores por chamada telefónica, e-mail ou pessoalmente para aplicação do questionário de triagem. Cumprindo critérios de inclusão, era-lhes facultado o consentimento informado e, após assinatura, o questionário de auto-preenchimento, sendo que cada participante preencheu o respectivo questionário individualmente. Foram salvaguardados princípios éticos da American Psychological Association (APA, 2002) e do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011).

Análise Estatística

Utilizou-se o teste *t-Student* para averiguar diferenças entre participantes que completaram o QHCA em formato *online* e em papel relativamente às 3 subescalas (i.e., ingestão emocional, externa e restrição alimentar). O mesmo foi feito para averiguar diferenças entre participantes de S. Miguel e Portugal continental e indivíduos do sexo feminino e masculino. Procedeu-se à análise da validade de constructo do QHCA através da sua análise factorial confirmatória (AFC) – a qualidade do ajustamento do modelo foi aferida através do chi-square statistics to the degrees of freedom (χ^2/df), comparative fit index (CFI), goodness of fit index (GFI) e root mean square error of approximation (RMSEA), com os seguintes valores de referência para um ajustamento no mínimo bom, utilizados nos modelos de equações estruturais ($\chi^2/df \leq 2$; CFI $\geq 0,9$; TLI $\geq 0,9$; RMSEA $\leq 0,10$; $p \geq 0,05$) (Maroco, 2014). Explorou-se a sensibilidade através dos mínimos e máximos e da assimetria $|sk|$ e curtose $|ku|$ (adequados se $|sk| \leq 3$ e $|ku| \leq 7$), a sua fiabilidade (aceitável, se $\alpha \geq 0,7$). Analisou-se a validade convergente através da variância média extraída (VME, adequada quando $\geq 0,5$). E através da correlação de Pearson's, a validade critério entre a QHCA e a EIC. Recorreu-se, para tal, ao Statistical Package for Social Sciences - SPSS 23.0, e ao Analysis of Moment Structure - AMOS 22.0.

RESULTADOS

Relativamente à análise entre participantes que completaram o QHCA em formato *online* e os que preencheram em papel não se verificaram diferenças relativamente à ingestão emocional ($t(185) = 1,09$; $p = 0,27$) e restrição alimentar ($t(52,577) = 0,08$; $p = 0,41$); contrariamente à subescala de ingestão externa ($t(185) = 3,12$; $p = 0,002$) entre indivíduos que preencheram o QHCA em formato *online* ($M_{\text{ext}} = 3,48$; $DP_{\text{ext}} = 0,74$) e papel ($M_{\text{ext}} = 3$; $DP_{\text{ext}} = 0,9$).

Entre participantes de Portugal continental e de S. Miguel verificaram-se diferenças na ingestão emocional ($t(185) = -3,36$; $p = 0,001$), externa ($t(185) = -5,722$; $p < 0,001$) e restrição alimentar ($t(185) = 2,18$; $p = 0,03$). Sendo que os participantes insulares, em média, recorrem com mais frequência à ingestão emocional ($M = 3,19$; $DP = 1,19$) e externa ($M = 3,55$; $DP = 0,87$), contrariamente à restrição alimentar ($M = 2,6$; $DP = 0,82$) comparativamente a indivíduos de Portugal continental ($M_{\text{emoc}} = 2,63$; $DP_{\text{emoc}} = 1,06$; $M_{\text{ext}} = 2,84$; $DP_{\text{ext}} = 0,79$; $M_{\text{rest}} = 2,86$; $DP_{\text{rest}} = 0,74$).

QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Verificaram-se diferenças entre participantes do sexo feminino ($M_{\text{ext}} = 3,01$; $DP_{\text{ext}} = 0,85$) e masculino ($M_{\text{ext}} = 3,32$; $DP_{\text{ext}} = 0,93$) na ingestão externa ($t(185) = -2,27$; $p = 0,02$). O mesmo não se verificou na ingestão emocional ($t(93,779) = 0,44$; $p = 0,65$), nem na restrição alimentar ($t(185) = 1,23$; $p = 0,220$).

O modelo de medida do QHCA demonstrou bom ajustamento ($X^2/df = 1,83$; $CFI = 0,92$; $TLI = 0,91$; $RMSEA = 0,06$ C.I. 90%]0,06; 0,07[, $p = 0,001$), com pesos factoriais adequados, exceptuando os itens 21 e 29 ($\lambda_{21} = 0,41$; $R^2 = 0,17$; $\lambda_{29} = 0,38$; $R^2 = 0,15$). Os valores de sensibilidade ($|ku| < 7$; $|sk| < 3$) e fiabilidade ($\alpha_{\text{emoc}} = 0,97$; $\alpha_{\text{ext}} = 0,92$; $\alpha_{\text{rest}} = 0,88$) foram igualmente muito satisfatórios. A VME apresentou valores adequados ($VME_{\text{emoc}} = 0,73$; $VME_{\text{ext}} = 0,55$), excepto na subescala de restrição alimentar ($VME_{\text{rest}} = 0,42$); adicionalmente, as correlações entre a EIC e as subescalas do QHCA são fortes/moderadas, positivas e significativas ($r_{\text{emo-EIC}} = 0,61$; $p < 0,001$; $r_{\text{ext-EIC}} = 0,53$; $p < 0,001$), contrariamente à restrição alimentar ($r_{\text{rest-EIC}} = 0,03$; $p < 0,66$).

DISCUSSÃO

As diferenças encontradas entre os participantes de S. Miguel e os de Portugal continental nos tipos de comportamento alimentar evidenciam a importância da inclusão de indivíduos insulares em estudos com amostras portuguesas. Com base na análise dos dados desta amostra, os participantes insulares recorrem com mais frequência à ingestão emocional e externa, comparativamente a indivíduos de Portugal continental, o que nos motiva ao progresso da investigação nesta área. Além disto, as diferenças entre participantes do sexo feminino e do sexo masculino no que respeita à ingestão externa, poderão ser justificadas pela maior prevalência de mulheres, do que homens em estudo.

Os resultados evidenciam a adequação do QHCA, tendo sido demonstradas as validades de constructo (factorial e convergente) e de critério, a sensibilidade e a fiabilidade. Refere-se como principal limitação a diferença estatística entre os indivíduos que preencheram o questionário em formato online e aqueles que o fizeram em formato papel relativamente à ingestão externa e a amostra ser constituída por uma proporção desigual de homens e mulheres.

FINANCIAMENTO

Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT (grant SFRH/BPD/77799/2011) e William James Center for Research (grant UID/PSI/04810/2013).

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA: Washington.
- Bailly, N., Maitre, I., Amanda, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ): Assessment of eating eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, 50(3), 853-858. doi: 10.1016/j.appet.2012.08.029.
- Bozan, N., Bas, M., & Ascı, F. (2011). Psychometric properties of Turkish version of Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ): A preliminary results. *Appetite*, 56(3), 564-566. doi: 10.1016/j.appet.2011.01.025.
- Cebolla, A., Barrada, J., van Strien, T., Oliver, E., & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch

- Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64. doi: 10.1016/j.appet.2013.10.014.
- Christakis, N., & Fowler, J. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years, *The New England Journal of Medicine*, 357(9), 370-79. doi: 10.1056/NEJMsa066082.
- Colditz, G. (1999). Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, s663–s667. doi: 10.1097/00005768-199911001-00026.
- Dakanalis, A., Zanetti, M., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric properties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187-195. doi: 10.1016/j.appet.2013.08.010.
- Dutton, E., & Dovey, T. (2016). Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) among Maltese women. *Appetite*, 107, 9-14. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.017.
- Elfhag, K., & Morey, L. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9, 285-293. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.003.
- Galdeano, A. (2007). *An economic analysis of obesity in europe: Health, medical care and absenteeism costs*. Fundacion de Estudios de Economia Aplicada.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde. (2016, Dezembro 15)*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESest_boui=224733757&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Leitão, M., Pimenta, F., de Herédia, T., & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma perda de peso bem-sucedida. *Alimentos e Nutrição=Brazilian Journal of Food and Nutrition*, 24(4), 393-401.
- Llewellyn, C., & Wardle, J. (2015). Behavioral susceptibility to obesity: Gene–environment interplay in the development of weight. *Physiology & Behavior*, 152, 494-501. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.07.006.
- Magalhães, P., & Motta, D. G. (2012). Uma abordagem psicossocial do estado nutricional e do comportamento alimentar de estudantes de nutrição. *Alimentos e Nutrição=Brazilian Journal of Food and Nutrition*, 37(2), 118-132. doi: 10.4322/nutrire.2012.010.
- Maroco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. 2nd ed. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Meule, A., Allison, K. C., & Platte, P. (2014). Emotional Eating Moderates the Relationship of Night Eating with Binge Eating and Body Mass. *European Eating Disorders Review*, 22, 147-151. doi: 10.1002/erv.2272.
- Natacci, L. C., & Júnior, M. F. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394. doi: 10.1590/S1415-52732011000300002.
- Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E., & Kersting, A. (2016). The German version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric properties, measurement invariance, and population-based norms. *PLoS One*, 11(9), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0162510.
- Pereira, J., & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80

QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

- Pfattheicher, S., & Sassenrath, C. (2014). A regulatory focus perspective on eating behavior: how prevention and promotion focus relates to emotional, external, and restrained eating, *Frontiers in Psychology*, 5, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01314.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 25(3), 467-477. doi: 10.14417/ap.458.
- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behavior in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 15(4), 287-293. doi: 10.1007/BF03325311.
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. In C. Fairburn, (Ed.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive Handbook* (2nd ed.) (pp. 103-107). New York: The Guilford Press.
- Tapadinhas, A. R., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação da Escala de Ingestão Compulsiva (BES) – Um estudo com uma amostra de obesos portugueses. In J.Pais-Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, A. Torres, I. Direito, & P. Vagos (Eds.). *Actas 9o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.31-36). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Trogdon, J., Finkelstein, E., Hylands, T., Dellea, P., & Kamal-Bahl, S. (2008). Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 489-500. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00472.x.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico*. OPP: Lisboa.
- van Strien, T., Frijters, J. E., Roosen, R. G., Knuijman-Hijl, W. J., & Defores, P. B. (1985). Eating behavior, personality traits and body mass in women. *Addictive Behaviors*, 10, 333-343. doi: 10.1016/0306-4603(85)90029-2.
- van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71.
- Wardle, J. (1987). Eating style. A validation study of the the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 161-169.
- World Health Organization. (2015). Obesity and Overweight. (Fact sheet no311). (2016, Dezembro 15). Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.