

MESTRADO  
PSICOLOGIA

# Aplicação Móvel para Mulheres com Ingestão Alimentar Compulsiva: Um Estudo Qualitativo de Viabilidade

Helena Carneiro Gouveia da Silva

**M**

2024



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**APLICAÇÃO MÓVEL PARA MULHERES COM INGESTÃO ALIMENTAR  
COMPULSIVA: UM ESTUDO QUALITATIVO DE VIABILIDADE**

**Helena Carneiro Gouveia da Silva**

Outubro 2024

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Mariana Veloso Martins* (FPCEUP).

## AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Mariana Martins por orientar esta dissertação e por se ter tornado uma referência tão importante para mim ao longo do meu percurso de Mestrado. Obrigada por complementar a minha incerteza com confiança e a minha curiosidade com o seu conhecimento.

À Dr.<sup>a</sup> Telma Cruz por me acolher com tanto carinho no seu projeto. Pela paciência e pelo cuidado com que esclareceu todas as minhas dúvidas. Pela sua disponibilidade e apoio constantes e pelos seus enormes contributos nesta dissertação.

À Helena pela amizade que construímos. Quem diria que a primeira pessoa com quem falamos no primeiro dia de faculdade seria a mesma com a qual dizemos adeus a esta etapa. Mas, na verdade, nós já sabíamos. Obrigada à Bea e à Inês por completarem tão bem este grupo. Por exagerarmos sempre os nossos dramas e festejarmos quando tudo corre bem no final.

À Joana e à Maria que, longe ou perto, estão sempre a torcer por mim.

Ao Luís pela empatia, pela pureza que lhe é tão característica e pelo amor que me transmite. Por me ouvir a falar por horas sobre psicologia e sobre os meus problemas, mas fazê-lo com o interesse de quem quer conhecer o meu mundo. Por me dar segurança e amparo nos momentos mais difíceis, principalmente na escrita desta dissertação. Por cuidar tão bem de mim.

Aos meus pais por, apesar de nem sempre compreenderem ou concordarem com as minhas escolhas, abrirem caminho para eu as poder traçar. Ao meu pai por me tirar a rodinhas da bicicleta e do mundo. À minha mãe por toda a preocupação, carinho e acolhimento.

À minha irmã por ser o meu maior exemplo e por apoiar todos os meus sonhos.

Às minhas lindas avós por todo o amor e por se preocuparem tanto com a minha educação.

E, por fim, um obrigada muito especial a todas as participantes deste estudo pela disponibilidade e dedicação.

## **Resumo**

A bulimia nervosa (BN) e a perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC) são perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) caracterizadas por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (IAC) com comprometimento significativo na saúde física e psicológica sujeitos. Apesar da existência de tratamentos psicológicos com evidência científica da sua eficácia, persistem barreiras significativas no acesso e adesão aos mesmos. As aplicações móveis oferecem uma alternativa promissora no tratamento e prevenção das PAI. O presente estudo teve como objetivo compreender as percepções de viabilidade de psicólogos e mulheres com episódios de IAC acerca da eMOTE - uma aplicação móvel de autoajuda, baseada na terapia comportamental dialética, destinada a mulheres com episódios de IAC. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com sete psicólogos e quatro mulheres com episódios de IAC. Os dados foram analisados de acordo com a análise temática. Os resultados indicaram que a eMOTE é viável para prosseguir para estudos de eficácia, apresentando aceitabilidade prospetiva. As participantes destacaram o potencial da aplicação para facilitar a acessibilidade ao apoio psicológico, aumentar a consciência acerca do problema e promover a regulação emocional, levando à redução de comportamentos alimentares desadaptativos. No entanto, emergiram preocupações relacionadas com a manutenção da consistência do uso da aplicação e a falta de assistência. Sugestões para melhorar a aplicação incluíram o aumento e a personalização dos lembretes, notificações e reforços positivos. Este estudo oferece contributos valiosos para o desenvolvimento de uma aplicação validada profissionalmente e sensível às necessidades da população-alvo, informando o delineamento de futuras intervenções na área.

## **Abstract**

Bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED) are eating and feeding disorders (EFD) characterized by recurrent episodes of binge eating with significant impairment on individuals' physical and psychological health. Despite evidence-based psychological treatments, significant barriers to access and adherence persist. Mobile applications offer a promising alternative in the treatment and prevention of EFD. The present study aimed to understand the feasibility perceptions of psychologists and women with binge eating regarding eMOTE – a self-help mobile application, based on dialectical behavior therapy, for women with binge eating. Semi-structured interviews were conducted with seven psychologists and four women with binge eating episodes. Data were analyzed according to thematic analysis. Results indicated that eMOTE is feasible to proceed to efficacy studies, showing prospective acceptability. Participants highlighted the applications's potential to facilitate accessibility to psychological support, increase problem awareness, and promote emotional regulation, leading to a reduction in maladaptive eating behaviors. However, concerns emerged regarding the maintenance of consistent application use and the lack of assistance. Suggestions for improving the application included increasing personalized reminders, notifications, and positive reinforcements. This study provides valuable contributions to the development of an application that is professionally validated and sensitive to the intended audience's needs, informing the design of future interventions in this field.

## **Introdução**

### **1. Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

As perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) são condições de saúde graves e persistentes (Schmidt et al., 2016). Estas são caracterizadas por alterações disfuncionais no comportamento alimentar e no controlo do peso corporal (Treasure et al., 2020). As PAI estão fortemente associadas a comorbilidades físicas e psiquiátricas, comprometendo significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial dos sujeitos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

As PAI têm uma elevada prevalência a nível mundial, especialmente nas mulheres (Galmiche et al., 2019). Segundo os autores, estima-se que 8.4% das mulheres desenvolvem uma PAI ao longo da vida. A bulimia nervosa (BN) e a perturbação da ingestão alimentar compulsiva (PIAC) são as duas PAI mais comuns (Tannous et al., 2021). Nos Estados Unidos da América (EUA), a sua prevalência no sexo feminino é de 1.9% e 2.8%, respetivamente (Galmiche et al., 2019). Na Europa, 1%-2% das mulheres reportam BN e 1%-4% reportam PIAC (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Em Portugal, de acordo com os dados dos inquéritos mundiais de saúde mental da Organização Mundial de Saúde, 2.4% da população é afetada pela BN e 0.8% pela PIAC (Kesslet et al., 2013).

De acordo com os critérios de diagnóstico da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-V; APA, 2013), a PIAC é caracterizada por episódios recorrentes de IAC. Nestes episódios, uma quantidade de comida significativamente grande (superior à que a maioria das pessoas ingeriria no mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes) é ingerida, acompanhada de uma sensação de perda de controlo. Adicionalmente, os episódios devem incluir pelo menos três das seguintes características: comer mais rapidamente do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome física, comer sozinho por vergonha da quantidade de comida que se está a ingerir e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido e/ou culpado após o episódio. Estes episódios ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses e estão associados a sofrimento significativo. Na PIAC o sujeito não se envolve em comportamentos compensatórios inapropriados (APA, 2013). Por sua vez, um diagnóstico de BN é igualmente caracterizado pela presença de episódios recorrentes de IAC, mas os sujeitos envolvem-se em comportamentos compensatórios inapropriados para procurarem impedir o ganho de peso. Estes comportamentos ocorrem, em média, pelo menos

uma vez por semana e podem incluir o vômito autoinduzido; o uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; o jejum e o exercício físico excessivo. Adicionalmente, a autoavaliação dos sujeitos é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (APA, 2013).

À semelhança de outras PAI, a etiologia da PIAC e da BN é complexa e multifatorial (Solmi et al., 2024). A literatura sugere a interação entre fatores predisponentes (e.g. vulnerabilidade biológica), associados a fatores precipitantes (e.g. dieta restritiva) e fatores de manutenção (e.g. isolamento social) que perpetuam o quadro clínico (Giel et al., 2023; Treasure et al., 2020; Treasure et al., 2022). Disfunções no espectro da impulsividade podem estar na centralidade dos episódios de IAC, incluindo dificuldades ao nível da regulação emocional (Giel et al., 2023). De facto, estudos apontam a desregulação emocional como um fenómeno transdiagnóstico nas PAI (Brockmeyer et al., 2013). A regulação emocional envolve a capacidade do sujeito experienciar, reconhecer, compreender, modular e atenuar as suas emoções em diferentes situações (Rozakou-Soumalia et al., 2021). No entanto, a literatura sugere que indivíduos com uma PAI apresentam significativamente mais dificuldades de regulação emocional (Brockmeyer et al., 2013), podendo recorrer à IAC e/ou comportamentos compensatórios inapropriados como estratégias disfuncionais para regular as suas emoções (Ben-Porath et al., 2020; Haedt-Matt et al., 2014). Neste sentido, a dimensão emocional parece estar fortemente associada à psicopatologia alimentar, o que reforça o seu potencial papel no tratamento destas dificuldades (Kenny et al., 2019).

## **2. Intervenção Psicológica: Barreiras e Limitações**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia comportamental dialética (TDC) e a terapia interpessoal (TI) são o tratamento psicológico com mais evidências científicas para as PAI (Hilbert et al., 2019; Slade et al., 2018). A TCC de autoajuda é considerada o tratamento psicológico de primeira linha para a BN e para a PIAC (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017).

No entanto, a acessibilidade e a adesão dos sujeitos aos tratamentos disponíveis persistem como um desafio (Halmi, 2013; Nogueira et al., 2024). A literatura sugere que apenas 17%-31% dos indivíduos com uma PAI diagnosticável procuram um tratamento especializado para a mesma (Hart et al., 2011). No mesmo sentido, mais de 50% das pessoas afetadas pela PIAC não procuram ajuda para o seu problema (Coffino et al., 2019). Duas revisões sistemáticas da literatura demonstraram que as principais barreiras à procura de tratamento para

as PAI são o estigma e a vergonha (Ali et al., 2016; Daugelat et al., 2023). Outras barreiras comuns são a negação e a falta de percepção da gravidade do problema, falta de acessibilidade aos serviços de saúde (e.g. longas listas de espera, distância geográfica, custos elevados), atitudes negativas face aos tratamentos disponíveis e preferência pela autogestão do problema (Ali et al., 2016; Daugelat et al., 2023).

Em Portugal, existe uma dificuldade generalizada no acesso a cuidados psicológicos e psiquiátricos (Nogueira et al., 2024). O tempo de espera por uma consulta de psicologia, reportado em novembro de 2022 por 12 instituições do serviço nacional de saúde, variou entre 15 e 148 dias (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023). O tempo de espera por uma consulta de psiquiatria variou entre 10 e 349 dias. Adicionalmente, de acordo com as percepções de uma amostra de universitários do país, a principal barreira ao acesso de cuidados de saúde mental é a financeira, seguindo-se a falta de percepção da gravidade do problema, a incerteza acerca da utilidade dos recursos disponíveis, longas listas de espera, a normalização do stress percebido e a crença de que o problema irá melhorar naturalmente (Nogueira et al., 2024).

A literatura demonstra que uma duração mais prolongada das PAI está associada a um pior prognóstico e ao risco de um curso crónico da doença (Giel et al., 2023). Deste modo, uma identificação e intervenção precoces das perturbações são fundamentais para uma recuperação total (Schmidt et al., 2016). Supletivamente, revela-se crucial fornecer apoio numa fase inicial do problema, para procurar prevenir a manifestação de uma PAI completa (Lindenberg et al., 2011). Neste sentido, intervenções precoces, quando os sujeitos demonstram alguns sintomas, mas ainda não apresentam comportamentos graves e extremos de restrição alimentar, IAC e comportamentos compensatórios inapropriados, podem impactar positiva e significativamente a trajetória destas perturbações (McClelland et al., 2018). Apesar de indivíduos com um quadro subclínico de PAI poderem apresentar uma menor frequência e intensidade de sintomas do que casos diagnosticáveis estes também experienciam um elevado sofrimento emocional e comprometimento psicossocial (APA, 2013), podendo apresentar níveis semelhantes de psicopatologia (Withnell et al., 2022).

Neste sentido, urge a necessidade de disponibilizar intervenções com uma ampla acessibilidade e capazes de responder atempadamente às necessidades de pessoas com estas dificuldades alimentares (Lindenberg et al., 2011).

### 3. Aplicações Móveis: Uma Alternativa Emergente

Num contexto global em rápida transformação e em crescente necessidade de cuidados de saúde mental, as aplicações móveis emergem como uma resposta útil e potencialmente necessária (Park et al., 2022). Entre as suas vantagens, destaca-se a possibilidade de tornarem os cuidados de saúde mental mais acessíveis e personalizáveis (Nogueira et al., 2023). Adicionalmente, devido à sua usabilidade, baixo custo e flexibilidade (Linardon et al., 2022; Neto et al., 2024), as aplicações móveis de saúde mental podem ajudar a superar alguns dos obstáculos supramencionados.

As aplicações móveis no âmbito da saúde mental têm-se focado em áreas como a psicoeducação, avaliação, monitorização de sintomas, intervenção e desenvolvimento de competências (Neto et al., 2024) com um papel importante na prevenção das PAI (McClelland et al., 2018). Tendo em conta que os *smartphones* são, atualmente, parte integrante do quotidiano de grande parte da população, estas aplicações revelam-se promissoras na promoção do envolvimento dos indivíduos com a intervenção, facilitando a gestão dos seus sintomas (Ahmadiankalati et al., 2020).

Existe um interesse crescente pela utilização de aplicações móveis no âmbito das PAI, tanto como uma intervenção de autoajuda, como de forma complementar à intervenção psicológica presencial (Torou set al., 2021). Literatura recente aponta que indivíduos com uma PAI reportam uma preferência pelo uso de aplicações móveis para a automonitorização e autogestão das suas dificuldades alimentares, sugerindo que a sua procura é elevada (Khan et al., 2023). Neste contexto, as aplicações móveis têm-se mostrado úteis e aceitáveis entre os utilizadores, constituindo uma abordagem potencialmente eficaz na redução da psicopatologia alimentar e respetivas comorbilidades (Ahmadiankalati et al., 2020).

A literatura acerca da utilização de aplicações móveis no âmbito da saúde mental é emergente. Park e colaboradores (2022) alertam para a importância da condução de estudos de viabilidade e aceitabilidade no desenvolvimento destas aplicações. Neste âmbito, a inclusão de perceções de utilizadores e profissionais de saúde mental afigura-se fundamental para o desenvolvimento de aplicações móveis cientificamente validadas, adaptadas às necessidades da população-alvo e passíveis de serem implementadas na prática. No entanto, apesar de necessária, esta literatura é escassa (Park, 2022).

A nível internacional, um estudo qualitativo explorou as perceções conjuntas de psicólogos com experiência no tratamento das PAI e de sujeitos com episódios de IAC acerca

de uma potencial aplicação de autoajuda guiada para a IAC (Juarascio et al., 2015). Os resultados demonstraram que ambos os grupos consideraram que a aplicação seria viável e aceitável.

Em Portugal, existem pelo menos três estudos quantitativos que procuraram compreender as atitudes de indivíduos e profissionais de saúde mental relativamente a intervenções digitais gerais e aplicações móveis de saúde mental. No entanto, estes não abordam especificamente aplicações no âmbito das PAI. Mendes-Santos e colaboradores (2020) estudaram as atitudes dos psicólogos face a intervenções digitais. Os resultados indicaram que a maioria dos psicólogos portugueses não estava familiarizada com intervenções digitais na saúde mental e demonstrava uma atitude tendencialmente negativa ou neutra em relação às mesmas. Adicionalmente, os profissionais apresentavam uma maior aceitabilidade quando a intervenção digital era complementar à intervenção presencial, em comparação com intervenções digitais usadas de forma autónoma.

De modo semelhante, Nogueira-Leite e colaboradores (2023) exploraram as atitudes de psicólogos e psiquiatras em Portugal em relação a aplicações móveis no âmbito da saúde mental. Os profissionais demonstraram expectativas positivas relativamente aos potenciais benefícios das aplicações para os utilizadores, especialmente no que diz respeito ao aumento da adesão terapêutica, melhoria da literacia em saúde e gestão do problema.

Adicionalmente, Nogueira-Leite e colaboradores (2024) procuraram compreender as atitudes de universitários portugueses em relação à utilização de aplicações móveis de saúde mental. Os resultados demonstraram que o uso das aplicações estava positivamente relacionado com o stress percebido, a perceção de se ter um problema de saúde mental e o uso de estratégias de *coping* preexistentes. Por outro lado, a preocupação com a privacidade dos dados estava negativamente associada com o uso das aplicações. Para 83.3% dos 539 participantes, a gratuidade das aplicações de saúde mental foi considerada um fator crucial para a sua utilização. Trabalhar emoções e pensamentos negativos foi a funcionalidade mais desejada pelos participantes, seguindo-se a identificação e o reconhecimento de sintomas e a possibilidade de os monitorizarem.

#### 4. O Presente Estudo

As aplicações móveis oferecem uma alternativa inovadora e promissora na prevenção e tratamento das PAI (Torou et al., 2021). No entanto, urge a necessidade de as desenvolver e implementar de forma cientificamente validada (Nogueira-Leite, 2023). Neste sentido, a literatura sugere que os ensaios randomizados controlados (RCT) são o mais alto nível de evidência para testar a eficácia de uma nova intervenção em saúde (Zabor et al., 2020).

O presente estudo insere-se no âmbito do projeto de Doutorado: *“Dialectical behavior therapy and binge eating: Development and efficacy of a self-help application for smartphone”* que conta com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (2021.08470.BD). Este tem como objetivo o desenvolvimento e avaliação da eficácia, através de um RCT, de uma aplicação móvel de autoajuda, baseada na TCD, destinada a mulheres com episódios de IAC - a eMOTE.

Assim, previamente à condução do RCT de eficácia da eMOTE, identificou-se a necessidade de realizar um estudo qualitativo de viabilidade. Os estudos de viabilidade têm como objetivo ajudar a determinar se uma intervenção deve avançar para estudos de eficácia (Bowen et al., 2009). A literatura atual sugere que estes são fundamentais no desenvolvimento de evidência científica acerca de aplicações móveis em saúde mental (Park et al., 2022) e enfatiza a pertinência da investigação qualitativa neste contexto (Elfeky et al., 2022). De acordo com Bowen e colaboradores (2009), os estudos de viabilidade podem focar-se em várias áreas, destacando-se a aceitabilidade. A aceitabilidade procura compreender de que modo a população-alvo e pessoas de interesse recebem e reagem à nova intervenção (Bowen et al., 2009). Sekhon e colaboradores (2017) propõem que a aceitabilidade de uma nova intervenção pode e deve ser avaliada de forma prospetiva. Como tal, mesmo antes de experienciarem uma nova intervenção, pacientes e profissionais de saúde podem partilhar as suas perceções acerca da potencial aceitabilidade da mesma (Sekhon et al., 2017).

A literatura sugere que incluir na investigação as vozes dos membros da comunidade afetados pelo problema a ser estudado aumenta a probabilidade da adesão à nova intervenção e o alcance de resultados clinicamente significativos (Sekhon et al., 2017). Neste sentido, a integração das perceções de mulheres com episódios de IAC afigura-se fundamental neste estudo. Como população-alvo da intervenção, estas participantes podem oferecer perspetivas únicas e valiosas sobre as suas expectativas e necessidades específicas, a utilidade percebida da aplicação e as potenciais barreiras e facilitadores da sua utilização. Por outro lado, o sucesso de qualquer nova intervenção depende do apoio e da validação dos profissionais de saúde (Ferreri

et al., 2018). De facto, no contexto português, identifica-se a necessidade da validação técnica e clínica destas aplicações e os contributos dos profissionais de saúde mental são fortemente recomendados (Nogueira-Leite et al., 2023). Neste sentido, torna-se essencial compreender as perceções de psicólogos com experiência no tratamento das PAI em relação à eMOTE. A expertise clínica destes profissionais coloca-os numa posição privilegiada para avaliar a potencial utilidade clínica da aplicação e identificar possíveis riscos da sua utilização e sugestões para melhorar o seu desenvolvimento.

Assim, o presente estudo tem como objetivo aceder às perceções de mulheres com episódios de IAC e de psicólogos com experiência no tratamento das PAI acerca da aplicação eMOTE. De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a explorar, qualitativamente, tanto as perceções de psicólogos como de possíveis utilizadoras acerca de uma aplicação móvel, baseada na TCD, para a IAC. Consideramos que esta abordagem multifacetada poderá enriquecer a nossa compreensão acerca da viabilidade e da aceitabilidade prospetiva da eMOTE. Deste modo, procuramos contribuir para o desenvolvimento de uma aplicação móvel sensível às necessidades das utilizadores e validada profissionalmente. Adicionalmente, este estudo visa contribuir para uma lacuna importante na literatura e para o delineamento de futuras intervenções na área.

Destes objetivos, emergem as seguintes questões de investigação:

- Quais são as perceções dos psicólogos acerca da potencial utilidade clínica da aplicação para mulheres com episódios de IAC?
- Quais são as expectativas que mulheres com episódios de IAC têm em relação à utilização da aplicação?
- Como é que mulheres com episódios de IAC percecionam o impacto que a aplicação poderá ter no seu funcionamento cognitivo, comportamental e emocional?

## **Método**

### **1. Participantes**

Participaram nesta investigação um total de 11 sujeitos. Destes, sete eram psicólogas e quatro eram mulheres com episódios de IAC. A seleção dos participantes foi realizada com base na acessibilidade e disponibilidade dos indivíduos que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, sem a utilização de métodos de amostragem probabilística.

#### ***1.1. Mulheres com Episódios de IAC***

O recrutamento de mulheres com episódios de IAC foi realizado através da divulgação do estudo nas redes sociais e nas redes pessoais de contactos das investigadoras. As pessoas interessadas foram contactadas por email, no qual receberam um convite para participar na investigação. Os critérios de inclusão eram os seguintes: ser do sexo feminino; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser fluente na língua portuguesa; apresentar, por autorrelato, pelo menos um episódio objetivo de IAC nos últimos 28 dias; ter um índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 18.5 e possuir um *smartphone* com acesso à internet.

Quatro mulheres que atendiam a estes critérios aceitaram participar na investigação e assinaram o consentimento informado (Anexo A). Estas tinham idades compreendidas entre os 30 e os 38 anos ( $M = 33.25$ ,  $DP = 2.95$ ) e residiam em áreas urbanas. Destas, três possuíam o grau de habilitações literárias de mestrado e uma de licenciatura. Uma das participantes reportou já ter recebido um diagnóstico de anorexia nervosa e de bulimia nervosa e era a única que se encontrava a receber tratamento para as suas dificuldades alimentares. Outra participante reportou já ter recebido um diagnóstico de bulimia nervosa e as restantes nunca tinham recebido um diagnóstico no âmbito das PAI. As participantes reportaram entre um a 40 episódios objetivos de IAC ( $M = 13.25$ ,  $DP = 18.28$ ) e entre zero e 76 comportamentos compensatórios inapropriados ( $M = 24$ ,  $DP = 35.93$ ).

#### ***1.2. Psicólogos***

Psicólogos com experiência no tratamento das PAI foram recrutados de hospitais e clínicas das regiões norte, centro e sul de Portugal. Estes foram contactados através do seu email, no qual receberam a divulgação do estudo e um convite de participação no mesmo.

Sete psicólogas aceitaram participar nesta investigação e assinaram o consentimento informado (Anexo B). Estas tinham idades compreendidas entre os 29 e os 55 anos ( $M = 38.86$ ,  $DP = 8.39$ ) e apresentavam entre três a 20 anos de experiência no tratamento das PAI ( $M = 9$ ,  $DP = 6.55$ ). Cinco psicólogas adotavam modelos terapêuticos cognitivo-comportamentais de terceira geração na sua prática clínica. Uma psicóloga trabalhava com uma abordagem eclética e outra profissional com uma abordagem sistémica. Apesar da aplicação eMOTE integrar uma intervenção psicológica baseada na TCD, uma TCC de terceira geração, foi tomada a decisão metodológica de não restringir o recrutamento dos profissionais de saúde mental com base na sua abordagem terapêutica para possibilitar o acesso a uma maior diversidade de perceções acerca da eMOTE.

## **2. Instrumentos e Materiais**

### ***2.1. Questionários Sociodemográficos e Questionário Clínico***

Foi desenvolvido um questionário sociodemográfico e clínico para recolher informações pessoais acerca das mulheres com episódios de IAC (idade, residência e habilitações literárias), bem como informações sobre a sua saúde (existência de um ou mais diagnósticos de PAI e tratamento atual para as suas dificuldades alimentares).

Um questionário sociodemográfico foi igualmente desenvolvido para os psicólogos com o objetivo de recolher as suas informações pessoais (sexo e idade) e profissionais (tempo de experiência no tratamento das PAI e modelos terapêuticos utilizados na prática clínica).

### ***2.2. Eating Disorder Examination Questionnaire***

O Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008; versão portuguesa de Machado et al., 2014) foi desenvolvido a partir da entrevista Eating Disorder Examination (Fairburn & Cooper, 1993) e é uma medida de autorrelato amplamente utilizada para avaliar comportamentos e atitudes associadas às PAI. O EDE-Q remete para os 28 dias anteriores ao seu preenchimento e é composto por 28 itens avaliados numa escala de Likert de 7 pontos que varia de 0 “*Nenhum dia*” a 6 “*Todos os dias*”. Os itens estão organizados em quatro subescalas: restrição alimentar, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. O instrumento possui uma elevada consistência interna ( $\alpha = .96$ ), apresentando-se como uma medida de autorrelato apropriada para o rastreio de PAI em contextos clínicos e de investigação (Machado et al., 2014).

Neste estudo, o EDE-Q foi utilizado para medir o número de episódios de IAC e de comportamentos compensatórios inapropriados reportados pelas participantes, assim como para recolher o peso e a altura das mesmas para calcular o seu IMC.

### ***2.3. Aplicação eMOTE e Documento Informativo***

A aplicação eMOTE tem como objetivo promover uma regulação emocional e alimentar mais adaptativa. Esta aplicação integra uma intervenção psicológica baseada na TCD e está organizada em quatro módulos: psicoeducação, mindfulness, regulação emocional e tolerância a estados emocionais dolorosos. Adicionalmente, a eMOTE compreende registos de automonitorização onde as utilizadoras podem registar os seus comportamentos alimentares e os seus estados emocionais.

As mulheres com episódios de IAC tiveram acesso a uma versão protótipo da eMOTE, a qual foram convidadas a utilizar durante sete dias. As psicólogas tiveram acesso a um documento desenvolvido especificamente para as mesmas que continha a descrição e explicação das funcionalidades da aplicação, juntamente com imagens do conteúdo da mesma. Este documento foi-lhes enviado, por email, previamente à realização das suas entrevistas para que pudessem conhecer e familiarizar-se com a aplicação.

### ***2.4. Guiões de Entrevista Semiestruturada***

A entrevista, como construção de conhecimento sobre determinado objeto, é a técnica mais utilizada na investigação qualitativa (Green & Thorogood 2004). Neste sentido, com o objetivo de aceder às perceções das participantes acerca da aplicação eMOTE, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas. Para o efeito, foram desenvolvidos dois guiões de entrevista distintos. Um para as mulheres com episódios de IAC (Anexo C) e outro para as psicólogas (Anexo D). Todas as participantes foram encorajadas a partilhar as suas perceções acerca da eMOTE.

## **3. Procedimentos**

### ***3.1. Recolha de Dados***

Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas individuais com todas as participantes entre dezembro de 2023 e março de 2024. As entrevistas foram realizadas em formato online através da plataforma *Zoom* e o dia e a hora das mesmas foram definidos de acordo com a

disponibilidade e preferência das participantes. As entrevistas tiveram entre seis e 55 minutos, com a duração média de 23 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento das participantes e as condições de confidencialidade foram asseguradas.

### **3.2. *Análise de Dados***

As entrevistas foram transcritas *verbatim*, os dados foram anonimizados e qualquer informação capaz de identificar as participantes foi omitida. As psicólogas foram identificadas pela letra “P” e as mulheres com episódios de IAC pela letra “M”, seguidas de um número.

Os dados foram analisados indutivamente de acordo com as seis fases da análise temática de Braun e Clarke (2006). A análise temática é um método que tem como objetivo identificar, analisar e reportar padrões nos dados recolhidos tendo em conta as questões de investigação (Braun & Clarke, 2006). Assim, a primeira fase da análise temática foi a familiarização com os dados. Esta iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas, cujas gravações foram ouvidas diversas vezes para assegurar uma transcrição fidedigna do seu conteúdo. Em seguida, através de uma abordagem semântica, foram gerados os códigos iniciais relevantes para as questões de investigação. A terceira fase da análise compreendeu a exploração e o desenvolvimento de temas, na qual o foco foi transferido para a interpretação do significado e para a forma como diferentes códigos podiam ser agregados e combinados de acordo com os seus significados partilhados. Posteriormente, os potenciais temas e subtemas foram revistos até que foram, finalmente, definidos e nomeados. O sexto e último passo desta análise culminou na apresentação e discussão dos resultados obtidos, as quais se encontram nas seguintes secções deste estudo.

## **4. Considerações Éticas**

O presente estudo obedeceu às considerações éticas necessárias à realização de uma investigação com humanos, incluindo a obtenção voluntária do consentimento informado dos participantes e a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos. Os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e potenciais implicações da investigação.

Este estudo recebeu um parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

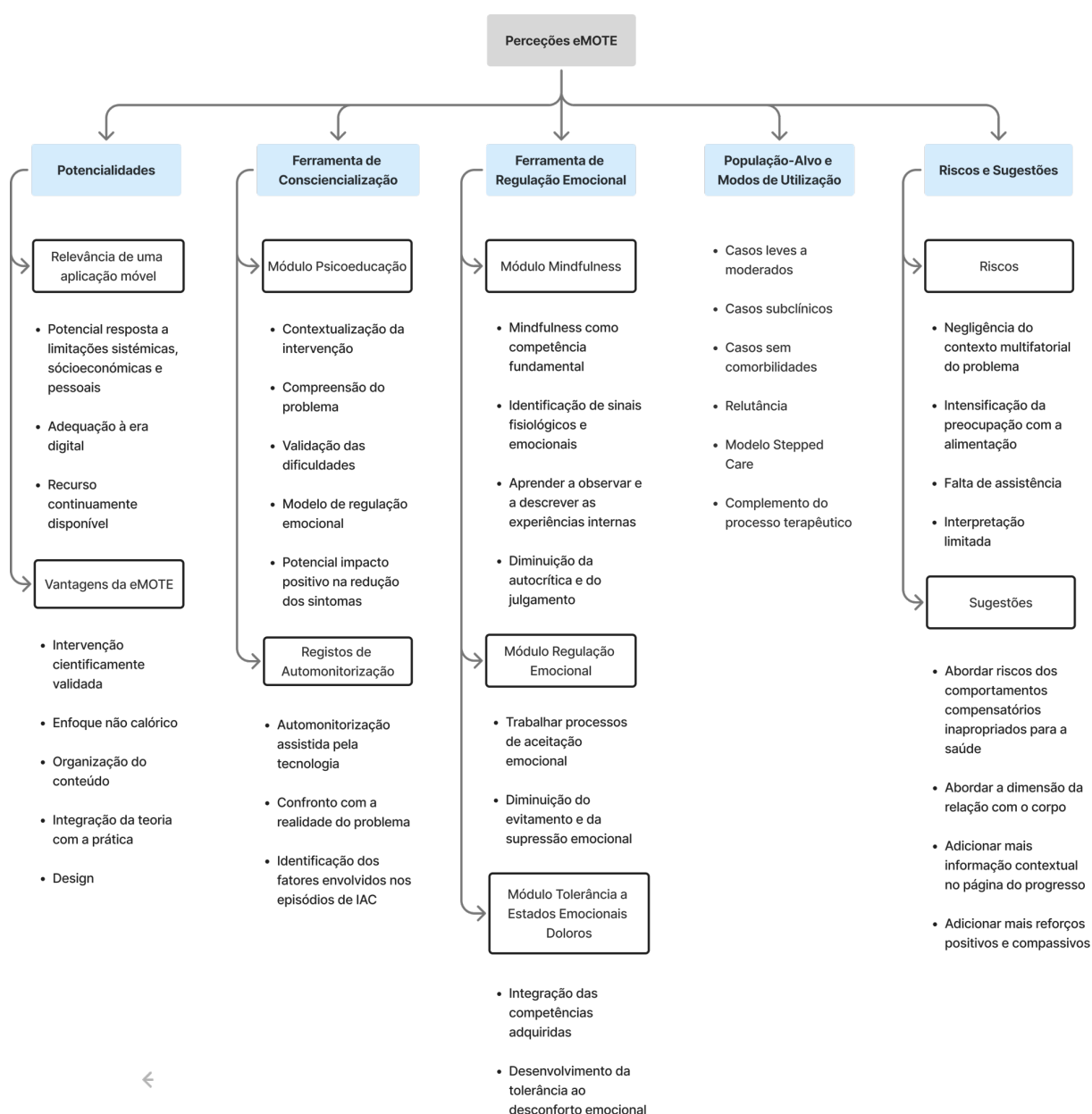
## Resultados

### 1. Psicólogos

Da análise dos dados recolhidos emergiram cinco temas principais: Potencialidades; Ferramenta de Consciencialização; Ferramenta de Regulação Emocional; População-Alvo e Modos de Utilização; Riscos e Sugestões. O mapa temático da análise com os temas, subtemas e respetivos códigos pode ser encontrado na Figura 1.

**Figura 1**

*Mapa Temático da Análise - Psicólogos*



## 1.1. Tema 1: Potencialidades

Este tema reflete as percepções das psicólogas com experiência no tratamento das PAI relativamente às potencialidades da aplicação eMOTE. Este emergiu das perspetivas das profissionais acerca da relevância de uma aplicação móvel para mulheres com episódios de IAC e das vantagens específicas da aplicação eMOTE, possibilitando a criação destes dois subtemas.

### 1.1.1. Relevância de uma aplicação móvel

De um modo geral, as psicólogas consideraram relevante a existência de uma aplicação móvel destinada a mulheres com episódios de IAC. Nomeadamente, como uma potencial resposta a limitações sistémicas, socioeconómicas e pessoais que, frequentemente, dificultam o acesso a cuidados de saúde mental a esta população. Três psicólogas reportaram uma “sobrecarga” de casos clínicos no contexto da consulta psicológica hospitalar a que nem sempre conseguem dar resposta, afirmando que uma aplicação poderia apresentar-se como uma resposta alternativa em tempo útil e custo-eficiente. Adicionalmente, uma aplicação móvel foi percecionada como uma resposta a limitações pessoais relacionadas com o estigma associado a estas dificuldades alimentares.

*“Nós também temos que perceber que há pessoas que nós não chegamos lá e também podem receber ajuda nesse sentido. Ou porque estão longe, ou porque monetariamente é difícil, ou outros contextos quaisquer. E acho que também tem que haver espaço para estas coisas existirem. Se existirem de uma forma científica, validada e que faça sentido, sou super de acordo.” (P1)*

*“É ótimo, como eu estava a dizer, que é para uma população específica, que eu acho que muitas vezes se sente marginalizada, não é? (...) acho que é uma população que sofre muito porque é uma perturbação muito escondida. Então, eu acho que poderem estarem agora dedicadas a esta aplicação, nos tempos de hoje em dia, que acho que faz todo sentido (...) Fico contente que isto esteja a acontecer.” (P2)*

Duas psicólogas destacaram, ainda, a relevância de uma aplicação móvel na atual era digital, salientando o apelo do formato digital para utilizadoras mais jovens, mas também para outras faixas etárias que utilizam o telemóvel com frequência.

*“Precisamente pelo apelo aqui ao digital. Acho que atrai muito, não é” (P7)*

Por fim, duas psicólogas mencionaram que uma aplicação é relevante no sentido de ser um recurso continuamente disponível para as mulheres com episódios de IAC. Por um lado,

por todo o seu conteúdo estar registado e, por outro, pelo mesmo estar acessível em qualquer momento, oferecendo uma potencial vantagem sobre a consulta psicológica.

*“A app, enquanto app, poderá também ter uma vantagem em relação, por exemplo, às consultas. Ou seja, porque efetivamente o conteúdo está todo registado. É como se eu tivesse um manual e eu acho que as apps podem ter, de facto, também esta potencialidade. É que fica tudo, está tudo aqui. Eu posso aceder a estes conteúdos e àquilo que eu também fiz. Eu também acho, por outro lado, o facto de nós termos este tipo de instrumentos como as apps, nós não estamos sempre com os nossos doentes, quando eles nos procuram. A app está sempre com os doentes. Ou seja, eu não sei quando é que estas pessoas vão ter dificuldades a nível alimentar ou a nível emocional. E, portanto, ter uma app instalada que tem recursos e que a pessoa pode efetivamente usar para se ajudar num determinado momento da dificuldade, ou quando a pessoa começa a perceber que pode, é uma vantagem. (P3)*

### **1.1.2. Vantagens da eMOTE**

A maioria das profissionais demonstrou entusiasmo pela eMOTE e identificou vantagens específicas da mesma. Primeiramente, o facto de ser uma aplicação com uma intervenção cientificamente validada, baseada na TCD, uma terapia com utilidade clínica para mulheres com episódios de IAC.

*“Eu acho que todos os módulos são altamente úteis e relevantes. Na realidade, eles seguem muito mesmo a DBT [TCD], não é? (...) que é uma terapia altamente baseada na evidência, com provas claras da sua eficácia, portanto, o que aumenta a robustez e a probabilidade de eficácia da própria aplicação.” (P6)*

Uma profissional destacou o enfoque não calórico da aplicação como algo diferenciador da eMOTE relativamente a outras ferramentas disponíveis.

*“Acho ótimo não terem aqui, não focarem nada em calorias, porque às vezes essas aplicações também focam muito em calorias e em que tipo de alimentos. E eu acho que isso, lá está, é uma aplicação nesse sentido próprio para este tipo de população” (P2).*

Outro código deste subtema é referente à organização do conteúdo da aplicação. As psicólogas valorizaram a organização da aplicação por módulos como um facilitador da utilização autónoma da mesma. Adicionalmente, as profissionais salientaram a utilidade clínica dos módulos serem bloqueados e sequenciais face à impulsividade característica de pessoas com episódios de IAC.

*“Se há característica, uma das características típicas ou frequentes nestes doentes é a impulsividade, não é? Portanto, eu acho que se os módulos estivessem abertos, iriam andar a saltitar de módulo em*

*módulo sem completar e sem verdadeiramente experienciar o módulo até ao fim. E, portanto, eu creio que o módulo só ser liberto quando o primeiro está completo tem uma utilidade clínica, ok? (...) do ponto de vista clínico, eu acho que é assim que faz sentido e que é assim que deve ser. Tal e qual como na prática clínica nós também não saltamos passos, não é? Que achamos que são verdadeiramente importantes. E se aquilo que estamos a querer trabalhar com as doentes é a tolerância às emoções negativas, pois então tolerar não gostar muito do módulo também faz parte e também me parece importante.” (P6)*

A integração da teoria com a prática foi percecionada pelas participantes como um ponto forte da eMOTE que reúne módulos contextuais com exercícios experienciais e registos de automonitorização personalizáveis.

*“Ao olhar um bocadinho para a app, achei que ela estava muito bem feita, de uma maneira geral, não é? Acho que ela está muito simples na forma que se apresenta e que os conteúdos se apresentam, mas ao mesmo tempo técnica, como eu estava a dizer, os módulos são módulos de intervenção, e é visível este conteúdo de intervenção e também muito experiencial, o que me parece ser uma das mais valias. E combina realmente esta parte mais, vamos chamar-lhe teórica, ou não é bem teórica, porque ela também é experiencial, mas enfim, é parte dos módulos com uma parte mais personalizada e mais idiossincrática que eu creio que é parte dos registos.” (P6).*

Durante as entrevistas, o design da eMOTE foi amplamente elogiado. As psicólogas referiram que este parecia “simples”, “eficiente” e “apelativo” e que as imagens estavam “visualmente bonitas e cleans”. Adicionalmente, o *design* da eMOTE foi percecionado como um facilitador da adesão e da motivação para utilizar a aplicação.

*“O design eu acho que ele está objetivo. Ou seja, quando nós olhamos para as diversas screenshots da app, ele é muito sugestivo. Ele é simples, mas muito sugestivo. E vou-vos dizer que ele está afetuoso, posso-vos dizer isto? É assim, quando a gente olha para o design, que é muito simples, mas a gente fica agradada, porque é assim parece afetuoso. Eu acho que isto é capaz de ter a capacidade de ligar as pessoas à utilização também dessas funcionalidades. (...) E acho que isto pode ser bastante útil e motivador e, sobretudo, manter a pessoa neste trabalho e ajudá-la um bocadinho a manter-se neste trabalho, não é?” (P3)*

## **1.2. Tema 2: Ferramenta de Consciencialização**

Este tema reflete as perceções das psicólogas em relação a uma das principais utilidades clínicas da eMOTE. A aplicação foi reconhecida por todas as psicólogas como uma ferramenta de consciencialização para a qual contribuem o módulo de psicoeducação e os registos de automonitorização, os dois subtemas deste tema.

### 1.2.1. Módulo Psicoeducação

O módulo de psicoeducação foi amplamente valorizado pelas profissionais pela sua utilidade clínica e adequação à problemática. Primeiramente, as psicólogas destacaram a sua boa alocação como o primeiro módulo da aplicação, possibilitando a contextualização da intervenção.

*“Acho que é uma aplicação com uma boa psicoeducação e acho que uma boa psicoeducação é um bom ponto de partida porque explica e a pessoa vai com um contexto, não é uma coisa solta. Eu acho que esse impacto clínico é importante, ou esse lado clínico da aplicação acho que é uma mais-de-valia.” (P1)*

Adicionalmente, as psicólogas consideraram que a psicoeducação contribui para a compreensão do problema através da compreensão da ligação entre a regulação emocional e os episódios de IAC.

*“Este aspeto da regulação emocional da ingestão alimentar compulsiva, já percebi que os vídeos podem ser pequeninos, mas de certeza que a pessoa vai perceber esta ligação, que muitas pessoas... isto pode parecer muito estranho, não é? Estando nós na área da psicologia..., mas muitas vezes as pessoas não conseguem perceber isto. De facto, que a ingestão alimentar compulsiva vem desta questão de estarem a fazer evitamento das emoções, de tentarem inibir todos estes estados emocionais negativos. Portanto, acho essencial.” (P7)*

Uma psicóloga salientou, ainda, a importância da psicoeducação na validação das dificuldades das utilizadoras e na vinculação das mesmas à intervenção.

*“Quando nós psicoeducamos as pessoas acerca do que são as dificuldades e validamos que há mais pessoas que também têm estas dificuldades e que faz sentido elas serem abordadas, esta primeira parte da psicoeducação é muito importante para vincular as pessoas na motivação de trabalhar o que há a trabalhar dentro do que a aplicação pode oferecer.” (P3)*

As profissionais demonstraram interesse pelo modelo de regulação emocional deste módulo, o que deu origem a um novo código. As profissionais consideraram clinicamente útil não só a explicação do modelo com o recurso a um exemplo prático, mas também a oportunidade das utilizadoras poderem praticar e preencher o seu próprio modelo.

*“Já achava interessantíssimo porem a história da Ângela, porque torna tudo muito mais humano, muito mais próximo, há uma conexão maior, mas poderem preencher, então, com o exemplo delas, melhor ainda, boa. Acho uma excelente ideia.” (P7)*

Pelos motivos já elencados, duas psicólogas destacaram que o módulo de psicoeducação, por si só, poderá ter um impacto positivo na redução dos sintomas das utilizadoras.

*“Às vezes a nossa mente é complexa, obviamente, e quando as coisas ficam muito estruturadas só na nossa mente, muitas vezes as ligações que a nossa mente faz complexificam o problema. E quando nós o apresentamos de uma forma um bocadinho, com muito maior compreensibilidade, com um fio condutor, com informações pertinentes, importantes para a pessoa perceber o que se passa com ela e porque é que estas situações lhe acontecem, de que forma é que acontecem, e que é que ela pode efetivamente aceder para conseguir resolver ou pelo menos melhorar ou regular estas dificuldades, portanto a psicoeducação aí tem um papel importantíssimo. Aliás, até há estudos que dizem que em algumas dificuldades minor, fazer a psicoeducação já por si é uma intervenção com algum impacto positivo na melhoria dos sintomas.” (P3)*

### **1.2.2. Registos de Automonitorização**

A par do módulo de psicoeducação, os registos de automonitorização foram percecionados pelas psicólogas como um elemento essencial para a promoção da consciencialização das utilizadoras da aplicação. De acordo com as profissionais, a automonitorização assistida pela tecnologia poderá permitir às utilizadoras monitorizarem os seus comportamentos através de uma alternativa “apelativa” ao formato tradicional.

*“A vantagem para a pessoa é ter um registo de automonitorização de uma forma até, esteticamente, até é apelativo. E acho que isso ajuda. Às vezes temos muitas pessoas em consulta que ah... não se lembram, sei que fiz isto, mas não me lembro o que é que comi. E acho que ajuda, no momento, a registar. E hoje em dia a maior parte das pessoas usa o telemóvel mais do que um papel ou uma folha.” (P1)*

Assim, as psicólogas têm a expectativa de que esta funcionalidade irá permitir que as utilizadoras registem e monitorizem as suas emoções, comportamentos alimentares e “gatilhos” dos episódios de IAC, promovendo uma maior consciência sobre o seu padrão de funcionamento. Assim, emergiram os seguintes códigos: confronto com a realidade do problema e a identificação dos fatores envolvidos nos episódios de IAC.

*“Em algum momento pode haver alguma dificuldade no report das refeições, dizer e escrever na app pelo confronto. Por outro lado, também acredito que quando as pessoas não se confrontam com o problema em si durante um tempo também não o resolvem. Porque algumas pessoas só percebem o quão grave está a ser o evento em si relacionado com o binge quando percebem no papel ou escrito, por exemplo, numa aplicação, a frequência daquele comportamento (...) e então aí sim, a tomada de consciência poder fazer mudar e até identificar os gatilhos, onde é que está a acontecer mais vezes, se*

*existe alguma associação com algum evento do dia a dia, por exemplo, porque também é trabalho que é desenvolvido em consulta e que eu própria, por meio da narrativa, muitas vezes também peço, não é? Esse registo para tentar identificar alguma associação com alguma situação do dia a dia. Portanto, acho que pode ser útil nesse sentido também.” (P5)*

### **1.3. Tema 3: Ferramenta de Regulação Emocional**

Para além de uma ferramenta de consciencialização, a aplicação eMOTE foi percebida pelas psicólogas como uma ferramenta de regulação emocional clinicamente útil para mulheres com episódios de IAC. Para tal, contribuíram os módulos de mindfulness, regulação emocional e tolerância a estados emocionais dolorosos, que deram origem a três subtemas.

*“Os outros módulos que têm aqui que têm a ver com mindfulness, a regulação emocional e a tolerância a estados emocionais dolorosos, se nós conseguimos enquadrar e perceber o que é que é a ingestão compulsiva, os três módulos fazem todos eles sentido, porque são ferramentas importantes para as pessoas poderem conseguir gerir aquilo que é a sua dificuldade base. Tem muito a ver, tem a ver com os processos emocionais, da regulação emocional e da ativação de estados emocionais difíceis. Portanto, são três módulos base.” (P3)*

#### **1.3.1. Módulo Mindfulness**

As profissionais consideraram o mindfulness como uma competência fundamental para a regulação emocional.

*“O módulo de mindfulness parece-me fundamental, não é? Quando estamos a falar de regulação emocional, o mindfulness será uma estratégia de regulação emocional baseada na evidência e tem mostrado a sua evidência científica e para estas questões do comer emocional e da ingestão alimentar compulsiva faz todo sentido porque tem tudo a ver ou tem muito a ver com o piloto automático, com o querer me aliviar rapidamente das minhas emoções difíceis.” (P6)*

Duas psicólogas destacaram a importância do mindfulness na promoção da identificação de sinais fisiológicos e emocionais das utilizadoras, aumentando a sua conexão com o corpo e com os estados emocionais para, por exemplo, distinguirem entre a fome física e a fome desencadeada por estados emocionais.

*“Poderá ajudar sem dúvida as pessoas a conectarem-se muito mais com o corpo e a perceberem quando é que se trata realmente lá está, por exemplo, de fome física e eu preciso de comer, porque esse pode ser um dos motivos, obviamente, para eu ir comer, há fome física e há sensações corporais que acompanham essa fome física e eu identifico isso. Ou eu estou irritada, eu estou a vivenciar raiva, estou*

*a vivenciar tristeza, isso gera uma série, obviamente, de sensações desconfortáveis no meu corpo que eu procuro evitar ou que eu não quero sentir ou que quero que rapidamente se vão embora e procuro na comida, não é? Nesta ingestão alimentar compulsiva esta dissociação em que as pessoas entram como uma forma de se regular. (P7)*

Adicionalmente, as profissionais consideraram que o mindfulness poderá ajudar as mulheres com episódios de IAC a aprender a observar e a descrever as experiências internas e a diminuir a autocrítica e o julgamento, uma competência importante da regulação emocional.

*“O observar, o descrever, que é uma coisa que as pessoas têm muita dificuldade... o descrever (...) E, portanto, treinar as pessoas no observar e no descrever faz todo sentido (...) e para realmente as pessoas conseguirem perceber que as emoções, não é? As emoções, as experiências internas e externas são transitórias impermanentes e há ali uma onda que sobe, cresce parece que não vamos aguentar e aprenderem de facto a estar com, sem julgamento, a não ir logo num impulso e reagir, portanto, estamos aqui a desenvolver, sem dúvida, o córtex esquerdo frontal e acho super útil.” (P7)*

### **1.3.2. Módulo Regulação Emocional**

Este módulo foi considerado especialmente útil para as utilizadoras trabalharem processos de aceitação emocional necessários à regulação emocional, diminuindo o evitamento e a supressão emocional frequentes nesta população.

*“Estamos a falar muito de desenvolver competências de regulação emocional e de aceitação e não julgamento. Este é mais um módulo que vai ajudar as pessoas a continuar a identificar os estados emocionais difíceis e negativos e a perceberem a distinção entre OK, isto vai acontecer na sua vida, não há sempre um agradável e o desagradável faz parte e é muito importante que possamos desenvolver alguma tolerância apercebendo que agravamos tudo aquilo a que resistimos e, portanto, se resistirmos ao que está a acontecer isso gera maior sofrimento e, portanto, só vai agravar.” (P7)*

*“E eu acho que poder aceder a estas experiências, quando nós estamos a fazer... estas doentes fazem predominantemente evitamento ou supressão emocional, certo? É a forma que elas têm, muitas vezes, de lidar com as emoções dolorosas. E, portanto, quando elas começam a perceber que podem estar com as emoções difíceis e que as conseguem regular e dar-lhes um outro sentido, eu acho que elas se sentem muitíssimo bem.” (P3)*

### **1.3.3. Módulo Tolerância a Estados Emocionais Dolorosos**

As psicólogas consideraram que este é um módulo final que contribui para a regulação emocional, na medida em que integra as competências adquiridas ao longo dos módulos anteriores e ajuda as utilizadoras a desenvolverem tolerância ao desconforto emocional.

Contribuindo, assim, para o objetivo terapêutico da aplicação: redução de estratégias de regulação emocional desadaptativas e aumento de estratégias de regulação emocional adaptativas.

*“Isto é um complemento, é o continuamos a adicionar mais e mais práticas que eu acho que, em termos práticos, vão continuar a desenvolver sobretudo a regulação emocional, a capacidade das pessoas identificarem, nomearem, descreverem, de autoconhecimento e de aumentar a probabilidade de, então, percebendo o que está a acontecer com elas, ainda que muito desagradável e não querendo estar a vivenciar isso, eu também não quero usar sempre as estratégias desadaptativas ou disfuncionais na minha vida para lidar com isto, porque, no final, eu só vou ter um problema a mais, portanto eu vou querer optar por outras formas mais adaptativas de lidar.” (P7)*

#### **1.4. Tema 4: População-Alvo e Modos de Utilização**

Este tema emergiu dos códigos referentes aos casos que as psicólogas consideraram poder beneficiar da intervenção de autoajuda eMOTE e dos modos que estas consideraram ser pertinentes usar a aplicação.

A maioria das psicólogas, à exceção de P4 e P5, referiu com convicção que recomendaria a aplicação a mulheres com episódios de IAC em casos leves a moderados, casos subclínicos e casos sem comorbilidades. Neste âmbito, uma psicóloga referiu que a eMOTE poderia ser particularmente útil para pessoas consideradas “*sweet eaters*”. Outra profissional partilhou a potencial utilidade clínica da aplicação para pacientes com episódios de IAC após a realização da cirurgia bariátrica.

*“Nos casos não tão, talvez, graves, ou que não haja outras comorbilidades, ou que não haja traços disfuncionais da personalidade, por exemplo, que às vezes é comum nestas patologias, ou que não sejam um carácter grave.” (P1)*

*“Situações em que a pessoa, e nós sabemos, a população sobretudo subclínica, em que nós sabemos que existem aqui dificuldades e que a alimentação é uma forma de regular. Que são situações mais pontuais, mais ligeiras, eu penso que a app poderá constituir de facto um ótimo instrumento de aprendizagem, de autoconhecimento e com estratégias e nuances particulares que a pessoa pode utilizar com facilidade.” (P3)*

Neste âmbito, duas psicólogas sugeriram a integração da eMOTE num modelo de Stepped Care como uma primeira abordagem ao tratamento de baixa intensidade.

*“Eu creio que a utilidade clínica da app, assim quando olhei para ela imaginei logo em duas possibilidades. Portanto, ocorreu-me logo num formato Stepped Care, ou seja, que pudesse ser uma*

*primeira abordagem para os doentes com este tipo de dificuldades e que depois então, se a aplicação não fosse suficiente, poderem avançar para um tratamento mais específico, individualizado ou pessoalmente, não é?” (P6)*

Por outro lado, P4 e P5 expressaram alguma relutância face a aplicações móveis no âmbito das PAI, demonstrando incerteza em relação à sua potencial eficácia como uma intervenção de autoajuda.

*“A experiência que tenho é que eu resisto um bocadinho às aplicações de um modo geral (...) sou um bocadinho cética em relação à utilização das aplicações porque me parece, pronto, que com certeza que estamos a trabalhar na alteração, lá está, de um comportamento e não de... Portanto, acho que, itself, a aplicação sozinha... tenho algumas dúvidas.” (P4)*

Ao longo das entrevistas, as psicólogas partilharam as suas perceções acerca da eMOTE como uma intervenção de autoajuda. No entanto, as profissionais destacaram, de forma espontânea, que a aplicação poderia ser utilizada como um complemento do processo terapêutico. As psicólogas referiram que se identificavam com as temáticas abordadas na aplicação e que esta poderia ser uma “ferramenta útil” a integrar nas suas consultas. Uma psicóloga partilhou a pertinência do uso da aplicação no início de um processo terapêutico para diminuir potenciais sentimentos de vergonha do paciente. Outra perspetiva foi usar a aplicação ao longo de todo o processo como material de apoio, ajudando a reforçar competências entre consultas e a facilitar o trabalho realizado nas sessões.

*“Eu acho que, por exemplo, depois de uma primeira consulta, que às vezes as pessoas até vêm com alguma resistência e perceberem que há uma aplicação, ou seja, elas não são as únicas. Há uma aplicação feita para pessoas que já sentiram exatamente a mesma coisa, elas poderem se identificar. Acho que, por exemplo, no início de um processo, isto faria muito sentido.” (P2)*

*“Acho que é uma boa ferramenta complementar à terapia... quase como... ah... material de apoio à terapia, porque identifico-me sobretudo com as temáticas, com os módulos e acho que faz muito sentido para uma prática pós-consulta ou ser complementar à terapia. Acho que é talvez a maior vantagem da aplicação.” (P1)*

*“E também ainda me ocorre para outros casos que, ah, mas aí não sei se poderia ser, mas vou partilhar a ideia. Casos que nós acompanhamos não especificamente por uma perturbação do comportamento alimentar, mas que têm episódios de ingestão alimentar compulsiva, por exemplo, como estratégias de regulação emocional e não propriamente que seja esse o motivo de procura de ajuda ou o motivo de intervenção e que muitas vezes, uma vez mais pela regularidade, não conseguimos dar resposta a todas as dificuldades da pessoa, acabamos por nos focar noutra dificuldade e esta aplicação poderia dar resposta a essa dificuldade da pessoa em específico.” (P6)*

## 1.5. Tema 5: Riscos e Sugestões

Este tema explora os potenciais riscos, identificados pelas psicólogas, no uso da eMOTÉ como uma ferramenta de autoajuda não guiada e apresenta sugestões de melhoria para aumentar a eficácia da aplicação. Este tema engloba dois subtemas: riscos e sugestões.

### 1.5.1. Riscos

Uma psicóloga considerou que a aplicação poderá negligenciar o contexto multifatorial do problema, não abordando, por exemplo, a dimensão da relação com a imagem corporal. A mesma considerou também que a constante introdução dos registos de automonitorização no diário das refeições poderá intensificar a preocupação com a alimentação, algo que já é característico nesta população.

*“O que eu acho é que às vezes da minha experiência com a perturbação do comportamento alimentar, eu não sei, apesar da alimentação estar na centralidade do pensamento, no dia-a-dia do paciente, a minha resistência tem exatamente a ver com isso, ou seja, é quase como se nós estivéssemos a ter que estar sempre a introduzir esses dados e a, pronto... com certeza que isso também dá um certo autocontrole, ou uma perceção de autocontrole.” (P4).*

Duas psicólogas consideraram que a falta de assistência poderá constituir um risco, por exemplo, durante uma ativação emocional intensa durante a prática dos exercícios, ou num momento de crise.

*“Pode acontecer as pessoas ativarem-se enquanto fazem o exercício. Eu não sei se há uma linha de apoio ou... percebem a minha questão? Fazer isto de forma individual pode ter algumas limitações, é só neste sentido.” (P1)*

Por fim, duas psicólogas expressaram que as utilizadoras poderão ter uma interpretação limitada da informação a que acedem na aplicação. Tanto ao nível da distorção da mesma, tanto ao nível do alcance do *insight*.

*“O inquiry, seja no mindfulness, seja nas práticas de regulação emocional, para mim tem uma riqueza enorme. Acho que há pessoas que podem distorcer aquilo a que acedem com a realização das práticas. Eu acho que vocês estão a entender, como psicólogas, não é? E não chegar lá. E às vezes uma pergunta, uma comunicação... Eu já senti isso numa resposta muito curta de um e-mail. Só fazer uma pergunta à pessoa já a ajudou a... “Não tinha pensado nisso”. Essa parte aí acho que acho que poderia ser um aspeto muito importante.” (P7)*

### 1.5.2. Sugestões

Uma profissional destacou a importância de abordar o risco dos comportamentos compensatórios inapropriados para a saúde no módulo de psicoeducação.

*“Falarmos nas consequências associadas aos comportamentos compensatórios inapropriados, etc. acho que isto pode ser assim um bocadinho para algumas pessoas um abre olhos muito útil. (...) se calhar abordando aquela questão de poder provocar os desequilíbrios no potássio, no sódio com risco de vida. (...) este elemento, em termos clínicos, quando estamos com as pessoas à nossa frente, quando devolvo isto ao longo da minha prática clínica fui sempre sentindo que com algumas pessoas funciona realmente como um elemento importante. Não é só a ineficácia no atingir dos objetivos em termos de perda de peso, etc. ou de regulação do peso, é também muito o susto com: isto pode ter consequências muito sérias para a sua vida, não é? Não é só o desgaste do esmalte etc, mas também: isto pode ser para morrer. Acho que aqui poderia ser útil.” (P7)*

Outra profissional sugeriu que fosse abordada a dimensão da relação com o corpo durante a intervenção. A mesma destacou a importância de incluir mais informação contextual na página do progresso.

*“A consciência corporal também tem que estar de mãos dadas com este tipo de... acho eu, quer dizer, da minha experiência, terá necessariamente de ser uma área onde se deve também intervir e, portanto, dissociar, portanto, fazer disto quase como uma, como se fosse uma questão mais comportamental e dissociar isso desta totalidade do eu, não é? Na intenção de ativamente é aquilo que eu estou a fazer ao meu corpo, eu senti alguma falta de abordar esse tema da percepção corporal, das alterações corporais, quer da forma como da relação da própria pessoa com o corpo.” (P4)*

*“Podia ser quase que o resumo de, por exemplo, estes episódios, em que altura do dia é que aconteceram, se aconteceu duas vezes num contexto familiar e menos em contexto... Pronto, quer dizer, com certeza que o principal aqui é a parte emocional, é a emoção que lhe deu origem. Acho que é aquilo, o juntar o contexto à emoção. Não sei se seria possível em termos da aplicação.” (P4)*

Uma psicóloga sugeriu que a aplicação integrasse mais reforços positivos e compassivos para validar o empenho e encorajar as utilizadoras a não desistirem, mesmo quando enfrentam dificuldades.

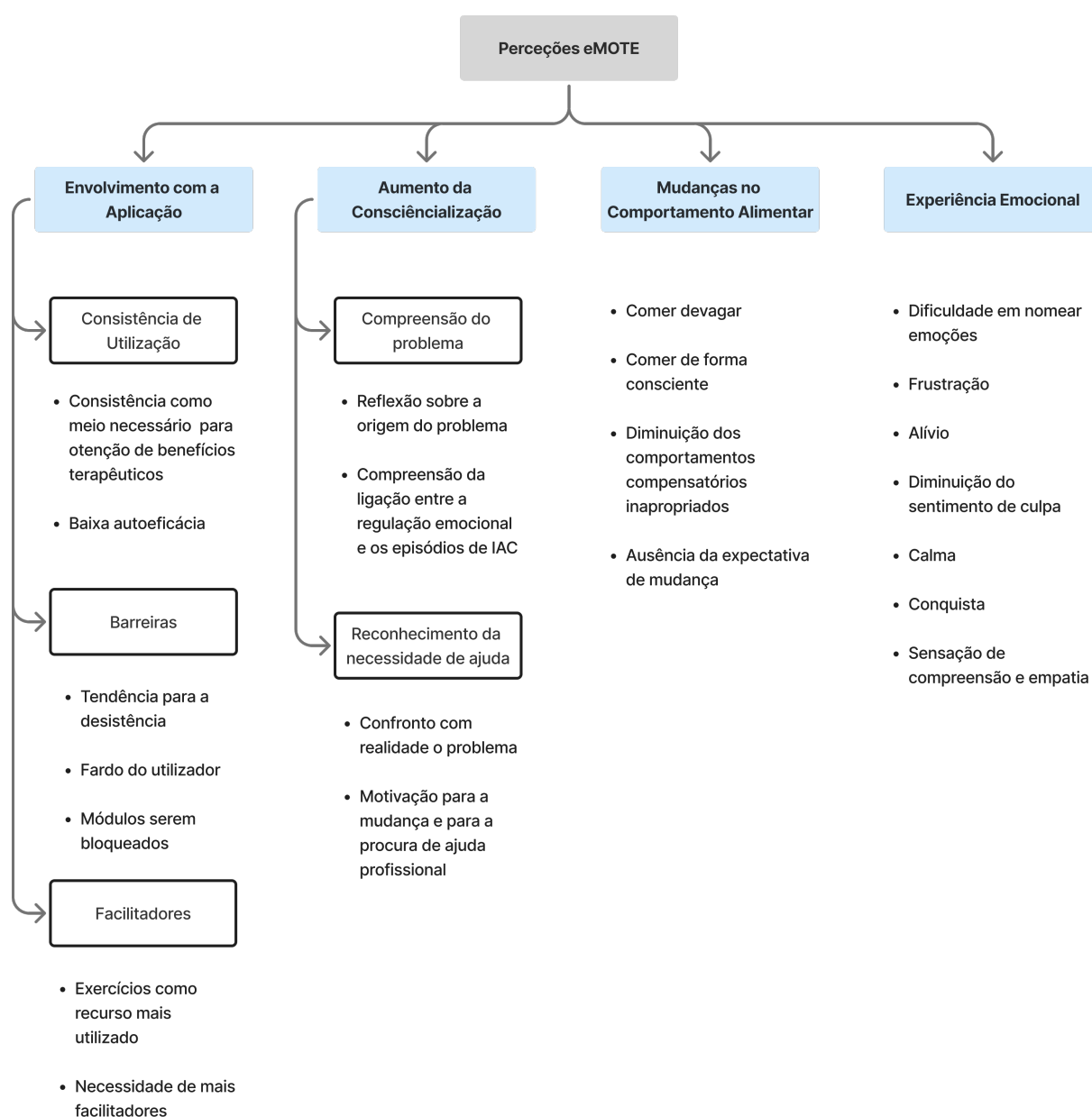
*“Pode ser um feedback apenas da realização da tarefa, ou seja, o agradecer o compromisso com a tarefa, um reforço positivo por ter realizado a tarefa e às vezes até aqui um bocadinho compassivo, no sentido que isto é difícil e antecipamos que fazer isto seja difícil, não só pelo tempo que isto consome, mas porque isto me implica estar de frente com aquilo que são as minhas dificuldades. Portanto, esta parte mais do reforço positivo, mas ao mesmo tempo compassivo pelas dificuldades.” (P6)*

## 2. Mulheres com Episódios de IAC

A análise dos dados das entrevistas das mulheres com episódios de IAC permitiu a identificação de quatro grandes temas: Envolvimento com a Aplicação; Aumento da Consciencialização; Mudanças no Comportamento Alimentar; e Experiência Emocional. O mapa temático da análise pode ser encontrado na Figura 2.

**Figura 2**

*Mapa Temático da Análise - Mulheres com Episódios de IAC*



## **2.1. Tema 1: Envolvimento com a Aplicação**

Este tema reflete as expectativas das mulheres com episódios de IAC em relação ao seu envolvimento com a aplicação eMOTE durante um potencial período de intervenção. Durante as entrevistas emergiram percepções acerca da consistência de utilização, assim como das barreiras e facilitadores desse processo, dando origem a estes três subtemas.

### **2.1.1. Consistência de Utilização**

A utilização consistente da aplicação foi percebida por todas as participantes como um meio necessário para a obtenção de benefícios terapêuticos. Assim, este código parece refletir a compreensão das mulheres com episódios de IAC de que o sucesso da intervenção não depende apenas do conteúdo da aplicação, mas também da sua capacidade e compromisso para a utilizar de forma contínua e regular.

*“Eu sei que se fosse muito consistente e usasse todos os dias que muito provavelmente iria ver algum progresso (...) se eu tivesse mantido se calhar mais a frequência e se tivesse feito mais exercícios ainda tinha conseguido melhores resultados.” (M1)*

No entanto, apesar da importância atribuída ao uso contínuo da eMOTE, as participantes demonstraram uma expectativa de baixa autoeficácia na utilização consistente da aplicação sem acompanhamento.

*“Eu acho que tinha de conseguir ser consistente durante dois meses (...) isso [a consistência] é um dos meus maiores medos.” (M1)*

*“Acho que tens de ter muita força de vontade para conseguires fazer... falo por mim, por exemplo, olha vou falar no meu caso. Eu acho que para fazer aquilo tudo certinho, direitinho, tenho de ter mesmo muita força de vontade. Porque se for.... e tenho de estar em compromisso (...)” (M2)*

### **2.1.2. Barreiras**

Este subtema compreende as potenciais barreiras ao envolvimento das mulheres com episódios de IAC com a eMOTE.

Primeiramente, a tendência para a desistência emergiu como uma barreira determinante. Duas participantes expressaram a sua tendência para “desistir” precocemente das tarefas, no geral, e das aplicações, em particular, e uma delas acrescentou que acha que não se sentiria motivada para continuar a usar a aplicação uma vez que já conhecesse todo o seu conteúdo.

*“Eu tenho um grande problema de manter alguma coisa que eu estou a fazer e normalmente passado um mês acabo por desistir (...) acho que também um problema seria depois o conteúdo acabava e se calhar acabava aquela motivação também de ir ver mais conteúdo.” (M1)*

*“Tendo em conta que eu sempre abandono as apps, eu não sei se eu conseguiria usar 2 meses”. (M4)*

Adicionalmente, foi identificada por todas as participantes uma potencial barreira ao nível preenchimento regular dos registos de automonitorização, o que pode traduzir um potencial fardo do utilizador.

*“O que eu senti mais dificuldade, e que eu acho que eu teria regularmente, seria de registar sempre as refeições.” (M3)*

*“O registo alimentar eu acabei por quase nunca fazer, porque eu literalmente esquecia-me e depois pensei: ei, vou fazer um módulo... pensava, ia à aplicação e ia fazer o módulo, não ia registar o meu diário. Portanto, eu acho que acabou por não me ajudar muito porque eu não o utilizei.” (M1)*

Contrariamente às perspetivas das psicólogas, os módulos serem bloqueados foi percecionado por todas as participantes como uma barreira ao envolvimento com a aplicação.

*“Eu preferia ter acesso a todas, assim... não estou nem dizendo que deveriam ser todas, todas, todas abertas, mas assim, desbloquear um do mindfulness, um da regulação emocional, um de... para que a pessoa possa saber o que tem ali, minimamente, e se interessar por aquilo, né?” (M3)*

*“Não gostei de ter sido obrigada a ver tudo. Eu digo assim mesmo que se eu tivesse baixado uma app que me convidasse a assistir todos os vídeos, eu já tinha desistido no segundo, por mais interessante que fosse, entendeu? Porque é assim que eu funciono. Então, claro que eu estou dizendo algo que é muito particular meu, mas que seria um motivo para eu desistir da app.” (M4)*

### **2.1.3. Facilitadores**

Apesar das barreiras identificadas, as participantes consideraram os exercícios como o recurso mais utilizado da aplicação. Este código reflete a valorização atribuída pelas mulheres com episódios de IAC aos exercícios dos módulos de mindfulness, regulação emocional e tolerância a estados emocionais dolorosos, sendo estes um facilitador da adesão à aplicação. Adicionalmente, os exercícios foram percecionados como o elemento da aplicação com maior utilidade para as participantes, sugerindo a adequação do conteúdo da intervenção às necessidades de mulheres com episódios de IAC.

*“A única coisa que eu poderia continuar a usar eram os exercícios porque eu realmente... era aquela coisa que me fazia voltar” (M1)*

*“Eu gostava muito dos exercícios do mindful eating, porque realmente quando eu estava a comer sozinha, acabava por ter uma companhia e focava-me muito mais no que é que eu estava a fazer. Portanto, eu dei mesmo muito valor a essa parte.” (M1)*

*“Recorreria com certeza mais talvez aos exercícios nos momentos de necessidade especial (...) acho que seria isso que eu desfrutaria mais como uma usuária regular.” (M3)*

Não obstante, a maioria das participantes manifestou a necessidade de mais facilitadores da consistência de utilização da eMOTE. Uma participante manifestou que gostaria que a aplicação incluísse imagens e músicas de fundo nas meditações para promover a concentração, o envolvimento nos exercícios e a interação com a aplicação.

*“Eu pessoalmente sou muito de audição e de ver. Os sonhos mexem muito comigo. Eu, por exemplo, quando falo no som do mar, da pedra, que é a pedra a cair (...) não sei se não podia ter assim, imagina mesmo, ou um som, uma coisinha nem que seja baixinha, não é? Porque se uma pessoa tem que estar de olhos fechados, sentada, está só a ouvir, mas acho que se tivesse ali outra sensação auditiva, imagina, ou o som do mar de fundo, ou ali ou... ou ali uma... eu achava que se calhar ficava melhor se tivesse ali um ou outro vídeo com um bocadinho de música até para a pessoa entrar mesmo o som do... ouvir mesmo o som do mar traz-nos outra... não sei outra experiência. (...) E acho que se tivesse ali alguma imagem ou algum som, acho que se tornava mais interativo.” (M2)*

Adicionalmente, as participantes destacaram a importância dos lembretes e de notificações com um carácter relacional e empático como facilitadores do envolvimento e do uso consistente da aplicação, principalmente nos momentos de maior dificuldade.

*“Se calhar devia haver alguma coisa na app que me ajudasse a manter essa consistência. Se calhar foi a falta dos lembretes.” (M1)*

*“Quando tens aqueles desafios de beber água, por exemplo, x litros de água por dia, não é? Ele vai-te dizendo durante o dia já bebeu um copo de água? (...) ou lembra-te que tens de beber água, percebes? (...) imagina se a pessoa quisesse ou não ter ali uma programação de quando é que tem que fazer as refeições, mas qualquer coisa a lembrar se fez uma paragem ou se fez o lanche ou se... ou até sugerir fazer um exercício de respiração ou até perguntar como é que se está a sentir, se está a sentir ansiosa ou... porque é assim, quem não é visto, não é lembrado. (...) Eu ou estou mesmo muito consciente das coisas e vou à aplicação e vou me lembrar que tenho que ir fazer o exercício, ou que se calhar vou fazer aquele exercício e me vou sentir melhor, porque tenho muita força e quero aquilo mesmo. Ou se calhar se ainda estiver naquele estado de depressão, de cansaço e a saber que me está a apetecer algo, se calhar se eu receber uma mensagem, por exemplo, a dizer como te estás a sentir hoje? Por exemplo, ou se calhar já me vai lembrar que eu tenho aquela aplicação e que aquela aplicação tem aquelas coisas que me podem ajudar.” (M2)*

## **2.2. Tema 2: Aumento da Consciencialização**

Este tema reflete as percepções das participantes em relação ao potencial impacto que a eMOTE poderia ter no seu funcionamento cognitivo. Este inclui dois subtemas: a compreensão do problema e o reconhecimento da necessidade de ajuda.

### **2.2.1. Compreensão do Problema**

Mesmo tendo utilizado a aplicação durante apenas sete dias, as participantes consideraram ter existido um impacto positivo da eMOTE no aumento da compreensão do seu problema. Uma participante enfatizou a importância da psicoeducação na promoção da reflexão sobre a origem do problema e na compreensão da ligação entre a regulação emocional e os episódios de IAC.

*“Os módulos [a psicoeducação] eu achei que para mim foi a parte melhor porque realmente ensinou-me, senti que eu aprendi alguma coisa com os módulos.” (P1)*

*“Acho que faz mesmo falta uma aplicação, uma aplicação ou algo que faça uma pessoa tomar consciência do que é que... só o ter consciência do que é que nos faz fazer determinadas coisas já é ótimo e esta aplicação traz-nos isso (...). Uma coisa que eu me percebi muito ao ouvir esta aplicação é que é tudo muito emocional. É mesmo uma compensação, porque muitas vezes as coisas acontecem e nós não temos consciência do porquê de acontecer e nestes dias que eu tenho ouvido a app, tenho pensado muito no porquê.” (M2)*

### **2.2.2. Reconhecimento da Necessidade de Ajuda**

No decorrer das entrevistas, as mulheres com episódios de IAC consideraram que a aplicação possibilita o confronto com a realidade do problema.

*“O que eu sentia muito no início é que nunca parece tão grave como realmente é, acaba quase por se tornar uma coisa muito normal e se calhar a app ia fazer com que as pessoas tipo alertassem que não é normal, que não é um comportamento normal.” (M1)*

Adicionalmente, duas participantes partilharam que este confronto com o problema proporcionado pela aplicação poderia ser uma motivação para a mudança e para a procura de ajuda profissional.

*“Acredito que se eu conseguisse usar, acho que poderia fazer alguma diferença. No mínimo para me fazer buscar um psicólogo, ou um psiquiatra, porque eu tava realmente vendo e a conseguir apontar que tava tendo problemas mesmo. Que se eventualmente continuasse assim, que não estava normal e que algo precisa ser mudado.” (M4)*

### **2.3. Tema 3: Mudanças no Comportamento Alimentar**

Este tema representa as percepções das mulheres com episódios de IAC acerca do potencial impacto da eMOTE no seu funcionamento comportamental. Uma participante referiu que os exercícios do módulo de mindfulness tiveram um impacto positivo no seu comportamento alimentar fazendo com que conseguisse comer devagar.

*“Os exercícios de comer e o mindful eating para mim eram muito bons porque eu sempre tive muita dificuldade em comer devagar e quando eu me lembrava, vou usar isto para comer o meu lanche, por exemplo, ajudavam-me mesmo muito e acabavam por trazer, depois do momento, felicidade de conquista de ter conseguido comer devagar.” (M1)*

No mesmo sentido, outra participante referiu que o aumento da consciencialização proporcionado pela aplicação fez com que conseguisse comer de forma consciente.

*“Tem acontecido agora de comer consciente do que é que estou a comer, não me sinto culpada (...) e posso dizer que isso foi graças à aplicação e foi através da consciencialização das coisas e de pensar sobre elas, porque se calhar se eu não parasse neste tempo para avaliação e também para pensar nas coisas, se calhar ia-me deixando andar durante mais tempo assim.” (M2)*

Adicionalmente, uma participante enfatizou o impacto da psicoeducação da aplicação na diminuição dos comportamentos compensatórios inapropriados.

*“O conteúdo [a psicoeducação] sinto que gerou mesmo algum impacto nos meus comportamentos, o que eu acho que é mesmo de muito valor (...) houve uma frase que teve um impacto tão grande que fez com que eu deixasse ter comportamentos durante uma semana (...) não é a melhor frase sempre, mas realmente teve um impacto, que era: sempre que vomitávamos a comida só metade das calorias eram expelidas, de certa forma que eu sempre pensava nisso, havia uma frase à cabeça e eu já não fazia. E não é a melhor frase do mundo, nem a mais bonita, mas realmente criou um impacto em mim, porque realmente ficou presa na minha cabeça e ajudou-me muitas vezes a não ter esse tipo de comportamentos. Portanto, só isso, só para mim isso, já valeu a pena ter instalado a eMOTE, basicamente” (M1)*

Por outro lado, M4 expressou que, mesmo usando a aplicação de forma consistente, não tinha a expectativa de que esta poderia ter um impacto no seu funcionamento comportamental, dando origem ao código ausência da expectativa de mudança.

*“Eu não sei se eu ia conseguir somente utilizar a app e com a app sair dos episódios. Não sei se eu conseguiria alcançar isso.” (M4)*

#### 2.4. Tema 4: Experiência Emocional

Este tema explora a experiência emocional das mulheres com episódios de IAC durante a utilização da eMOTE. Em todas as entrevistas foi interessante observar que, de alguma maneira, todas as participantes reportaram uma dificuldade em nomear emoções. Sempre que lhes era colocada uma pergunta sobre as suas emoções, estas respondiam algo como:

*“Eu não sou muito boa a dizer nomes de emoções” (M3)*

Não obstante esta dificuldade, três das participantes identificaram a frustração como uma emoção despertada pela aplicação.

*“Há uma sensação de frustração, isto é... porque quando uma pessoa toma consciência do porquê... não é fácil para ninguém mexer nas feridas. E quando se toma consciência do porquê de se estar a fazer determinadas coisas ou do porquê das coisas acontecerem, porque tudo tem uma base, tudo tem um fundamento e muitas vezes fugimos das respostas ou de querer resolver até as coisas e refugiamo-nos em alguns comportamentos. Há quem fume, há quem beba, há quem... olha, há quem faça outras coisas. E há uma fase de frustração e não vou dizer... não é bem vergonha, porque não acho que é vergonha, mas acho que é mesmo uma pessoa sentir-se frustrada com ela própria por se deixar chegar a um determinado estado” (M2)*

No entanto, essa frustração foi percecionada por M2 como um passo necessário para a procura de soluções alternativas e para o alívio emocional subsequente. Adicionalmente, a mesma reportou uma diminuição do sentimento de culpa associada à sua capacidade de comer de forma consciente.

M1 diz ter sentido calma durante a prática dos exercícios e conquista por ter conseguido comer devagar. M3 referiu que a aplicação também poderá despertar nas utilizadoras uma sensação de conquista, caso a pessoa perceba que os episódios de IAC estão a diminuir.

Por fim, o código sensação de compreensão e empatia traduz como as participantes se sentiram compreendidas e acolhidas pela aplicação, considerando a eMOTE uma potencial resposta à “solidão” e ao “julgamento” experienciado por pessoas com episódios de IAC.

*“Com os exercícios, acabava por sentir que estava... e mesmo na psicoeducação, depois acabava por também sentir aquela sensação de que alguém compreende, de empatia quase, de ok, não estou sozinha porque acho que é uma coisa que muita gente sente que é ninguém compreende o que é que se passa na nossa cabeça” (M1)*

*“É um caminho muito solitário, é um caminho mesmo muito solitário de julgamento e de... principalmente de julgamento. As pessoas que passam por isso não falam com ninguém, guardam muitas coisas para si. E acho que faz mesmo falta uma aplicação assim” (M2)*

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender as percepções de mulheres com episódios de IAC e de psicólogos com experiência no tratamento das PAI em relação à eMOTE. Estes resultados pretendem informar a viabilidade da aplicação avançar para um estudo de eficácia e o desenvolvimento de futuras intervenções na área. De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo na literatura a explorar qualitativamente tanto as percepções de psicólogos como de potenciais utilizadores acerca da viabilidade de uma aplicação móvel de autoajuda, baseada na TCD, para a IAC.

Primeiramente, procuramos compreender as percepções dos psicólogos acerca da potencial utilidade clínica da eMOTE. De um modo geral, os resultados demonstram percepções positivas das psicólogas da nossa amostra em relação à aplicação. As profissionais consideram a eMOTE uma resposta relevante face a limitações sistémicas, socioeconómicas e pessoais que, frequentemente, dificultam o acesso desta população a cuidados de saúde mental. Esta percepção sugere que a eMOTE pode contribuir para uma lacuna importante na prevenção e no tratamento de dificuldades de IAC. Esta perspetiva é corroborada por estudos anteriores que destacam o papel das intervenções digitais no aumento da acessibilidade a cuidados de saúde mental (Bruno et al., 2015; Khan et al., 2023; Nogueira-Leite et al., 2023), especialmente para casos subclínicos (McClelland et al., 2018; Schlegel et al., 2015).

A eMOTE é percecionada pelas profissionais como um recurso útil para as utilizadoras consultarem e autoajudarem-se em momentos de dificuldade emocional e alimentar, uma perspetiva consistente com a literatura (Bruno et al., 2015; Steare et al., 2021). Supletivamente, as profissionais consideram que o facto da eMOTE ser um recurso continuamente disponível pode oferecer uma vantagem sobre a consulta psicológica presencial. Um dos desafios apontados à intervenção psicológica presencial é o facto das competências desenvolvidas no contexto seguro da consulta nem sempre serem transferidas para o dia-a-dia dos pacientes (Helbig & Fehm, 2004). Deste modo, a literatura sugere que abordagens terapêuticas que ocorrem fora do consultório e de forma contingente aos momentos de necessidade promovem a generalização das competências terapêuticas (Kazantzis et al., 2010), como pode ser o caso da eMOTE.

Neste sentido, as psicólogas destacam a utilidade clínica da eMOTE como uma ferramenta para a promoção da consciencialização e da regulação emocional. O módulo de psicoeducação e os registos de automonitorização são considerados pelas profissionais

componentes cruciais da aplicação para contextualizar a intervenção, validar as dificuldades das utilizadoras, aumentar a compreensão do problema e a consciência dos padrões comportamentais, promover a motivação para a mudança e facilitar a adesão destas à intervenção. De facto, uma revisão sistemática da literatura demonstrou a utilidade terapêutica da psicoeducação em intervenções nas PAI (Mesarič et al., 2023). Os resultados dessa revisão indicaram o impacto positivo da psicoeducação na redução da psicopatologia alimentar, como destacado por uma psicóloga e reportado por uma mulher com episódios de IAC neste estudo. No mesmo sentido, a automonitorização tem sido identificada como um elemento chave na promoção da mudança comportamental (Bauer & Moessner, 2013) em diversas perturbações de saúde mental (Stear et al., 2021), incluindo nas PAI (Lindgreen et al., 2018). Os exercícios dos módulos de mindfulness, regulação emocional e tolerância a estados emocionais dolorosos da eMOTE são percebidos pelas psicólogas como fundamentais para o desenvolvimento de competências de regulação emocional adaptativas. Esta ênfase na regulação emocional é consistente com a TCD que se baseia na conceptualização do papel central das dificuldades de regulação emocional na psicopatologia alimentar (Haedt-Matt et al., 2014). Deste modo, estes resultados sugerem que profissionais da psicologia com experiência no tratamento das PAI reconhecem a adequação do conteúdo da eMOTE às necessidades clínicas de mulheres com episódios de IAC, sendo este um grande indicador da viabilidade da eMOTE.

A maioria das psicólogas recomendaria a eMOTE como autoajuda a mulheres com episódios de IAC em casos leves a moderados, casos subclínicos e casos sem comorbilidades. Estas perceções são concordantes com a população-alvo da aplicação e sugerem que a eMOTE é percecionada pelas profissionais como uma aplicação viável para prosseguir para estudos de eficácia. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura. Vigerland e colaboradores (2014) apontam que os profissionais de saúde mental recomendam o uso de intervenções de autoajuda digitais para prevenir e tratar dificuldades leves a moderadas, mas demonstram reservas quanto à sua utilização para problemas de saúde mental com um nível de severidade mais elevado.

Na nossa amostra, algumas psicólogas salientam a pertinência da integração da eMOTE num modelo de *Sepped Care* como uma primeira abordagem ao tratamento. Estas perceções são congruentes com as *guidelines* internacionais que recomendam intervenções de autoajuda como a primeira linha de tratamento para a BN e a PIAC (NICE, 2017). Adicionalmente, e apesar de não ser o objetivo da eMOTE, emergiram perceções unânimes acerca da vantagem desta aplicação ser um complemento à intervenção psicológica presencial. Estes resultados são

semelhantes aos encontrados por Mendes-Santos e colaboradores (2020) numa amostra de psicólogos portugueses, os quais sugerem que estes detêm uma atitude de precaução relativamente a intervenções digitais de saúde mental, demonstrando uma maior aceitabilidade por intervenções digitais complementares à intervenção psicológica do que por intervenções digitais usadas de forma autónoma. Por outro lado, estas perceções são encorajadoras e refletem uma potencial abertura das psicólogas da nossa amostra para integrar aplicações móveis, como a eMOTE, nas suas práticas clínicas, apesar da experiência dos psicólogos com intervenções digitais de saúde mental ser bastante limitada no país (Mendes-Santos et al., 2020).

Em segundo lugar, o presente estudo procurou compreender as expectativas de mulheres com episódios de IAC em relação à utilização da eMOTE. As participantes reconhecem a importância da utilização consistente da aplicação para a obtenção de benefícios terapêuticos, demonstrando uma compreensão do seu papel ativo no processo de autoajuda. Estes resultados sugerem que as potenciais utilizadoras entendem o compromisso necessário para beneficiar da intervenção, no entanto, não parecem demonstrar expectativas da sua capacidade para o fazer. De acordo com o referencial teórico da aceitabilidade de Sekhon e colaboradores (2017), a autoeficácia corresponde à confiança do utilizador de que consegue realizar os comportamentos necessários para participar na intervenção. Neste âmbito, as mulheres com episódios de IAC parecem demonstrar uma baixa autoeficácia em conseguir utilizar a eMOTE de forma consistente, destacando a necessidade de uma elevada “força de vontade”. Estas perceções são suportadas pela literatura que sugere que as intervenções de autoajuda requerem um esforço elevado por parte do utilizador (Yim et al., 2019). Neste sentido, a autoajuda guiada parece oferecer uma vantagem à autoajuda não guiada no que concerne à promoção e manutenção da motivação do utilizador (McClay et al., 2013; Yim et al., 2019).

As principais barreiras apontadas pelas mulheres com episódios de IAC ao seu envolvimento com a aplicação são a tendência para desistir, o fardo dos registos de automonitorização e os módulos serem bloqueados. De facto, estudos sugerem elevadas taxas de desistência e falta de motivação para o tratamento em pessoas com PAI (Halmi, 2013), mesmo em intervenções digitais (Scheleg et al., 2015). Apesar das aplicações constituírem uma alternativa mais apelativa à automonitorização convencional (Juarascio et al., 2015; Kahn et al., 2023; Nogueira et al., 2024), as mulheres com episódios de IAC não detêm a expectativa de utilização consistente dessa funcionalidade da eMOTE. Este resultado parece demonstrar um potencial fardo do utilizador pela constante necessidade de introdução de registos de automonitorização. A perceção de que os módulos serem bloqueados constitui uma barreira ao

envolvimento das utilizadoras com a aplicação apresenta-se como um dado curioso que contrasta com as perceções das profissionais. As psicólogas reconhecem utilidade clínica nos módulos serem bloqueados e sequências, de modo a contrariar uma tendência para a impulsividade característica desta população. Esta perceção é suportada por modelos etiológicos que sugerem que disfunções ao nível do espectro da impulsividade podem estar na centralidade dos episódios de IAC (Giel et al., 2023; Ince et al., 2021). No entanto, e talvez por causa dessa mesma característica de impulsividade, os módulos serem bloqueados são percecionados pelas mulheres com episódios de IAC como uma barreira à aceitabilidade e utilização consistente da aplicação. Estes dados destacam a relevância de conduzir estudos qualitativos tanto com potenciais utilizadoras como com profissionais, os quais podem apresentar perceções distintas (Hudson et al., 2022). Não obstante, a intervenção da eMOTE requer que as utilizadoras desenvolvam competências iniciais antes de progredirem para competências seguintes da aplicação, pelo que é importante que seja seguida uma ordem.

Por outro lado, os exercícios emergiram como um facilitador significativo do envolvimento das potenciais utilizadoras com a aplicação, sendo estes considerados o elemento mais útil da eMOTE. Este dado sugere uma adequação do conteúdo da eMOTE às necessidades da sua população alvo, um grande indicador da viabilidade e aceitabilidade da aplicação.

Por último, o presente estudo procurou compreender como é que mulheres com episódios de IAC percecionam o impacto que a eMOTE poderá ter no seu funcionamento cognitivo, comportamental e emocional. Relativamente ao seu funcionamento cognitivo, e de modo semelhante às perspetivas das profissionais, as mulheres com episódios de IAC percecionam a eMOTE como uma ferramenta útil para aumentar a consciencialização, tanto ao nível da compreensão da origem e dos fatores de manutenção do problema, como do reconhecimento da necessidade de ajuda e motivação para a mudança. Estudos sugerem que uma das principais barreiras à procura de acompanhamento psicológico por parte de pessoas com uma PAI é a negação do problema ou a falta de perceção da gravidade do mesmo (Ali et al., 2016; Daugelat et al., 2023). Neste sentido, a perceção de que a eMOTE promove a consciência acerca do problema e, consequentemente, o reconhecimento da necessidade ajuda reveste-se de elevada importância.

No que concerne ao impacto comportamental percebido, algumas participantes relataram mudanças positivas no comportamento alimentar decorrentes do uso da aplicação (e.g. comer mais devagar e de forma mais consciente, redução nos comportamentos compensatórios inapropriados). Estes resultados preliminares de mudança comportamental são

promissores e sugerem que a aplicação tem o potencial de impactar positivamente os sintomas da IAC, outro forte indicador da viabilidade e aceitabilidade da aplicação. Estes dados são concordantes com estudos que sugerem a eficácia de aplicações móveis na redução de comportamentos alimentares disfuncionais e na promoção de comportamentos alimentares mais adaptativos (Linardon et al., 2020; Tregarthen et al., 2019). No entanto, emergiu também por parte de uma potencial utilizadora a perceção de ausência de expectativa de mudança comportamental no caso da inexistência de apoio adicional à aplicação.

No que diz respeito ao potencial impacto emocional da eMOTE, o estudo apresenta resultados particularmente interessantes. Em primeiro lugar, ao longo das entrevistas, todas as mulheres com episódios de IAC demonstraram uma dificuldade em nomear emoções. Este é um indicador de dificuldades de regulação emocional que a literatura sustenta estarem na base de comportamentos alimentares disfuncionais como a IAC (Ben-Porath et al., 2020; Brockmeyer et al. 2013; Giel et al., 2023; Haedt-Matt et al., 2014). De facto, Brockmeyer e colaboradores (2013) demonstraram que indivíduos com uma PAI reportam, significativamente, mais dificuldades de regulação emocional do que o grupo de controlo. Essas dificuldades parecem centrar-se ao nível da experiência emocional, diferenciação, atenuação e modulação de emoções. Este resultado reforça a relevância da eMOTE na promoção da regulação emocional adaptativa, através de uma intervenção baseada na TCD (Kenny et al., 2019). Adicionalmente, a aplicação parece ter um potencial impacto na experiência emocional das utilizadoras. A frustração emergiu como a emoção mais reportada pelas mulheres com episódios de IAC, associada ao aumento da consciencialização do problema. No entanto, esta foi percecionada como um passo necessário para a mudança. Adicionalmente, as participantes reportaram uma redução do sentimento de culpa associado à alimentação, um alívio pela compreensão do problema, uma sensação de calma proporcionada pelos exercícios de mindfulness e emoções de conquista pelo progresso. Estes resultados iniciais são encorajadores e reforçam a viabilidade e aceitabilidade da eMOTE. Por último, a sensação de compreensão e empatia proporcionada pela aplicação é um dado importante, uma vez que o isolamento social e o julgamento são desafios comuns reportados pelas mulheres com episódios de IAC neste estudo. Deste modo, a eMOTE pode facilitar o acesso a cuidados de saúde mental por representar um espaço seguro com menos estigma associado e onde as utilizadoras podem encontrar suporte emocional. Estas conclusões são corroboradas por estudos anteriores acerca de intervenções de autoajuda para as PAI (Linardon et al., 2020; Yim et al., 2019).

De um modo geral, os resultados deste investigação aproximam-se aos de um estudo qualitativo semelhante que explorou as percepções conjuntas de psicólogos com experiência no tratamento das PAI e de sujeitos com episódios de IAC acerca de uma potencial aplicação de autoajuda guiada para a IAC (Juarascio et al., 2015). Ambos os grupos consideraram que a aplicação seria viável e aceitável. De modo semelhante aos resultados encontrados, os utilizadores demonstraram entusiasmo pela aplicação, sobretudo pela psicoeducação acerca do problema, pela sua capacidade de facilitar a automonitorização e pela potencial promoção da redução dos episódios de IAC. Os psicólogos consideraram que a aplicação poderia melhorar a intervenção psicológica presencial, promovendo a monitorização e o reforço das competências terapêuticas fora do contexto clínico, uma percepção que também emergiu no presente estudo. Adicionalmente, as mulheres com episódios de IAC da nossa amostra destacaram a importância dos lembretes e de notificações com carácter relacional e empático como um facilitador do envolvimento e do uso consistente da aplicação. Por sua vez, as profissionais salientaram a necessidade de a aplicação integrar reforços positivos pelo empenho e compassivos pelas dificuldades para promover a adesão à aplicação e diminuir a tendência para a desistência. Ambos os resultados são congruentes com os encontrados por Juarascio e colaboradores (2015).

Apesar do seu carácter inovador, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, o número reduzido da amostra, principalmente do número de mulheres com episódios de IAC, pode não representar a diversidade de experiências e necessidades de mulheres com estas dificuldades. Adicionalmente, a amostra de psicólogos foi composta exclusivamente por mulheres, o constitui uma limitação ao nível da representatividade do sexo nas percepções dos profissionais da área. Uma outra limitação prende-se com o facto das psicólogas não terem tido oportunidade de interagir diretamente com a eMOTE. Apesar do documento desenvolvido conter explicações do conteúdo e imagens da aplicação, este não permitiu o carácter experiencial da mesma, um interesse manifestado por algumas profissionais. Por último, as mulheres com episódios de IAC usaram a aplicação durante sete dias. Deste modo, as suas percepções acerca da aceitabilidade da eMOTE têm um carácter essencialmente prospetivo e podem não corresponder às de alguém que teve acesso à intervenção durante mais tempo.

Neste sentido, será importante que estudos futuros aprofundem a compreensão da experiência de mulheres com episódios de IAC com a utilização destas aplicações para uma melhor compreensão da utilidade que estas representam na autogestão emocional da IAC, assim como dos desafios e sugestões de melhoria das aplicações para melhor responderem às

necessidades desta população. Para tal, será relevante que as investigações acedam às perceções de um maior número de mulheres com episódios de IAC e durante um período de utilização das aplicações mais alargado. Adicionalmente, estudos futuros devem explorar as perceções de outros profissionais de saúde mental, como os psiquiatras, com experiência no tratamento das PAI, incluindo perspetivas de profissionais do sexo masculino. A inclusão de uma variedade de perspetivas profissionais pode enriquecer a avaliação da eMOTE, permitindo identificar potenciais melhorias e adaptações que tornem a aplicação ainda mais relevante e eficaz para mulheres com estas dificuldades.

## **Conclusão**

Num panorama de crescente interesse pelo desenvolvimento e utilização de aplicações móveis no âmbito da saúde mental, o presente estudo contribui significativamente para a literatura emergente acerca da compreensão das perceções de psicólogos e utilizadores em relação à viabilidade e aceitabilidade destas aplicações. Este estudo estabelece que a eMOTE é viável para prosseguir para um RCT de eficácia, onde se antecipa que a aplicação seja aceite por parte das utilizadoras. Não obstante, também se antecipam dificuldades ao nível da manutenção da consistência de utilização da aplicação ao longo da intervenção. Neste sentido, é aconselhável que as barreiras e sugestões identificadas neste estudo sejam abordadas antes do início do RCT de eficácia, aumentando a probabilidade das participantes beneficiarem de resultados clinicamente significativos (Park et al., 2022).

Deste modo, o presente estudo visa informar o desenvolvimento e a avaliação da eficácia da aplicação eMOTE, mas também contribuir para a base de conhecimento existente sobre aplicações móveis na área da saúde mental, ajudando a moldar práticas futuras que atendam de forma mais eficaz à expertise clínica de profissionais de saúde mental e às necessidades da população-alvo das intervenções.

## Referências

- Ahmadiankalati, M., Steins-Loeber, S., & Paslakis, G. (2020). Review of randomized controlled trials using e-Health interventions for patients with eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00568>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2016). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bauer, S., & Moessner, M. (2013). Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 508–515. <https://doi.org/10.1002/eat.22109>
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101–121. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723371>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. (2013). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Bruno, R., & Abbott, J. M. (2015). Australian health professionals' attitudes toward and frequency of use of internet supported psychological interventions. *International Journal of Mental Health*, 44(1–2), 107–123. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1009784>
- Coffino, J. A., Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Rates of Help-Seeking in US Adults with Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence across diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(8), 1415–1426. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.030>
- Daugelat, M., Pruccoli, J., Schag, K., & Giel, K. E. (2023). Barriers and facilitators affecting treatment uptake behaviours for patients with eating disorders: A systematic review synthesising patient, caregiver and clinician perspectives. *European Eating Disorders Review*, 31(6), 752–768. <https://doi.org/10.1002/erv.2999>
- Elfeky, A., Treweek, S., Hannes, K., Bruhn, H., Fraser, C., & Gillies, K. (2022). Using qualitative methods in pilot and feasibility trials to inform recruitment and retention processes in full-scale randomised trials: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 12(4), e055521. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055521>
- Fairburn CG, Beglin S. (2008) Eating disorder examination questionnaire. Em: Fairburn CG, editor, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 317-360). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th edition). Em C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). Guilford Press.

- Ferreri, F., Bourla, A., Mouchabac, S., & Karila, L. (2018). E-Addictology: An overview of new technologies for assessing and intervening in addictive behaviors. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00051>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2023). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Green, J., & Thorogood, N. (2004) *Qualitative methods for health research*. (2nd ed.). Sage Publications.
- Haedt-Matt, A. A., Keel, P. K., Racine, S. E., Burt, S. A., Hu, J. Y., Boker, S., Neale, M., & Klump, K. L. (2014b). Do emotional eating urges regulate affect? Concurrent and prospective associations and implications for risk models of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 874–877. <https://doi.org/10.1002/eat.22247>
- Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-292>
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
- Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 291–301. <https://doi.org/10.1017/s1352465804001365>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical

- treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Hudson, G., Negbenose, E., Neary, M., Jansli, S. M., Schueller, S. M., Wykes, T., & Jilka, S. (2022). Comparing professional and consumer ratings of Mental Health apps: Mixed Methods study. *JMIR Formative Research*, 6(9), e39813. <https://doi.org/10.2196/39813>
- İnce, B., Schlatter, J., Max, S., Plewnia, C., Zipfel, S., Giel, K. E., & Schag, K. (2021). Can we change binge eating behaviour by interventions addressing food-related impulsivity? A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00384-x>
- Juarascio, A. S., Goldstein, S. P., Manasse, S. M., Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2015). Perceptions of the feasibility and acceptability of a smartphone application for the treatment of binge eating disorders: Qualitative feedback from a user population and clinicians. *International Journal of Medical Informatics*, 84(10), 808–816. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.06.004>
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17(2), 144–156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x>
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2019). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eating Disorders*, 28(2), 202–211. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678982>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G.,

- De Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., . . . Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Khan, W., Jebanesan, B., Ahmed, S., Trimmer, C., Agic, B., Safa, F., Ashraf, A., Tuck, A., Kavic, K., Wadhawan, S., Abbott, M., Husain, O., Husain, I., Hamid, M. A., McKenzie, K., Quintana, Y., & Naeem, F. (2023). Stakeholders' views and opinions on existing guidelines on “How to Choose Mental Health Apps.” *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1251050>
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., Firth, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(11), 994–1007. <https://doi.org/10.1037/ccp0000575>
- Linardon, J., King, T., Shatte, A., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Usability Evaluation of a Cognitive-Behavioral App-Based intervention for binge eating and related psychopathology: a Qualitative study. *Behavior Modification*, 46(5), 1002–1020. <https://doi.org/10.1177/01454455211021764>
- Lindenberg, K. (2011). E-Health for Individualized Prevention of eating Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7(1), 74–83. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010074>
- Lindgreen, P., Lomborg, K., & Clausen, L. (2018). Patient Experiences Using a Self-Monitoring App in Eating Disorder Treatment: Qualitative study. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 6(6), e10253. <https://doi.org/10.2196/10253>
- Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric properties and norms for the Portuguese population. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 448–453. <https://doi.org/10.1002/erv.2318>

- McClay, C., Waters, L., Schmidt, U., & Williams, C. (2014). A Survey of Attitudes towards Computerized Self-Help for Eating Disorders within a Community-Based Sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 65–78. <https://doi.org/10.1017/s1352465814000484>
- McClelland, J., Hodsoll, J., Brown, A., Lang, K., Boysen, E., Flynn, M., Mountford, V. A., Glennon, D., & Schmidt, U. (2018). A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED). *European Eating Disorders Review*, 26(2), 129–140. <https://doi.org/10.1002/erv.2579>
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' attitudes toward internet interventions: Exploratory Cross-Sectional Study. *JMIR Mental Health*, 7(4), e16817. <https://doi.org/10.2196/16817>
- Mesarič, K. K., Damjanac, Ž., Debeljak, T., & Kodrič, J. (2023). Effectiveness of psychoeducation for children, adolescents and caregivers in the treatment of eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 32(1), 99–115. <https://doi.org/10.1002/erv.3028>
- Neto, D., Spínola, C., Pinto, H. S., & Gago, J. (2024). Perspectives on the implementation of mental health apps on clinical interventions in mental health. *Acta Médica Portuguesa*, 37(7–8), 501–503. <https://doi.org/10.20344/amp.20508>
- NICE. (2017, May 23). *Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Nogueira-Leite, D., Diniz, J. M., & Cruz-Correia, R. (2023). Mental health professionals' attitudes toward digital mental health apps and implications for adoption in Portugal: Mixed Methods study. *JMIR Human Factors*, 10, e45949. <https://doi.org/10.2196/45949>
- Nogueira-Leite, D., Marques-Cruz, M., & Cruz-Correia, R. (2024). Individuals' attitudes toward digital mental health apps and implications for adoption in Portugal: web-based

survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02488-1>

Park, S. Y., Sigmon, C. N., & Boeldt, D. (2022). A framework for the Implementation of Digital Mental Health Interventions: The importance of Feasibility and Acceptability research. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.29329>

Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ș., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 931. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>

Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The Potential of Technology-Based Psychological Interventions for Anorexia and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Recommendations for Future research. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.3554>

Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., Van Elburg, A., . . . Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313–315. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00081-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00081-x)

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

Slade, E., Keeney, E., Mavranetzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2629–2636. <https://doi.org/10.1017/s0033291718001071>

Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D.,

- Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Stearns, T., Giorgalli, M., Free, K., Harju-Seppänen, J., Akther, S., Eskinazi, M., O’Hanlon, P., Rostill, H., Amani, S., Lloyd-Evans, B., Osborn, D., & Johnson, S. (2021). A qualitative study of stakeholder views on the use of a digital app for supported self-management in early intervention services for psychosis. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03317-9>
- Tannous, W. K., Hay, P., Girosi, F., Heriseanu, A. I., Ahmed, M. U., & Touyz, S. (2021). The economic cost of bulimia nervosa and binge eating disorder: a population-based study. *Psychological Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/s0033291721000775>
- Tempos médios de Espera. *Tempos Médios de Espera*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth>.
- Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*, 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3)
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20935>
- Tregarthen, J., Kim, J. P., Sadeh-Sharvit, S., Neri, E., Welch, H., & Lock, J. (2019). Comparing a tailored Self-Help mobile app with a standard Self-Monitoring app for the treatment of eating disorder symptoms: randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 6(11), e14972. <https://doi.org/10.2196/14972>

- Vigerland, S., Ljótsson, B., Gustafsson, F. B., Hagert, S., Thulin, U., Andersson, G., & Serlachius, E. (2014). Attitudes towards the use of computerized cognitive behavior therapy (cCBT) with children and adolescents: A survey among Swedish mental health professionals. *Internet Interventions*, 1(3), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.06.002>
- Withnell, S. J., Kinnear, A., Masson, P., & Bodell, L. P. (2022). How different are threshold and other specified feeding and eating disorders? Comparing severity and treatment outcome. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.784512>
- Yim, S. H., & Schmidt, U. (2019). Self-Help Treatment of eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 231–241. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.006>
- Zabor, E. C., Kaizer, A. M., & Hobbs, B. P. (2020). Randomized controlled trials. *CHEST Journal*, 158(1), S79–S87. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.013>

## **Anexo A: Consentimento Informado Enviado às Mulheres com Episódios de IAC**

### **Informações sobre o estudo e Consentimento Informado**

**Enquadramento:** Este estudo faz parte de um projeto de doutoramento em Psicologia da Universidade do Porto (FPCEUP) e conta com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia. O estudo recebeu um parecer favorável da Comissão de Ética da FPCEUP.

**Objetivo do estudo:** Avaliar a usabilidade e a experiência ao utilizar a aplicação eMOTE, desenvolvida para mulheres adultas que apresentem ingestão alimentar compulsiva.

**Elegibilidade:** Poderão participar no estudo pessoas do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos e que apresentem ingestão alimentar compulsiva e/ou tenham recebido o diagnóstico de Bulimia Nervosa ou de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.

**Procedimento:** A sua participação neste estudo será dividida em vários momentos: a) resposta a questionário online de auto-relato; b) reunião virtual onde lhe será dado acesso à eMOTE e visão geral do estudo; c) uso da eMOTE durante 7 dias; d) reunião virtual onde poderá avaliar a usabilidade e partilhar a sua experiência com a eMOTE. Esta reunião poderá ser gravada em formato áudio.

**Participação voluntária:** A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo, terá o direito de desistir a qualquer momento (sem ter de indicar ou justificar o motivo para o fazer), e sem qualquer tipo de penalização.

**Pagamento ou compensação:** Não está prevista qualquer tipo de recompensa material pela participação neste estudo.

**Possíveis riscos:** A participação no estudo não envolve riscos acrescidos. Ainda assim, navegar pela eMOTE poderá gerar desconforto, uma vez que a app aborda temáticas relacionadas com a regulação emocional. Caso verifique que necessita de apoio psicológico deverá entrar em contacto com a investigadora responsável através do email [telmandreiacruz@gmail.com](mailto:telmandreiacruz@gmail.com).

**Confidencialidade e anonimato:** Todos os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Para a realização das reuniões usaremos o seu email e o seu nome que serão eliminados da base de dados assim que terminem as reuniões. A entrevista será gravada em formato áudio e a gravação será eliminada assim que seja realizada a transcrição da mesma. Todos os seus registos manter-se-ão confidenciais. A informação recolhida será mantida em anonimato, não sendo possível a sua identificação. Os dados recolhidos serão confidenciais e armazenados somente durante o tempo necessário para o propósito do estudo e utilizados apenas para fins de investigação. Somente membros da equipa terão acesso aos seus dados pessoais e estarão sujeitos ao sigilo profissional. A informação será guardada num computador e em bases de dados em que será necessária uma password para aceder. Informamos que tem o direito de aceder, alterar, apagar, opor e limitar o tratamento dos seus dados pessoais ou revogar o seu consentimento até que seja realizada a anonimização dos dados, uma vez que não será possível identificar os participantes após este procedimento. Para o efeito deverá contactar a investigadora responsável através do email [telmandreiacruz@gmail.com](mailto:telmandreiacruz@gmail.com).

**Divulgação dos resultados:** Os resultados do estudo serão divulgados através de artigos científicos e nas redes sociais do projeto (Facebook e Instagram).

**Propriedade intelectual:** Os conteúdos da eMOTE são propriedade da equipa de investigação e estão protegidos por direitos de autor. A utilização da eMOTE fora deste estudo ou a reprodução dos materiais não está autorizada.

Se tiver dúvidas adicionais, deverá contactar a investigadora responsável, Telma Cruz.

### **Equipa de investigação**

Telma Cruz - Investigadora responsável

Mariana Veloso Martins – Orientadora

Cristiana Duarte – Coorientadora

Tiago Bento Ferreira – Coorientador

**Muito obrigada pela sua participação!**

## **Consentimento Informado para Teste de Usabilidade da eMOTE**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de livre vontade no estudo destinado a avaliar a usabilidade e as experiências decorrentes da utilização de uma aplicação que se denomina eMOTE. Compreendo que o objetivo deste estudo é avaliar a eMOTE para que a equipa envolvida no seu desenvolvimento possa fazer melhorias, tornando-a mais fácil, simples e agradável de usar.

Declaro que entendi os objetivos do estudo e aceito participar nas duas reuniões a serem realizados através da plataforma Zoom, bem como responder aos questionários online e participar na pequena entrevista que será gravada em formato áudio.

Compreendo também que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito e que as gravações serão eliminadas assim que seja feita a transcrição dos dados.

Compreendo e aceito que posso apenas utilizar a eMOTE no âmbito deste estudo, não me sendo permitido reproduzir o conteúdo, formato e design desta app.

Para concluir, ao concordar com este consentimento informado, declaro que entendi os objetivos e benefícios da minha participação e concordo, voluntariamente, participar nesta investigação.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

## **Anexo B: Consentimento Informado Enviado às Psicólogas**

### **Informações sobre o estudo e Consentimento Informado**

**Enquadramento:** Este estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação de Mestrado de Helena Silva, estudante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), sob a orientação da Professora Doutora Mariana Martins. O estudo recebeu um parecer favorável da Comissão de Ética da FPCEUP.

**Objetivo do estudo:** Aceder às perceções de profissionais de saúde mental relativamente à eMOTE, uma aplicação desenvolvida para mulheres que apresentem episódios de ingestão alimentar compulsiva.

**Elegibilidade:** Poderão participar neste estudo profissionais de saúde mental com experiência na área das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.

**Procedimento:** A sua participação neste estudo será dividida em dois momentos:

1. Leitura de um documento que lhe será enviado com as informações necessárias acerca do conteúdo e funcionamento da eMOTE;
2. Participação numa reunião através da plataforma Zoom, sujeita a gravação em áudio, onde lhe serão colocadas questões sociodemográficas e acerca das suas perceções em relação à eMOTE.

**Participação voluntária:** A sua participação é livre e voluntária. Caso não deseje participar, não tem de o fazer. Se decidir participar nesta investigação e mais tarde quiser desistir pode fazê-lo a qualquer altura, sem qualquer tipo de consequência.

**Pagamento ou compensação:** Não está prevista qualquer tipo de recompensa material pela participação neste estudo.

**Potenciais riscos e benefícios da sua participação:** A participação neste estudo não envolve riscos acrescidos. Os benefícios da sua participação incluem a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento de uma aplicação de intervenção psicológica e consequente avanço do conhecimento científico.

**Confidencialidade e anonimato:** As informações por si fornecidas manter-se-ão confidenciais e anonimizadas de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Para o envio do documento e realização da reunião usaremos o seu email e o seu nome que serão eliminados da base de dados assim que terminar a reunião. A reunião será gravada em formato áudio e a gravação será eliminada assim que seja realizada a transcrição da mesma. A informação recolhida será mantida em anonimato, não sendo possível a sua identificação. Os dados recolhidos serão confidenciais e armazenados somente durante o tempo necessário para o propósito do estudo e utilizados apenas para fins de investigação. Somente membros da equipa terão acesso aos seus dados pessoais e estarão sujeitos ao sigilo profissional. A informação será guardada num computador e em bases de dados em que será necessária uma password para aceder. Informamos que tem o direito de aceder, alterar, apagar, opor e limitar o tratamento dos seus dados pessoais ou revogar o seu consentimento até que seja realizada a anonimização dos dados, uma vez que não será possível identificar os participantes após este procedimento. Para o efeito deverá contactar a investigadora Helena Silva através do email [up201807879@up.pt](mailto:up201807879@up.pt).

**Divulgação dos resultados:** Os resultados do estudo serão divulgados através da publicação de um artigo científico e nas redes sociais do projeto (Facebook e Instagram).

**Propriedade intelectual:** Os conteúdos da eMOTE são propriedade da equipa de investigação e estão protegidos por direitos de autor. A utilização da eMOTE fora deste estudo ou a reprodução dos materiais não está autorizada.

**Contacto:** Para qualquer dúvida ou questão relacionada com este estudo poderá contactar a investigadora Helena Silva através do email [up201807879@up.pt](mailto:up201807879@up.pt).

Muito obrigada pela sua participação!

## Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de livre vontade no estudo destinado a aceder às perceções de profissionais de saúde mental em relação à aplicação eMOTE. Compreendo que o objetivo deste estudo é conhecer e compreender as perspetivas de profissionais de saúde mental em relação à eMOTE para que a equipa envolvida no seu desenvolvimento possa fazer melhorias na aplicação.

Declaro que entendi os objetivos do estudo e concordo em ler o documento e participar na pequena entrevista que será gravada em formato áudio.

Compreendo também que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito e que as gravações serão eliminadas assim que seja feita a transcrição dos dados.

Compreendo e aceito que posso apenas ter acesso ao conteúdo da eMOTE no âmbito deste estudo, não me sendo permitido reproduzir o conteúdo, formato e design desta app.

Para concluir, ao concordar com este consentimento informado, declaro que entendi os objetivos e benefícios da minha participação e concordo, voluntariamente, participar nesta investigação.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo C: Guião de Entrevista Semiestruturada das Mulheres com Episódios de IAC**

### **Introdução:**

Antes de começarmos, gostaria de pedir a sua permissão para gravar a entrevista em áudio. Pode ser? - Obrigada por aceitar fazer parte desta entrevista. Neste estudo, foi-lhe indicado que usasse a eMOTE durante sete dias. Neste momento, gostaria de lhe colocar algumas questões acerca dessa experiência. Quero reforçar que não existem respostas certas ou erradas, apenas procuramos compreender da melhor forma como foi a sua experiência, sendo que os seus pontos de vista são muito valiosos para nós. Até agora, tem alguma dúvida? Sinta-se à vontade para as colocar ao longo de toda a entrevista.

1. Imaginando que utilizava a eMOTE durante 2 meses, como descreveria a sua experiência?
  - 1.1. Aprofundar módulos
  - 1.2. Aprofundar diário das emoções e refeições
  - 1.3. Vantagens e limitações da aplicação
2. Que emoções julga que a eMOTE pode despertar?
3. Existe mais alguma coisa que gostaria de partilhar sobre a sua experiência com a eMOTE?

## **Anexo D: Guião de Entrevista Semiestruturada das Psicólogas**

### **Introdução**

Antes de começarmos, gostaria de pedir a sua permissão para gravar a entrevista em áudio. Pode ser? - Obrigada por aceitar fazer parte desta entrevista. Neste estudo, foi-lhe enviado um documento com informações acerca do estudo e do conteúdo e funcionamento da eMOTE. Teve alguma dúvida? - Nesta fase do estudo, gostaria de lhe colocar algumas questões. Quero reforçar que não existem respostas certas ou erradas, apenas procurarmos conhecer e compreender da melhor forma quais as suas perceções em relação à eMOTE, sendo que os seus pontos de vista são muito valiosos para nós. Até agora, tem alguma dúvida ou questão? Sinta-se à vontade para as colocar ao longo de toda a entrevista.

1. Depois de conhecer a eMOTE, e de acordo com a sua experiência, qual considera ser a utilidade clínica da aplicação?
  - 1.1. Aprofundar módulos
  - 1.2. Aprofundar diário das emoções e refeições
  - 1.3. Vantagens e limitações da aplicação
2. Recomendaria a eMOTE a pessoas com ingestão alimentar compulsiva?
  - 2.1. Se sim, em que casos?
  - 2.2. Se não, por que motivos?
3. De acordo com a sua experiência, o que mudaria na aplicação?
4. Existe mais alguma coisa que gostaria de partilhar em relação à eMOTE?