

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE INGESTÃO COMPULSIVA (*BES*). UM ESTUDO COM UMA AMOSTRA DE OBESOS PORTUGUESES

ANA ROSA TAPADINHAS 1 & JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO 2

A perturbação de ingestão compulsiva (PIC) ou *binge eating disorder* (BED) é uma nova entidade nosológica cujos critérios de diagnóstico foram definidos por Spitzer *et al.* (1993, Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Elfhag, 2003; Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004; Stunkard & Allison, 2003), integrados no DSM-IV (1996), e os seus critérios fundamentais são: a ingestão objectiva de grandes quantidades de comida e a perda de controlo (Yanovski, 2002). Quando estes episódios se verificam, pelo menos, bissemanalmente e nos últimos seis meses, associados à perda de controlo e sem comportamentos compensatórios dirigidos à perda de peso, pode considerar-se a presença da síndrome de perturbação de ingestão compulsiva (PIC) (Freitas, Lopes, Coutinho & Apolinário, 2001).

A PIC pode ocorrer em sujeitos com peso normal ou com excesso de peso. As primeiras referências de ingestão compulsiva entre os obesos remetem para a década de 50 e em 1959, Stunkard descreveu a ingestão compulsiva como um padrão comportamental distinto em alguns obesos. Posteriormente, foram conduzidos vários estudos epidemiológicos, cujas abordagens foram sendo melhoradas progressivamente (Azevedo *et al.*, 2004; Isnard *et al.*, 2003).

A prevalência da PIC em amostra de sujeitos obesos incluídos em programas de perda de peso varia entre os 7% e os 30%, enquanto que indivíduos de amostras com peso normativo evidenciam rácios de PIC entre os 1,8% e os 4,6%. Contudo, nas amostras de obesos candidatos a cirurgia bariátrica os níveis de PIC identificados denotam valores mais elevados (27% a 47%) (Freitas, Lopes, Appolinário & Coutinho, 2006).

Os obesos com PIC diferem claramente dos obesos sem PIC em diversos aspectos clínicos, apresentam, nomeadamente: 1) uma obesidade mais grave; 2) excesso de peso mais cedo; 3) preocupação com dietas mais cedo e mais frequente; 4) maiores níveis de psicopatologia, incluindo depressão, abuso de substâncias e problemas emocionais e afectivos, bem como perturbações de personalidade (Antoniou, Tasca, Wood & Bissada, 2003; Fassino, Leombruni, Pierò, Daga & Rovera, 2003; Pull, 2004; Stunkard & Allison, 2003; Yanovski, 2002).

1-Hospital S. Francisco Xavier, Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – UP.

Os primeiros instrumentos criados para avaliar a PIC e as PCA não foram construídos especificamente para avaliar os sujeitos com obesidade, nem recorrem a uma abordagem dimensional do fenómeno. O recurso a uma forma de medida contínua e que avalie os níveis de gravidade da PIC em doentes obesos constituiu uma mais-valia na caracterização e avaliação deste grupo de doentes, já que a investigação tem evidenciado a associação da comorbilidade psicopatológicas em relação com a gravidade da PIC e não face à gravidade da obesidade (Freitas *et al.*, 2001).

A Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (*Binge Eating Scale – BES*) veio permitir observar a magnitude das alterações do comportamento alimentar, em diferentes momentos ao longo do tratamento e tem facilitado o acesso às inter-relações entre a PIC e os sintomas psicopatológicos. Desta forma, pareceu pertinente a tradução e adaptação da versão portuguesa, o que foi elaborado a partir da versão original de Gormally, Black, Daston e Rardin (1982) e de versão portuguesa/brasileira de Freitas *et al.* (2001), carecendo apenas um ligeiro ajustamento linguístico.

MÉTODO

Participantes

A amostra para o estudo da validação da versão portuguesa da BES foi composta por 167 sujeitos obesos, seguidos num hospital geral da zona da grande Lisboa, por uma equipa multidisciplinar de intervenção na obesidade e candidatos a cirurgia bariátrica. Apresentaram idades entre os 18 e os 64 anos e cuja média etária foi de cerca de 40 ($M = 40,2$) anos, com um peso médios de 119 ($M=118,9$; $dp=20,2$) kg, e um IMC médio de 45 ($M=44,5$; $dp=6,5$) kg/m^2 . A escolaridade esteve entre os 4 e os 17 ($M = 9,9$) anos. Através da aplicação da BES acedeu-se aos diferentes níveis de gravidade de PIC que se distribuíram face às variáveis sócio-demográficas de acordo com os dados do Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das variáveis face aos níveis de gravidade da PIC (N=167)

| Variáveis | Níveis de Gravidade da PIC | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| | Sem PIC (n = 126) | Moderada (n = 33) | Grave (n = 8) |
| <i>Idade</i> | <i>Média (±)</i> 39,3 (± 10,7) | 42,2 (± 12,4) | 44,9 (± 7,8) |
| | <i>Máximo /Mínimo</i> 64 / 19 | 64 / 18 | 59 / 36 |
| <i>Sexo</i> | <i>Masculino</i> 24 (19%) | 2 (6,1%) | 1 (12,5%) |
| | <i>Feminino</i> 102 (81%) | 31 (93,9%) | 7 (87,5%) |
| <i>Escolaridade</i> | <i>Média (±)</i> 10,06 (± 4,05) | 9,9 (± 4,2) | 7,6 (± 4,4) |
| <i>Estado Civil</i> | <i>S/ Companheiro</i> 53 (42,1%) | 15 (45,5%) | 3 (37,5%) |
| | <i>C/ Companheiro</i> 73 (57,9%) | 18 (54,5%) | 5 (62,5%) |
| <i>Situação Profissional</i> | <i>Activos</i> 87 (69%) | 26 (78,8%) | 6 (75%) |
| | <i>Não Activos</i> 39 (31%) | 7 (21,1%) | 2 (25%) |
| <i>Peso</i> | <i>Média (±)</i> 118,5 (± 18,8) | 117,9 (± 17,3) | 130,3 (± 43,1) |
| | <i>Máximo /Mínimo</i> 178 / 81 | 167,5 / 87 | 230 / 98 |
| <i>IMC</i> | <i>Média (±)</i> 44,1 (± 6,1) | 45,3 (± 6,1) | 46,7 (± 11,6) |
| | <i>Máximo /Mínimo</i> 69,6 / 35,1 | 56,3 / 35,3 | 71 / 37,6 |
| <i>Idade Início de Excesso Peso</i> | <i>Infância</i> 21 (16,7%) | 10 (30,3%) | 1 (12,5%) |
| | <i>Adolescência</i> 24 (19%) | 5 (15,2%) | - |
| | <i>Idade Adulta</i> 81 (64,3%) | 18 (54,5%) | 7 (87,5%) |
| <i>Doença Crónica</i> | <i>Sim</i> 67 (53,2%) | 17 (51,5%) | 4 (50%) |
| | <i>Não</i> 59 (46,8%) | 16 (48,5%) | 4 (50%) |

Apesar de não se evidenciarem diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sócio-demográficas, pode constatar-se através da análise do Quadro 1 que foram os sujeitos com níveis etários mais elevados que tenderam a apresentar níveis mais altos na PIC; os inquiridos com menor nível de escolaridade evidenciaram níveis mais graves na PIC; e um IMC mais elevado estava relacionado com níveis mais graves na PIC.

Material

A BES é um instrumento de auto-aplicação, desenvolvido por Gormally *et al.* (1982) com o propósito de identificar comportamentos e cognições características de ingestão compulsiva nos sujeitos obesos e que tem sido apresentado como adequado para discriminar os sujeitos obesos quanto á gravidade da PIC e em diferentes contextos (Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Esta escala é composta por uma lista de 16 itens e 62 afirmações, em que o sujeito deverá seleccionar em cada item a afirmação com que mais se identifica e que será cotada de acordo com uma escala tipo Likert. A cada afirmação corresponde uma cotação de 0 a 3 pontos, indo desde a ausência (“0”) até á máxima gravidade (“3”) da PIC. Cada item apresenta três ou quatro níveis de alternativa de resposta cujo resultado final corresponde á soma dos pontos obtidos nos 16 itens, e pode variar entre 0 e 46 pontos. Permite avaliar quanto á gravidade da PIC e estabelecer parâmetros face ao prognóstico no tratamento dos doentes (Gormally *et al.*, 1982; Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Diversos autores têm referido a BES como um instrumento relevante para a avaliação e diagnóstico da PIC. A classificação da perturbação do comportamento alimentar em três níveis diferentes de gravidade foi apresentada por Marcus, Wing e Hopkins em 1988, sendo que: pontuações iguais ou inferiores a 17 pontos, considera-se a ausência de PIC; pontuações entre 18 e 26 pontos, considera-se uma PIC moderada; e pontuações iguais ou superiores a 27 pontos, considera-se uma PIC grave (Freitas *et al.*, 2001, 2006).

Procedimento

Os itens da BES foram submetidas a tradução para língua portuguesa por dois psicólogos clínicos e submetidos a retroversão para a língua inglesa, e a versão final foi submetida à apreciação do Professor Doutor Pais Ribeiro, orientador deste estudo.

Concluída a fase da tradução, a versão em língua portuguesa assumiu o nome de Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva, foi aplicada a um grupo de cinco pessoas de diferentes idades e estatutos sócio-profissionais, as quais não referiram dificuldade na sua compreensão. Passou-se então à fase da investigação com a amostra do estudo.

Com recurso ao Software SPSS versão 15 para o Windows, procedeu-se à análise das qualidades métricas da escala.

RESULTADOS

A aplicação da BES na amostra do presente estudo não permitiu, tal como no estudo original, evidenciar diferenças estatisticamente significativas face ao sexo. No entanto, através da análise do Quadro 2 constataram-se diferenças entre os sujeitos no que concerne á gravidade da PIC salientando-se a presença de diferenças estatisticamente significativas, da mesma forma como foi mencionado por Gormally *et al.* (1982) , entre todos os grupos e de acordo com os testes de comparação múltipla a posteriori (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 2:Valores da estatística Anova no estudo das diferenças face á gravidade da PIC (N=167).

| | | Gravidade da PIC | | | | |
|---------|--------------|------------------|-------|---------------|-------|-------|
| Cotação | | N | Média | Desvio Padrão | F | p |
| BES | Sem PIC | 126 | 8,79 | 4,60 | 221,4 | 0,001 |
| | PIC Moderada | 33 | 21,33 | 2,45 | | |
| | PIC Grave | 8 | 35,13 | 6,24 | | |

A análise da consistência interna foi realizada através da avaliação do Alfa de Cronbach, cujo valor deverá ser superior a 0,60 (Pestana & Gageiro, 2003). No que concerne à Fidelidade os autores identificaram um valor moderadamente elevado de consistência interna ($\alpha = 0,85$) para a BES (Gormally *et al.*, 1982). Freitas et al. (2006) constataram na versão portuguesa/brasileira da BES um nível de Fidelidade moderadamente elevado, identificando uma consistência interna ($\alpha = 0,89$) equivalente á que foi mencionada no estudo original. No presente estudo os dados de Fidelidade identificados correspondem a um valor moderadamente elevado de consistência interna ($\alpha = 0,87$) para a BES. Paralelamente, constatou-se neste estudo que a gravidade da PIC não se encontrava associada á gravidade da obesidade. No que concerne à Validade da BES foi testada em diversos estudos com diferentes instrumentos que avaliam o comportamento alimentar. Greeno, Marcus e Wing (1995) testaram a concordância da BES com a entrevista semi-estruturada *Eating Disorder Examination* (EDE) e constataram que os dois instrumentos coincidiam na classificação dos sujeitos sem PIC em cerca de 93% dos casos e nos inquiridos com PIC a concordância foi de 52%. O estudo efectuado por Freitas *et al.* (2006) identificou uma concordância entre os resultados da BES e da *Structured clinical interview for DSM-IV* (SCID-I/P) na versão portuguesa/brasileira nos sujeitos com PIC.

Quadro 3:Valores da estatística Anova no estudo das diferenças entre a escala BES as escalas e os compósitos DT, B, BD, o EDRC, A, o GPMC, LSE, PA, o IC, ID, ED e o APC (EDI-3).

| | | | EDI-3 | | | | | |
|---------|--------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cotação | | | DT | B | BD | EDRC | A | GPMC |
| Sem PIC | | | Média | Média | Média | Média | Média | Média |
| BES | Sem PIC | 126 | 42,21 | 39,83 | 48,89 | 41,40 | 34,73 | 28,79 |
| | PIC Moderada | 33 | 45,48 | 45,12 | 52,91 | 46,61 | 39,85 | 32,30 |
| | PIC Grave | 8 | 49,50 | 48,25 | 55,63 | 50,75 | 46,63 | 37,00 |
| | F | | 4,70 | 15,12 | 6,72 | 14,87 | 15,98 | 9,40 |
| | p | | 0,01 | 0,001 | 0,002 | 0,001 | 0,001 | 0,001 |
| | | | LSE | PA | IC | ID | ED | APC |
| Cotação | | | Média | Média | Média | Média | Média | Média |
| BES | Sem PIC | 126 | 29,55 | 32,15 | 28,97 | 31,98 | 37,14 | 31,98 |
| | PIC Moderada | 33 | 33,09 | 35,58 | 32,70 | 34,00 | 39,24 | 34,27 |
| | PIC Grave | 8 | 36,38 | 36,75 | 34,88 | 41,75 | 43,00 | 40,75 |
| | F | | 7,00 | 5,75 | 7,23 | 7,63 | 4,72 | 8,37 |
| | p | | 0,001 | 0,004 | 0,001 | 0,001 | 0,01 | 0,001 |
| | | | | | | | | |

BES - Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva; (EDI-3) DT - Obsessão por Emagrecer; B - Bulimia; BD -

Insatisfação Corporal; EDRC - Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar; A - Ascetismo; GPMC -

Desajustamento Psicológico Geral; LSE - Baixa Auto-Estima; PA - Alienação Pessoal; IC - Ineficácia; ID - Deficits

Introspectivo; ED - Desregulação Emocional; APC - Problemas Afectivos.

No presente estudo foi estabelecida a relação entre a BES e o EDI-3 (Quadro 3), nomeadamente no que remete para as escalas relacionadas com o comportamento alimentar e o compósito risco de perturbação do comportamento alimentar e constatou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas face à gravidade da PIC.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciados neste estudo sugerem que a versão portuguesa da BES parece assumir-se como um instrumento válido na avaliação da PIC em sujeitos com perturbação de ingestão compulsiva, e mais especificamente em sujeitos obesos no contexto da intervenção multidisciplinar na obesidade, embora deva ser complementada, de acordo com os autores do instrumento, com a informação clínica proveniente da entrevista clínica prévia.

O recurso a uma forma de medida que avalie os níveis de gravidade da PIC em sujeitos com padrões alimentares alterados, e mais especificamente em doentes obesos, permite a caracterização e avaliação desta resposta comportamental. A investigação tem evidenciado uma associação positiva da comorbilidade de psicopatologia face à gravidade da PIC e não no que se refere à gravidade da obesidade (Freitas *et al.*, 2001).

A Escala de Perturbação de Ingestão Compulsiva (BES) veio permitir observar a magnitude das alterações do comportamento alimentar e tem facilitado o acesso às inter-relações entre a PIC e os sintomas psicopatológicos. Este aspecto fica confirmado na associação encontradas com as escalas e compósitos do EDI-3, que avaliação não só aspectos do comportamento alimentar como também cede a variáveis psicológicas envolvidas nas disfunções comportamentais de ingestão alimentar.

REFERÊNCIAS

- Antoniou, M., Tasca, G. A., Wood, J., & Bissada, H. (2003) Binge eating disorder versus overeating: A failure to replicate and common factors in severely obese treatment seeking women. *Eating Weight Disorder*, 8, 145-149.

- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D.C. (2004) Transtorno de Compulsão Alimentar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31* (4), 170-172.
- DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1996) Lisboa: Climepsi Editores.
- Elfhag, Kristina (2003) *Rorschach Personality Characteristics in Obesity, Eating Behaviour and Treatment Outcome*. Stockholm: Karolinska University Press.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004) Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria RS, 26*, (1), 47-51.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Daga, A. G., & Rovera, G.G. (2003) Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 559-566.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinário, J. C., & Coutinho, W. (2006) The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors (7)* 282-289.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinário, J. C. (2001) Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23* (4) 215-220.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982) The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors, 7*, 47-55.
- Greeno, G., Marcus D., & Wing, R. (1995) Diagnosis of binge eating disorder: discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorder, 17* (2) 153-160.
- Isnard, P., Michel, G., Frelut, M.-L., Vila, G., Falissard, B., Naja, W., Navarro, J., & Simeoni, M. C. M. (2003) Binge Eating and Psychopathology in Severely Obese Adolescents. *Inc. International Journal of Eating Disorders, 34*, 235-243.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição Revista e Aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pull, C. B. (2004) Binge Eating Disorder. *Curr Opin Psychiatry, 17* (1), 43-48.
- Stunkard, A.J., & Allison, K. C. (2003) Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity, 27*, 1-12.
- Yanovski, S. Z. (2002) Binge Eating in Obese Person. In Fairburn, C. G. & Brownell, K.D. (Eds.) *Eating Disorders and Obesity*. (pp. 403-407). London: The Guilford Press.