



**A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE NA COMPULSÃO ALIMENTAR E NA  
OBESIDADE DE UNIVERSITÁRIOS**

***THE INFLUENCE OF ANXIETY ON COMPULSIVE OVEREATING AND OBESITY IN  
UNIVERSITY STUDENTS***

 **Paula Gulart Munhoz**

Mestranda em Administração.  
Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA.  
Santana do Livramento, Rio Grande do Sul – Brasil.  
[paulagmunhoz96@gmail.com](mailto:paulagmunhoz96@gmail.com)

 **Gustavo da Rosa Borges**

Doutorado em Administração pela Universidade Regional de Blumenau – FURB.  
Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA.  
Dom Pedrito, Rio Grande do Sul – Brasil.  
[gustavodarosaborges@gmail.com](mailto:gustavodarosaborges@gmail.com)

 **Thiago Antonio Beuron**

Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.  
Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA.  
Santana do livramento, Rio Grande do Sul – Brasil.  
[tbeuron@gmail.com](mailto:tbeuron@gmail.com)

 **Jonas Fernando Petry**

Doutorado em Administração pela Universidade Regional de Blumenau – FURB.  
Universidade Federal do Amazonas – UFAM.  
Manaus, Amazonas – Brasil.  
[jonasfernandopetry@gmail.com](mailto:jonasfernandopetry@gmail.com)

**Resumo:** Altos níveis de ansiedade são considerados um fenômeno que, infelizmente, está presente na vida de muitas pessoas. Estes elevados índices de ansiedade podem causar distúrbios tais como a compulsão alimentar e a obesidade. Este estudo tem como objetivo verificar se a ansiedade influencia na compulsão alimentar e na obesidade de alunos da Universidade Federal do Pampa (Campus Dom Pedrito). Usando um conjunto de dados coletados por um survey com 373 acadêmicos da universidade UNIPAMPA. Uma abordagem de regressão é empregada para estudar o impacto das variáveis latentes associadas à compulsão alimentar e a obesidade. Os resultados indicam que a ansiedade pode ter influência na compulsão alimentar. Por outro lado, observou-se que a ansiedade não provoca a obesidade. Os resultados mostram que a compulsão alimentar influencia na obesidade. Além disso, presupõe-se que a compulsão alimentar pode ser uma variável mediadora na relação entre a ansiedade e a obesidade.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Compulsão alimentar. Obesidade. Estudantes.

**Abstract:** High levels of anxiety are considered a phenomenon that, unfortunately, is a part of many people's lives. These elevated levels of anxiety can cause disorders such as compulsive overeating and obesity. The objective of this study is to determine whether anxiety has an influence on compulsive overeating and obesity among students at the Universidade Federal do Pampa (Dom Pedrito Campus), RS, Brazil. Using a dataset collected in a survey of 373 students from UNIPAMPA, a linear regression approach was used to study the impact of latent variables associated with compulsive overeating and obesity. The results indicate that anxiety may have an influence on compulsive eating. However, it was observed that anxiety does not provoke obesity. The results should that compulsive overeating does influence obesity. Additionally, it is assumed that compulsive overeating may be a mediating variable of the relationship between anxiety and obesity.

**Keywords:** Anxiety. Compulsive eating. Obesity. Students.

**Cite como**

*American Psychological Association (APA)*

Munhoz, P. G., Borges, G. R., Beuron, T. A. & Petry, J. F. (2021, jan./abr.). A influência da ansiedade na compulsão alimentar e na obesidade de universitários. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 10(1), 21-44.  
<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i1.14834>



## 1 Introdução

A ansiedade é considerada um fenômeno bastante presente em nossas sociedades contemporâneas (Dadds, Seinen, Roth, & Harnett, 2000). Pode-se dizer que ela se manifesta toda vez que o sujeito se vê ameaçado por eventos que ele sente como perigosos e surge novamente quando a sensação de perigo se repete (Freud, 1976). Os níveis de ansiedade tendem a aumentar em razão das profundas transformações vividas em nossas sociedades contemporâneas nas últimas décadas do século XX e nessas duas primeiras décadas do século XXI, que impactam fortemente a vida dos sujeitos (Lenhardtk & Calvetti, 2017).

A ansiedade pode se manifestar de duas formas: ansiedade-estado e ansiedade-traço. A primeira consiste em um estado emocional transitório marcado por sentimentos de tensão que podem variar conforme a intensidade. Já a segunda é uma condição pessoal, estável e que só se manifesta em situações estressantes, em circunstâncias que podem ser percebidas como ameaçadoras pelos sujeitos (Menezes, et al., 2018).

Neste estudo, abordaremos a ansiedade-traço, já que ela manifesta um comportamento pessoal que, como dissemos, aparece em circunstâncias sentidas pelos sujeitos como sendo ameaçadoras (Weinberg & Gould, 2017; Menezes, et al., 2018); essa forma de ansiedade está relacionada à personalidade dos indivíduos. Por outro lado, a ansiedade-estado, para Weinberg e Gould (2017), refere-se a um estado emocional momentâneo e variável, ou seja, ela é mais dependente da situação atual pela qual a pessoa está passando. Assim, acredita-se ser mais relevante pesquisar a ansiedade que faz parte das características dos indivíduos, visto que avaliar situações transitórias, além de mais complexo, não proporciona uma visão precisão do contexto geral. Assim, optamos pela ansiedade-traço.

Cabe ressaltar que a ansiedade ocasiona diversas situações nocivas à saúde dos sujeitos, como a compulsão alimentar (Isnard, et al., 2003) e a obesidade (Sadock & Sadock, 2007; Melca & Fortes, 2014). Pode-se caracterizar a compulsão alimentar como sendo um impulso que leva os indivíduos a comer em excesso, consumindo uma quantidade de alimentos relativamente grande, em um curto período de tempo, acompanhado de perda de controle sobre o quanto e o que se come (Appolinario, 2005).

De acordo com Isnard et al. (2003), tanto a ansiedade como a compulsão alimentar estão relacionadas entre si. Os autores relatam que os indivíduos que comem de forma compulsiva apresentam um alto índice de ansiedade. Outro fator prejudicial e que pode se desenvolver por intermédio das crises de ansiedade é a obesidade (Melca & Fortes, 2014). Melca e Fortes (2014) e Sadock e Sadock (2007) relatam que indivíduos obesos sofrem com fatores psicológicos como



a ansiedade, ou seja, as doenças psíquicas estão correlacionadas com as doenças físicas e que ambas, quando associadas, tornam-se agravantes.

Percebe-se, assim, que a ansiedade pode ocasionar malefícios à saúde como, por exemplo, a compulsão alimentar e a obesidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade está entre as questões que estão se tornando cada vez mais preocupantes para a saúde pública no Brasil devido ao seu crescimento constante. Estudos apontam que mais de 50% da população apresenta excesso de peso e obesidade (ABESO, 2018).

Embora a ansiedade tenha apresentado várias dificuldades para as pessoas, como as situações expostas brevemente até aqui, ainda se percebe uma carência de estudos que demonstrem na prática sua influência no ambiente universitário. Assim, pretendemos verificar se de fato a ansiedade influencia na compulsão alimentar e na obesidade de alunos da Universidade Federal do Pampa (Campus Dom Pedrito).

## 2 Referencial teórico

O referencial teórico do presente artigo será subdividido em duas seções: ansiedade, compulsão alimentar e obesidade. Estes assuntos remetem aos objetivos de pesquisa que são os nossos.

### 2.1 Ansiedade

A descoberta do sentimento de ansiedade foi de extrema importância para o surgimento da psicanálise e da psiquiatria psicodinâmica (Gabbard, 2016). O termo ansiedade pode ser definido como “um estado de tensão ou apreensão cujas causas não são necessariamente produtoras de medo, mas sim da expectativa de alguma coisa (nem sempre ruim) que acontecerá no futuro próximo” (Lent, 2010, p. 727).

Freud (1976) considerava a ansiedade como “algo que se sente” e como uma “reação do perigo”. “A ansiedade surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete” (Freud, 1976, p. 133).

O desenvolvimento da ansiedade pode iniciar-se durante a infância e a adolescência e, na maioria dos casos, é decorrente dos medos que surgem nesse período. Já na vida adulta, pode-se considerar que a ansiedade se dá devido às vicissitudes da vida (Craske & Stein, 2016). Por outro lado, ela é um sintoma que também pode ter origem nas dificuldades e decepções da vida adulta, e pode tornar-se parte integrante do modo de vida contemporâneo, marcado pela



competição e um exacerbado individualismo. Porém, existe a possibilidade de evitar que esses transtornos se manifestem ou se agravem, com programas de intervenção e prevenção precoce. Dadds, Seinen, Roth e Harnett (2000), Serinolli, Oliva e El-Mafarjeh (2015) corroboram esta premissa, enfatizando que a competição por resultados, muitas horas de estudo e carga horária acadêmica elevada contribuem para o aumento da ansiedade no meio universitário.

De acordo com Freud (1976), existem duas formas em que a ansiedade pode se manifestar: a primeira surge de uma forma desproporcionada, diante de uma nova sinalização de perigo, enquanto a segunda se manifesta a fim de dar um sinal, impedindo que tal cenário aconteça. Para Weinberg e Gould (2017), a ansiedade pode ser percebida por duas dimensões: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Assim, define-se ansiedade-traço como:

Uma disposição comportamental de perceber como ameaçadoras circunstâncias que objetivamente podem não ser perigosas e de, assim, responder a elas com estado de ansiedade desproporcional. Pessoas com traço de ansiedade elevado costumam ter mais estado de ansiedade em situações de avaliação e naquelas altamente competitivas, comparativamente às pessoas com traço de ansiedade mais baixo (Weinberg & Gould, 2017, p. 73).

Já a ansiedade- estado pode ser definida como: “[...] um estado emocional temporário e altamente variável, de sentimentos conscientemente percebidos de apreensão e tensão, associados à ativação do sistema nervoso autônomo” (Weinberg & Gould, 2017, p. 72).

Em relação a essas duas linhas de pensamento, Menezes et al.(2018) definem a ansiedade-estado como um estado emocional que é transitório, passageiro, sendo composto por sentimentos de tensão emocional, que se diferenciam de acordo com a intensidade sentida por cada indivíduo ao longo do tempo, enquanto a ansiedade-traço é um comportamento pessoal, considerado estável e se manifesta quando o indivíduo se depara com uma situação que pode lhe causar estresse, percebendo, de uma forma mais precisa, circunstâncias adversas. Portanto, as diferenças são nítidas e delineiam claramente cada um desses dois tipos de ansiedade: uma delas mais voltada a um momento específico, condizente com uma situação externa, e outra mais voltada a um estado interno, que pode surgir por algum motivo.

De acordo com os autores que definem a ansiedade, pode-se compreender que ela é um sentimento comum e necessário para a sobrevivência humana. Ela está presente no dia a dia e tem como finalidade antecipar um perigo futuro, que pode ou não ocorrer. Porém, se esse sentimento se manifesta de forma exagerada e intensa, pode causar sérios danos à saúde mental, social e física do indivíduo. Não há um consenso na literatura acerca dos limites entre o desenvolvimento de uma ansiedade dita normal e uma ansiedade patológica. Enquanto alguns autores desenvolvimentistas, como Freud, entre outros da linha psicanalítica, postulam que



estes limites dependem muito do desenvolvimento de cada personalidade, outros estudiosos postulam a existência de uma base genética importante e intrínseca aos organismos dos sujeitos no que diz respeito aos transtornos de ansiedade.

Dentre os diversos transtornos que o estado de ansiedade pode causar estão aqueles que afetam a alimentação, levando à obesidade, a qual, por sua vez, tem sua origem na intensa compulsão alimentar (Melca & Fortes, 2014). Assim, abordaremos a seguir a compulsão alimentar e a obesidade.

## **2 Compulsão alimentar e obesidade**

A compulsão alimentar pode ser caracterizada como uma pulsão que força o sujeito a comer de forma excessiva e descontrolada, consumindo os alimentos em quantidades abundantes e em pouco tempo (Appolinario, 2005). Muitos indivíduos obesos descrevem que comem em excesso quando estão sofrendo emocionalmente e lançam mão da comida como uma maneira de lidar com os problemas emocionais que surgem (Sadock & Sadock, 2007).

Cabe ressaltar que parte dos adolescente – entre 5% a 10% enfrenta problemas relacionados a transtornos alimentares. Percebe-se, ainda, que o uso de antidepressivos e de drogas antiepilépticas podem contribuir para a compulsão alimentar. Entretanto, não são apenas medicamentos que provocam a compulsão alimentar (Treasure, 2016).

Em suma, um dos efeitos, verificado e relatado em situações de estresse, é a compulsão alimentar (Sadock & Sadock, 2007). Além do estresse, outro fator que pode ocasionar a compulsão alimentar é a ansiedade (Isnard, et al., 2003).

Em um estudo apresentado por Isnard et al. (2003), os autores concluíram que os sintomas de compulsão alimentar e os fatores psicológicos, como a ansiedade, são frequentes em adolescentes obesos que buscam controlar o aumento de peso. Assim, isto nos leva a formular as seguintes hipóteses:

### **H1: Quanto maior o nível de ansiedade, maior a compulsão alimentar**

De acordo com a OMS, a obesidade no Brasil está crescendo, tornando-se um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade (ABESO, 2018). Baker, Loughman, Spencer e Reichelt (2017) destacam que um dos maiores problemas enfrentados pelos jovens no mundo atual é a obesidade, verificando-se que essa situação triplicou nos últimos 30 anos para essa parcela da população. Segundo estudos, a obesidade atinge hoje cerca de uma a cada cinco



crianças. As causas desse fenômeno são o consumo de produtos com alto teor de gordura e de açúcar, com dietas muito calóricas, o que pode causar transtornos de ansiedade em pessoas obesas. Esses problemas aparecem na infância e adolescência e podem persistir na vida adulta.

A presença de problemas psicológicos em pacientes obesos é um fato já comprovado, ainda que não se saiba quais são os fatores que resultam em obesidade (Sadock & Sadock, 2007). M.Nutr.Diet e Nowson (2007) defendem a ideia de que quando uma pessoa se alimenta movida pelo estresse, esta atitude pode contribuir para o desenvolvimento da obesidade.

Melca e Fortes (2014) ressaltam que os transtornos mentais e a obesidade se tornam agravantes quando associados entre si, ou seja, as doenças psíquicas são desenvolvidas por doenças físicas e vice-versa, e que esses transtornos aumentam a incidência da obesidade.

Mediante os resultados encontrados por Sadock e Sadock (2007), juntamente com Melca e Fortes (2014), constatou-se que problemas psicológicos podem ocasionar a obesidade. Acredita-se, assim, que um desses problemas pode ser a ansiedade, visto que ela se caracteriza como uma reação psicológica e emocional (Freud, 1976; Menezes, et al., 2018). Assim, elaborou-se a segunda hipótese desse trabalho:

## **H2: Quanto maior o nível de ansiedade, maior a obesidade**

Quando os episódios de compulsão alimentar são recorrentes, estes episódios podem ser denominados como sendo Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (Sadock & Sadock, 2007), que é definido como um comportamento alimentar em que a pessoa come em excesso por um tempo de até duas horas, consumindo uma quantidade expressivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, seguindo-se a esse consumo alimentar descontrolado um sentimento de falta de controle do tipo e quantidade do que está sendo ingerido (Appolinario, 2005; American Psychiatric Association, 2014).

De acordo com Appolinário (2005), o diagnóstico de TCAP é observado frequentemente nos indivíduos obesos, especialmente naqueles que procuram tratamento para perda de peso. Porém, esse diagnóstico não se limita a esse grupo. Este autor resalta que, em pacientes obesos, a prevalência estimada de TCAP é de 7,5% a 30%, diferentemente da população em geral, que pode variar de 1,5% a 5%.

Destaca-se ainda que este transtorno é o mais comum na obesidade, visto que a comorbidade é frequente em pessoas que apresentam taxa de obesidade (Isnard, et al., 2003; Cortez, Araújo, & Ribeiro, 2011). Stice, Presnell e Spangler (2002), em seu estudo, concluíram que um fator de risco importante para a obesidade na adolescência é a compulsão alimentar,



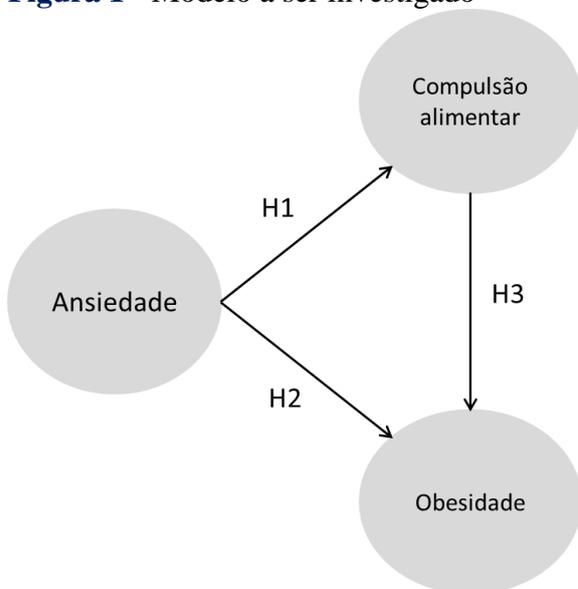
incluindo ainda fatores como o afeto negativo, alimentação emocional, supervalorização da aparência, massa corporal, dieta e baixo apoio social.

Com base nos autores supracitados (Stice, Presnell, & Spangler, 2002; Appolinario, 2005; Isnard, et al., 2003; Cortez, Araújo, & Ribeiro, 2011) elaborou-se a terceira hipótese:

### **H3: Quanto maior a compulsão alimentar, maior a obesidade**

Conforme demonstrado até aqui, a ansiedade pode afetar a saúde das pessoas. Para ilustrar esta afirmação, elaboramos três hipóteses investigativas, apresentadas a seguir (Figura 1).

**Figura 1** - Modelo a ser investigado



**Fonte:** Elaborado pelos autores com base na teoria pesquisada.

A Figura 1 ilustra o Modelo Teórico e as hipóteses investigativas. O modo como elas serão testadas será descrito a seguir.

## **3 Método**

Os dados analisados no presente trabalho derivam de um *survey*. Assim, este estudo caracteriza-se como descritivo e quantitativo, no qual os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado (Apêndice A), fazendo parte de uma análise de dados primários. A amostra é do tipo não aleatório e por conveniência, já que foram convidados a responder à pesquisa alunos da Universidade Federal do Pampa (Campus Dom Pedrito) que estavam em sala de aula quando ocorreu a coleta dos dados.



O instrumento escolhido para avaliar a ansiedade foi o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) criado por Spielberger, Gorusch e Lushene em (1970) e, logo após, traduzido e adaptado para o português (Biaggio, Natalício, & Spielberger, 1977). O IDATE é constituído por duas escalas distintas que avaliam a ansiedade. São elas: ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T) (Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz, & Landeira-Fernandez, 2006).

Ambas as escalas (traço e estado), apresentam 20 afirmações em cada uma delas. Na escala de traço de ansiedade, é necessário que o indivíduo descreva como se sente, enquanto na escala de estado, as instruções a ser seguidas requerem que os sujeitos indiquem como se sentem em uma determinada situação. Em relação a cada afirmação, o indivíduo deve marcar uma das quatro alternativas apresentadas (Biaggio, Natalício, & Spielberger, 1977).

Nessa pesquisa, utilizamos a escala da ansiedade-traço (IDATE-T) por se tratar de uma condição pessoal do indivíduo e que se manifesta em situações consideradas estressantes que podem surgir a qualquer momento. Como destacado anteriormente, Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) mensuraram a ansiedade- traço por meio de 20 itens, apresentados a seguir.

#### Quadro 1 - Escala para mensurar a ansiedade-traço

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Fonte: Kaipper(2008, p. 124).

O Quadro 1 apresenta a escala que mensura a ansiedade-traço, criada por Spielberger, Gorusch e Lushene em (1970) e utilizada por Kaipper (2008). Os 20 itens foram avaliados pela seguinte escala: 1) Quase nunca, 2) Às vezes, 3) Frequentemente e 4) Quase sempre.



É importante destacar que os itens 1, 6, 7, 10, 13, 14, 16 e 19 são perguntas de caráter positivo, enquanto os demais são de caráter negativo. Sendo assim, as questões que são positivas foram adaptadas de forma negativa. Esta alteração é mais indicada já que um índice maior representará uma ansiedade mais intensa.

Para mensurar a compulsão alimentar, o instrumento escolhido é a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), conhecida como Binge Eating Scale (BES). Ela foi desenvolvida por Gormally, Black, Daston e Rardin (1982) e adaptada e traduzida para o português (Freitas, Lopes, Appolinario, & Coutinho, 2006).

A ECAP tem como objetivo avaliar a compulsão alimentar periódica de pessoas obesas, sendo composta por 16 itens e 62 afirmativas que procuram identificar os aspectos comportamentais e cognitivos dessas pessoas (conforme demonstrado em anexo). Cada item apresenta três ou quatro declarações propostas de formas diferentes, com um escore final que é o resultado da soma dos pontos de cada item (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982).

O instrumento utilizado nesta pesquisa incluiu as duas escalas supracitadas (ansiedade-traço e compulsão alimentar). Além dessas escalas, mensuramos também a obesidade.

A obesidade foi percebida pelo Índice de Massa Corporal (IMC), composto pela fórmula: “peso/altura” (Sadock & Sadock, 2007). Neste estudo, cada participante informou seu peso e sua altura. Também foram incluídas no instrumento de coleta informações pessoais, tais como sexo, idade, curso que o aluno realiza e o semestre que o aluno está cursando.

Como destacamos brevemente no início dessa seção, o questionário elaborado foi impresso, tendo sido realizado um pré-teste com três professores universitários conhecedores do assunto. Na sequência, participaram os alunos da Universidade Federal do Pampa, que preencheram as respostas em um questionário impresso. O questionário foi aplicado nos meses de fevereiro e março, com a participação de 373 alunos. Posteriormente, fizemos a tabulação dos dados no software SPSS, versão 20. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e análise de regressão, visto que esta última técnica foi necessária para a realização dos testes das hipóteses que avançamos.

A análise de regressão consiste em uma técnica que permite explorar a relação significativa de duas variáveis, independente e dependente (Larson & Farber, 2010; 2014). Neste caso, a variável independente foi a ansiedade e as dependentes foram a compulsão alimentar e a obesidade.

Na sequência, serão apresentados e discutidos os resultados.



#### 4 Apresentação e discussão dos resultados

Esta seção apresentará os resultados da pesquisa, na qual também haverá a discussão dos mesmos. Inicialmente, será demonstrado o perfil da amostra.

**Tabela 1** - Perfil da amostra

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	243	65,1
Masculino	130	34,9
Total	373	100,0
Idade	Média	Desvio padrão
Idade	26,66	9,494
Curso	Frequência	Porcentagem
Agronegócio	107	28,7
Zootecnia	85	22,8
Educação no Campo	70	18,8
Ciências da Natureza	58	15,5
Enologia	53	14,2
Total	373	100,0
Semestre	Frequência	Porcentagem
1 Semestre	76	20,4
2 Semestre	6	1,6
3 Semestre	90	24,1
4 Semestre	15	4,0
5 Semestre	89	23,9
7 Semestre	70	18,8
8 Semestre	10	2,7
9 Semestre	17	4,6
Total	373	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Tabela 1 demonstra que o número maior de respondentes da pesquisa é do sexo feminino, o que é relativamente comum, visto que na atualidade o número de mulheres em universidades é expressivo. No que se refere à idade, nota-se que a média está em torno de 26 anos, o que também é comum, visto que a maioria dos alunos das universidades é jovem. Em relação ao número de alunos respondentes de cada curso, percebe-se que o maior número de discentes que essa pesquisa atingiu pertence aos cursos de Agronegócio e Zootecnia, o que é relativamente habitual, pois estes são os cursos que concentram a maior parte dos alunos da universidade pesquisada. No que se refere ao número de respondentes de cada semestre, nota-se que as maiores concentrações de alunos estão nos semestres ímpares, o que é relativamente normal, visto que a maioria dos cursos admite o ingresso apenas uma vez por ano e a pesquisa foi aplicada justamente nos semestres ímpares.

Na sequência, apresentamos as variáveis de mensuração da ansiedade e da compulsão alimentar. Antes, verificamos a existência de *outliers*. Para tanto, utilizamos o padrão sugerido por Dixon (1953) ao destacar que o Z-score deve ser abaixo de 3,3. Assim, analisamos o Z-



score das variáveis e percebemos que apenas três questionários apresentaram índices próximos do valor máximo aceitável (questão 10 da ansiedade = 3,25644). Com isso, não constatamos problemas de *outliers* na amostra.

As próximas Tabelas apresentarão a média, o desvio padrão e a normalidade das variáveis. A normalidade será testada por meio da assimetria e curtose, conforme indicação de Kline (2014).

**Tabela 2** - Média, desvio padrão e normalidade da ansiedade

Itens	N Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
				Estatística	Erro	Estatística	Erro
A1	372	1,73	0,723	0,468	0,126	-0,982	0,252
A2	373	2,26	0,841	0,546	0,126	-0,157	0,252
A3	372	1,79	0,896	1,058	0,126	0,407	0,252
A4	363	1,73	0,916	1,212	0,128	0,638	0,255
A5	373	1,82	0,932	1,006	0,126	0,138	0,252
A6	369	2,80	0,961	-0,378	0,127	-0,801	0,253
A7	371	2,31	1,051	0,160	0,127	-1,205	0,253
A8	373	1,96	0,870	0,787	0,126	0,108	0,252
A9	370	2,28	1,060	0,305	0,127	-1,128	0,253
A10	373	1,61	0,735	0,895	0,126	-0,163	0,252
A11	373	2,34	0,995	0,357	0,126	-0,903	0,252
A12	373	2,02	1,001	0,706	0,126	-0,565	0,252
A13	373	2,22	0,993	0,205	0,126	-1,085	0,252
A14	370	2,48	1,067	0,071	0,127	-1,244	0,253
A15	372	1,66	0,814	1,184	0,126	0,885	0,252
A16	370	2,06	0,916	0,419	0,127	-0,765	0,253
A17	371	2,10	1,058	0,616	0,127	-0,840	0,253
A18	372	2,11	1,067	0,541	0,126	-0,969	0,252
A19	372	2,17	0,960	0,360	0,126	-0,852	0,252
A20	373	2,44	1,010	0,252	0,126	-1,036	0,252
<b>Média Geral</b>		<b>2,10</b>	-	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 20 itens, os que apresentaram as médias mais altas foram A6 (sinto-me cansado\*) e A14 (não evito ter que enfrentar crises ou problemas\*). Cabe ressaltar que esses dois itens sofreram reversões; ou seja, inicialmente, questionavam-se aspectos positivos; após a reversão, os itens passaram a ser observados sob um aspecto negativo. Assim, observamos que as pessoas estão se sentindo mais cansadas e não evitam ter que enfrentar crises ou problemas.

Os itens que apresentaram menor desempenho foram A15 (sinto-me deprimido) e A10 (sou infeliz\*). O item A10 sofreu reversão. Desta maneira, notamos que as pessoas não estão se sentindo deprimidas e nem são pessoas infelizes.

Ao observar a média geral, nota-se um desempenho de 2, o que significa que a ansiedade, de forma geral, ocorre às vezes com as pessoas. Percebe-se, então, que o nível de ansiedade é moderado, visto que se obteve uma média 2 em uma escala de 1 a 4.



Constata-se, ainda, que nenhum dos itens apresentou problemas de normalidade, visto que todos eles possuem valores de assimetria abaixo de 3 e curtose abaixo de 10, conforme recomendação de Kline(2014). O teste de normalidade é uma prerrogativa para a realização de testes mais robustos como, por exemplo, regressão (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014), teste este utilizado e apresentado na Tabela 6.

Antes de apresentar o desempenho dos itens referentes à compulsão alimentar, verificamos a existência de *outliers* pelo método Z-score. Nenhum dos itens apresentou problemas de *outliers*, sendo que o item que obteve um valor mais alto de Z-score foi o 10 com um desempenho de 3,25644; entretanto, este valor é abaixo do mínimo recomendado por Dixon (1953) para haver *outlier*.

A Tabela 3 apresentará o desempenho dos itens relativos à compulsão alimentar.

**Tabela 3** - Média, desvio padrão e normalidade da compulsão alimentar

Itens	N Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
				Estatística	Erro	Estatística	Erro
CA-Q1	373	1,62	0,836	1,222	0,126	0,683	0,252
CA-Q2	373	2,03	1,093	0,427	0,126	-1,316	0,252
CA-Q3	373	1,46	0,653	1,211	0,126	0,773	0,252
CA-Q4	371	1,96	1,053	0,726	0,127	-0,758	0,253
CA-Q5	373	1,82	0,800	0,852	0,126	0,394	0,252
CA-Q6	372	1,41	0,587	1,135	0,126	0,288	0,252
CA-Q7	367	1,50	0,893	1,672	0,127	1,579	0,254
CA-Q8	372	1,98	1,017	0,434	0,126	-1,218	0,252
CA-Q9	372	1,73	0,968	0,889	0,126	-0,657	0,252
CA-Q10	373	1,52	0,771	1,304	0,126	0,770	0,252
CA-Q11	373	1,40	0,626	1,421	0,126	1,462	0,252
CA-Q12	370	1,42	0,733	1,851	0,127	3,024	0,253
CA-Q13	372	1,79	0,907	1,009	0,126	0,200	0,252
CA-Q14	371	1,48	0,789	1,608	0,127	1,778	0,253
CA-Q15	371	1,72	0,780	0,885	0,127	0,232	0,253
CA-Q16	373	1,52	0,674	0,922	0,126	-0,336	0,252
<b>Média geral</b>		<b>1,65</b>	-	-	-	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa.

As questões que tiveram a maior média foram Q2 (modo de comer) e Q8 (exagero ao comer). Com isso, percebe-se que em relação aos itens representativos da compulsão alimentar, as pessoas demonstram um modo de comer inapropriado (comem rápido) e comem exageradamente, fazendo com que se sintam desconfortáveis em sua digestão.

Os itens que apresentaram menor desempenho foram Q11 (evitar a gula) e Q6 (culpa ao comer). Assim, os participantes do estudo demonstraram que, de modo geral, buscam evitar a gula e não se sentem culpados ao comer.



Ao observar a média geral, constatou-se um desempenho de 1,65 em uma escala de 1 a 3 ou 1 a 4, dependendo das questões. De igual forma, evidencia-se um desempenho relativo baixo, demonstrando que, de modo geral, não ocorre a compulsão alimentar.

Na sequência, apresentamos as médias, após a adequação da metodologia utilizada por Gormally, Black, Daston e Rardin (1982).

**Tabela 4 - Desempenho dos itens após metodologia de Gormally, Black, Daston e Rardin,(1982)**

Itens	N	Média	Desvio Padrão
CA-Q1	373	0,23	0,648
CA-Q2	373	1,03	1,093
CA-Q3	373	0,54	0,847
CA-Q4	371	0,25	0,666
CA-Q5	373	0,82	0,800
CA-Q6	372	0,46	0,746
CA-Q7	367	0,72	1,177
CA-Q8	372	0,98	1,017
CA-Q9	372	0,73	0,968
CA-Q10	373	0,52	0,771
CA-Q11	373	0,40	0,626
CA-Q12	370	0,42	0,733
CA-Q13	372	0,44	0,951
CA-Q14	371	0,48	0,789
CA-Q15	371	0,72	0,780
CA-Q16	373	0,52	0,674
<b>Média geral</b>		<b>0,58</b>	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a adequação da metodologia proposta por Gormally, Black, Daston e Rardin (1982), constatamos que os itens com mais incidência são os mesmos: modo de comer e exagero ao comer. Por outro lado, os itens com menor incidência são: Q1 (aparência) e Q4 (comer quando está chateado). Neste caso, as pessoas não estão preocupadas com o quanto o ato de comer pode influenciar na aparência e não têm o hábito de comer quando estão chateadas. Assim como anteriormente, a média geral permaneceu baixa, demonstrando que, de forma geral, os alunos não têm compulsão alimentar.

A seguir, analisamos a obesidade, composta pelas variáveis peso e altura.

**Tabela 5 - Média e desvio padrão do peso e da altura**

Itens	N	Média	Desvio Padrão
Peso	373	71,80	17,220
Altura	373	1,67	0,089

Constatamos que a média geral dos participantes do estudo em relação ao peso é de 71,80 kg e altura média é de 1,67. Cabe ressaltar que, de acordo com o IBGE (2010), a média



peso da população brasileira com mais de 18 anos, é de 70,7 kg e a média de altura da população brasileira com mais de 18 anos, é de 1,70 metros. Com o intuito de verificar se o peso e altura dos alunos da Unipampa são condizentes com a média nacional, realizou-se um teste-T de uma amostra. O teste-T é utilizado para avaliar a diferença entre duas médias de uma amostra (Larson & Farber, 2010; 2014). Os resultados são demonstrados a seguir na Tabela 6.

**Tabela 6** - Comparação do peso e da altura com os patamares nacionais

Itens	Média	Desvio Padrão	Significância
Peso dos Estudantes	71,80	17,220	0,217
Altura dos Estudantes	1,67	0,089	0,000*

\* Significante a 0,05.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Tabela 6 demonstra que a única diferença observada foi em relação à altura (significância = 0,000). Isso quer dizer que os alunos da Unipampa possuem uma média de estatura um pouco abaixo da média nacional. Na sequência, definiu-se o nível de obesidade utilizando a fórmula peso/altura.

**Tabela 7** - Média e desvio padrão da massa corporal

Itens	N	Média	Desvio Padrão
Índice de Massa Corporal	373	25,51	5,192

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a (2018), a pessoa que possui o IMC até 18,4 é considerada magra, entre 18,5 e 24,9 normal, entre 25 e 29,9 com sobrepeso, entre 30 e 34,9 possui obesidade elevada, entre 30 e 39,9 possui obesidade muito elevada e acima de 39,9 possui obesidade muitíssimo elevada. Constata-se, assim, que os estudantes pesquisados possuem um IMC que demonstra um pequeno sobrepeso. Já a população brasileira, de acordo com o IBGE (2010), em um levantamento realizado em 2009, demonstrou que a média no país é de 24,36, demonstrando que a população brasileira possui um IMC normal. Ao comparar o IMC dos estudantes da Unipampa com o IMC do Brasil, realizamos mais um teste-T de uma amostra.

**Tabela 8** - Comparação do IMC com os patamares nacionais

Itens	Média	Desvio Padrão	Significância
IMC dos Estudantes	25,51	5,192	0,000

\* Significante a 0,05.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Tabela 8 confirma que os estudantes da Unipampa possuem um IMC acima da média nacional (significância = 0,000). Isso quer dizer que a população pesquisada possui um peso um pouco acima do que seria recomendado pela sua altura.



A seguir realizou-se a Regressão com intuito de responder as hipóteses aqui levantadas.

**Tabela 9** - Influência da ansiedade sobre a compulsão alimentar

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade		DW*	R
	B	Erro				Tolerância	VIF		
1 (Constante)	-0,417	0,084	-	-4,962	0,000	-	-	1,868	0,466
Ansiedade	0,399	0,039	0,466	10,156	0,000	1,000	1,000		

\*Durbin-Watson.

a. Variável Dependente: Compulsão.

**Fonte:** dados da pesquisa.

A Tabela 9 apresenta o resultado da Regressão. Inicialmente constata-se que o Durbin-Watson ficou próximo de 2, conforme sugestão de Hair Jr. et al. (2014). Isso indica que não há autocorrelação, ou seja, os dados possuem uma dispersão normal (Barroso, Nascimento, Silva, Nascimento, & Peternelli, 2012). Observa-se, ainda, que o VIF foi de 1,0, de acordo com Hair Jr et al. (2014), isso indica que não há multicolinearidade. Portanto, o modelo de regressão pode ser aceito.

Em relação à dependências das variáveis, verifica-se que a ansiedade afeta na compulsão alimentar, visto que a significância foi de 0,000. Assim, a hipótese 1 é aceita, confirmando as evidências de Isnard et al. (2003). Por essa relação ser positiva, percebe-se que as pessoas que são mais ansiosas tendem a comer mais, e isso poderá ser prejudicial à saúde.

**Tabela 10** - Influência da ansiedade sobre o índice de massa corporal

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade		DW*	R
	B	Erro				Tolerância	VIF		
1 (Constante)	26,665	0,785	-	33,957	0,000	-	-	1,858	0,081
Ansiedade	-0,575	0,367	-0,081	-1,567	0,118	1,000	1,000		

\*Durbin-Watson.

a. Variável Dependente: Índice de Massa Corporal.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Tabela 10 demonstra inicialmente que os valores de Durbin-Watson e VIF ficaram próximos aos níveis recomendados (DW próximo de 2 e VIF próximo de 1). Em relação à análise de dependência, percebemos que a ansiedade não influencia no índice de massa corporal, visto que a significância da regressão é maior que 0,05. Portanto, os resultados não podem suportar a hipótese 2, contrariando as evidências de Sadock e Sadock (2007) e Melca e Fortes (2014).



**Tabela 11** - Influência da compulsão alimentar sobre o índice de massa corporal

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade		DW*	R
	B	Erro	Beta			Tolerância	VIF		
1 (Constante)	24,741	0,307	-	80,544	0,000	-	-	1,862	0,241
Compulsão Alimentar	1,996	0,418	0,241	4,774	0,000	1,000	1,000		

\*Durbin-Watson.

a. Variável Dependente: Índice de Massa Corporal.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Tabela 11 demonstra inicialmente que os valores de Durbin-Watson e VIF ficaram próximos dos níveis recomendados (DW próximo de 2 e VIF próximo de 1). Em relação à análise de dependência, percebemos que a compulsão alimentar tem influência no índice de massa corporal, visto que a significância da regressão é maior que 0,05. Portanto, aceita-se a hipótese 3, corroborando com Stice, Presnell e Spangler (2002), Appolinario (2005), Isnard et al. (2003) e Cortez, Araújo e Ribeiro (2011). Assim, observamos que uma má alimentação ocasionada pela compulsão alimentar contribui negativamente para um índice de massa corporal adequado, ou seja, a compulsão alimentar afeta diretamente a saúde das pessoas.

Após as hipóteses testadas, acreditamos na existência de um melhor modelo que explique a relação entre as variáveis pesquisadas. Este modelo é apresentado na Figura 2.

**Figura 2** - Modelo proposto



**Fonte:** Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

A Figura 2 ilustra o modelo proposto com base nos resultados deste estudo. Note-se que a compulsão alimentar pode ser percebida como uma possível intermediária entre a ansiedade e a obesidade. Na sequência, serão apresentadas as considerações finais e as limitações e sugestões de pesquisa.

## 5 Considerações finais

O estudo teve como objetivo analisar se a ansiedade influencia na compulsão alimentar e na obesidade de acadêmicos da Universidade Federal do Pampa (Campus Dom Pedrito). Inicialmente, verificamos que a ansiedade de fato influencia na compulsão alimentar (Isnard,



et al., 2003). Por essa relação ser positiva, verificamos que as pessoas que têm um nível maior de ansiedade tendem a comer mais. Como consequência, essa relação pode incidir negativamente sobre a saúde dessas pessoas.

Na sequência, notamos, neste estudo, que a ansiedade não provoca a obesidade, contrariando as evidências de Sadock e Sadock (2007) e Melca e Fortes (2014). Inicialmente, acreditava-se que pessoas com o nível de ansiedade mais elevado tinham um índice de obesidade maior. No entanto, isto não se confirmou, levando a crer que o nível de ansiedade não se relaciona com o nível de obesidade.

Como objetivo específico, verificamos que a compulsão alimentar influencia na obesidade (Stice, Presnell, & Spangler, 2002; Isnard, et al., 2003; Appolinario, 2005; Cortez, Araújo, & Ribeiro, 2011). Desta maneira, constatou-se que as pessoas que têm uma má alimentação provocada pela compulsão alimentar tendem a adquirir um índice inapropriado de massa corporal. Assim, a compulsão alimentar afeta diretamente a saúde dessas pessoas.

Desta forma, pode-se considerar que a compulsão alimentar talvez possa ser mais bem compreendida como uma variável mediadora entre a ansiedade e a obesidade. Neste caso, é possível observar que pessoas com ansiedade tendem a ter compulsão alimentar, e quem tem compulsão alimentar provavelmente terá obesidade.

Percebe-se, assim, que anomalias psicológicas e emocionais, como a ansiedade podem afetar a saúde das pessoas, incluindo a obesidade. Portanto, é importante observar a origem dos distúrbios da saúde, já que isto pode contribuir para um melhor tratamento do indivíduo.

A principal limitação deste trabalho é o fato de a amostragem ser não probabilística, já que os alunos que não estavam presentes nas salas de aula no dia da coleta não participaram da amostra. Como sugestões de pesquisa, recomendamos outros trabalhos no sentido de verificar se, de fato, a compulsão alimentar é uma mediadora entre a ansiedade e a obesidade. Recomendamos, ainda, trabalhos similares em outros contextos, não somente com alunos. Por fim, os dados aqui expostos limitam-se à amostra coletada. Pesquisas similares em outras regiões podem apresentar resultados diferentes, sugerindo, assim, a investigação em outros locais e culturas.



## Referências

- ABESO. (2018). *Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Acesso em 14 de 11 de 2018, disponível em Mapa da obesidade: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5 ed., Vols. DSM-5). (M. I. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. Rosa, Trans.) Porto Alegre: Artmed.
- Appolinario, J. C. (2005). Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(2), 75-76. doi:10.1590/S1516-44462004000200002
- Baker, K. D., Loughman, A., Spencer, S. J., & Reichelt, A. C. (2017). The impact of obesity and hypercaloric diet consumption on anxiety and emotional behavior across the lifespan. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 173-182. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.10.014
- Barroso, L. M., Nascimento, M., Silva, F. F., Nascimento, A. C., & Peternelli, L. A. (2012). Avaliação do teste generalizado de Durbin-Watson. *Revista Brasileira de Biometria*, 30(3), 432-441.
- Biaggio, A. M., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos brasileiros de psicologia aplicada*, 29(3), 31-44.
- Cortez, C. M., Araújo, E. A., & Ribeiro, M. V. (2011). Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. Binge eating disorder and obesity. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(1), 94-102.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059. doi:10.1016/S0140-6736(16)30381-6
- Dadds, M., Seinen, A., Roth, J., & Harnett, P. (2000). Early Intervention for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Em R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, & C. Davis, *Clinical Approaches to Early Intervention in Child and Adolescent Mental Health* (The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People ed., Vol. 2, p. 71). Adelaide, South Australia: Bedford Park. Fonte: <https://eric.ed.gov/?id=ED455471>
- Dixon, W. J. (1953). Processing data for outliers. *Biometrics*, 9(1), 74-89. doi:10.2307/3001634
- Fioravanti, A. C., Santos, L. d., Maissonette, S., Cruz, A. P., & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217-224.
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: a comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating behaviors*, 7(3), 282-289.



doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.002

- Freud, S. S. (1976). Inibições, sintomas e ansiedade. Em S. S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 20). Rio de Janeiro : Imago.
- Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7 ed.). Edinburgh Gate: Pearson.
- IBGE. (2010). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. *Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. (M. M. Quintsler, Ed., & R. Cavararo, Compilador) Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil: IBGE. Fonte: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=245419>
- Isnard, P., Michel, G., Frelut, M.-L., Vila, G., Falissard, B., Naja, W., . . . Mouren-Simeoni, M.-C. (2003). Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 235-243. doi:10.1002/eat.10178
- Kaipper, M. B. (2008). *Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre: UFRGS. Fonte: <http://hdl.handle.net/10183/17463>
- Kline, R. B. (2014). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4 ed.). London, New York: The Guilford Press.
- Larson, R., & Farber, B. (2010). *Estatística aplicada* (4 ed.). (L. P. Viana, Trad.) São Paulo: Pearson.
- Larson, R., & Farber, B. (2014). *Elementary Statistics: Picturing the world* (6 ed.). Inc., New Jersey: Pearson.
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1-2), 111-122. doi:10.29327/226091
- Lent, R. (2010). *Cem Bilhões de Neurônios: conceitos fundamentais de neurociência* (2 ed.). São Paulo: Atheneu.
- M.Nutr. Diet, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894. doi:10.1016/j.nut.2007.08.008



- Melca, I. A., & Fortes, S. (2014). Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(1), 18-25. doi:10.12957/rhupe.2014.9794
- Menezes, F. M., Rodrigues, V. L., Barros, L. M., Faro, A., Almeida, H. M., & Lima, P. A. (2018). Mensuração dos níveis de ansiedade traço e estado em estudantes do curso de enfermagem. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*, 6(3), 93-100. doi:10.17564/2316-3801.2018v6n3p93-100
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Serinolli, M. I., Oliva, M. d., & El-Mafarjeh, E. (2015). Antecedente de ansiedade, síndrome do pânico ou depressão e análise do impacto na qualidade de vida em estudantes de medicina. *Revista de gestão em sistemas de saúde*, 4(2), 113-126. doi:10.5585/rgss.v4i2.205
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-trait Anxiety, Inventory*. Paio Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health psychology*, 21(2), 131-138. doi:10.1037/0278-6133.21.2.131
- Treasure, J. (2016). Eating disorders. *Medicine*, 44(11), 672-678. doi:10.1016/j.mpmed.2016.08.001
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2017). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício* (6 ed.). (M. C. Monteiro, & R. M. Garcez, Trads.) Porto Alegre: Artmed.



## Apêndice A - Questionário

O presente questionário está dividido em quatro seções: (1) perfil do respondente, (2) ansiedade, (3) compulsão alimentar, (4) obesidade.

### Seção 1: Perfil do respondente

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Curso que realiza:** ( ) Agronegócio ( ) Ciências da Natureza ( ) Educação no Campo  
( ) Enologia ( ) Zootecnia

**Semestre no qual está cursando:** \_\_\_\_\_

### Seção 2: Ansiedade

**Avalie abaixo cada uma das afirmações de acordo com a escala ao lado**

Afirmações	Quase nunca	Às vezes	Frequen-temente	Quase sempre
1 Sinto-me bem				
2 Canso-me facilmente				
3 Tenho vontade de chorar				
4 Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser				
5 Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente				
6 Sinto-me descansado				
7 Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo				
8 Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver				
9 Preocupo-me demais com as coisas sem importância				
10 Sou feliz				
11 Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12 Não tenho muita confiança em mim mesmo				
13 Sinto-me seguro				
14 Evito ter que enfrentar crises ou problemas				
15 Sinto-me deprimido				
16 Estou satisfeito				
17 Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando				
18 Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				
19 Sou uma pessoa estável				
20 Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento				

### Seção 3: Compulsão Alimentar

**Avalie abaixo cada um dos itens e marque com um “x” a resposta mais apropriada para cada uma das 16 questões**

#### **Q1 – Aparência:**

( ) 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.

( ) 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).



( ) 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

( ) 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

**Q2 – Modo de comer:**

( ) 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.

( ) 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.

( ) 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.

( ) 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

**Q3 – Autocontrole na hora de comer:**

( ) 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

( ) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.

( ) 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.

( ) 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

**Q4 – Quando se está chateado:**

( ) 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).

( ) 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

( ) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

**Q5 – Quando se está com fome:**

( ) 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

( ) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

( ) 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

**Q6 – Culpa ao comer (1):**

( ) 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

( ) 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

( ) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

**Q7 – Culpa ao comer (2):**

( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.



( ) 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim?”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

**Q8 – Exagero ao comer:**

( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

**Q9 – Hábito na alimentação:**

( ) 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

( ) 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

**Q10 – Impulsividade:**

( ) 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

( ) 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

**Q11 – Evitar a gula:**

( ) 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).

( ) 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

( ) 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

( ) 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

**Q12 – Refeições coletivas:**

( ) 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

( ) 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

( ) 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.



( ) 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

**Q13 – Quantidade de refeições:**

- ( ) 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ( ) 2. Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- ( ) 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- ( ) 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

**Q14 – Pensar (1):**

- ( ) 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- ( ) 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “preocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- ( ) 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- ( ) 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “preocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

**Q15 – Pensar (2):**

- ( ) 1. Eu não penso muito sobre comida.
- ( ) 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ( ) 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- ( ) 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “preocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

**Q16 – Quantidade certa ao comer:**

- ( ) 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ( ) 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ( ) 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

---

**Seção 4: Obesidade**

**A obesidade será avaliada pela fórmula “peso/altura”. Assim sendo, solicitamos que você informe cada um desses itens:**

**O1 – Qual é em média o seu peso? \_\_\_\_\_**

**O2 – Qual é a sua altura? \_\_\_\_\_**