



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*COMPORTAMENTOS AUTO-FLAGELATÓRIOS E  
TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA OBESIDADE*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Filipa de Oliveira Arrojado Viana*

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

# *COMPORTAMENTOS AUTO-FLAGELATÓRIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA OBESIDADE*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Filipa de Oliveira Arrojado Viana*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Professora Doutora Bárbara César Machado*

Porto, Julho de 2012

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Bárbara César Machado, por toda a sua disponibilidade e empenho, e por me fazer acreditar que este projeto era possível.

A todos os meus professores da Faculdade de Educação e Psicologia, pelos seus ensinamentos que permitiram a minha formação.

A todos os meus colegas de curso, pelas experiências passadas e momentos partilhados.

À Dra. Isabel Brandão e Dra. Cristina Pontes, pela disponibilidade sempre prestadas e contribuições no meu desenvolvimento profissional.

À Dra. Sofia Duarte Silva, por me ter disponibilizado os utentes da sua consulta, que só assim permitiu a minha recolha de dados.

À Dra. Eva Conceição, Dra. Ana Pinto Bastos e Dra. Isabel Brandão pela oportunidade que me deram em participar numa investigação entre a Universidade do Minho e o Centro Hospitalar de São João, sobre a obesidade, o que permitiu ampliar os meus conhecimentos.

Às minhas amigas, Ritinha, Rita, Boneca e Mary pelas palavras reconfortantes nos momentos mais difíceis.

A toda a minha família, um OBRIGADA e em especial à minha Tia Rosa, que “partiu” na fase final do meu mestrado. Acredito que estás a “torcer” por mim!

Ao Pedro, pelo apoio que me deu sempre, pelas palavras nos momentos mais críticos e pelo orgulho que tem em mim. Este é apenas um dos muitos projetos, pela qual passamos e pelos que ainda vamos construir juntos!

Aos meus pais e ao meu querido irmão, a quem dedico todo o meu trabalho. Obrigada por todo o vosso empenho e sacrifícios. Por toda a segurança e apoio transmitidos, e por acreditarem em mim. Sem vocês isto não seria possível!

## RESUMO

A obesidade foi definida pela Organização Mundial de Saúde, como a epidemia do século XXI, devido à sua elevada prevalência e pelas várias implicações médicas, psicológicas e sociais que afetam os sujeitos (OMS, 2010). Na população obesa há um aumento de predomínio de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares (Segal, 1999). **OBJETIVO:** O presente estudo tem 2 objetivos: (1) avaliar a frequência de comportamentos auto-flagelatórios e tentativas de suicídio, em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes que já foram submetidos a essa mesma cirurgia; (2) caracterizar os indicadores de psicopatologia associados à obesidade. **MÉTODO:** Participaram nesta investigação 100 sujeitos, 68 candidatos à cirurgia bariátrica e 32 sujeitos que já tinham sido submetidos a essa mesma cirurgia. Para a realização do presente estudo foi administrado um Questionário Sócio Demográfico; o *Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar - Questionário (EDE-Q)* (Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado et al., 2002) e o *Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI)* (Derogatis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999). **RESULTADOS:** Obtiveram-se resultados estatisticamente significativos entre os 2 grupos, relativamente aos itens: (1) peso; (2) índice de massa corporal; (3) Ingestão alimentar excessiva e compulsiva; (4) preocupação com a forma; (5) preocupação com a comida; (6) preocupação com o peso e (7) restrição. No grupo de sujeitos candidatos à cirurgia bariátrica registaram-se diferenças significativas, entre os que tinham parecer favorável para a cirurgia e os que tinham parecer desfavorável/adiado, relativamente aos itens (1) ocupação e (2) tempo livre. **DISCUSSÃO:** Não foram encontrados comportamentos auto-flagelatórios em nenhum dos grupos dos sujeitos obesos. Conclui-se ainda que existem alguns indicadores de psicopatologia, principalmente no grupo candidato à cirurgia, em contrapartida o grupo que já tinha realizado a cirurgia apresentou taxas mais elevadas de tentativas de suicídio.

## ABSTRACT

Obesity was classified by World Health Organization as the 21<sup>st</sup> century epidemic, due to its high prevalence and its implications for the various medical, psychological and social factors which affect subjects (WHO, 2010). Among the obese, psychological symptoms such as depression, anxiety and eating disorders prevail (Segal, 1999). **OBJECTIVE:** This study has two objectives: (1) assess the frequency of self-injury behaviors and suicide attempts, in obese bariatric surgery candidates and patients who have already undergone the same surgery; (2) characterize psychopathology indicators associated with obesity. **METHOD:** The investigation involved 100 subjects, 68 of whom had applied for bariatric surgery and 32 who had undergone the same surgery. A Socio Demographic Questionnaire - *Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q)* (Fairburn & Beglin, 1994, translated and adapted by Machado et al., 2002) and *Brief Symptom Inventory (BSI)* (Derogatis, 1993; Portuguese adaptation by Canavarro, 1999) - was administered to the subjects. **RESULTS:** Statistically significant results were observed between the two groups, for the items: (1) weight; (2) body mass index; (3) compulsive overeating; (4) body shape concerns; (5) preoccupation with food; (6) preoccupation with weight and (7) restriction. Among the candidates for bariatric surgery there were significant differences between those who had a favorable opinion for surgery and those who had an unfavorable opinion/postponed, with regard to items (1) occupation and (2) free time. **DISCUSSION:** Self-injury behavior was not found in any group of obese subjects. We also conclude that there are some psychopathology indicators, especially in the group candidate for surgery, however the group that had undergone the surgery had higher rates of suicide attempts.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE QUADROS	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
1. Obesidade, Epidemia do séc. XXI: considerações históricas	5
2. Enquadramento e classificação da obesidade	6
2.2 Epidemiologia da obesidade e questões médicas	7
3. Etiologia	9
3.1 Fatores Genéticos	10
3.2 Fatores Sócio Culturais	11
3.3 Fatores Psicológicos	12
4. Tratamento da Obesidade	14
5. Aspetos Psicopatológicos na Obesidade	17
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO</b>	
1. Comportamentos Auto-Flagelatórios e Tentativas de Suicídio na Obesidade	23
1.1 Introdução	23
1.2 Metodologia	24
1.2.1 Sujeitos	24
1.2.2 Instrumentos	25
1.2.3 Procedimento	26
1.2.4 Análise Estatística	27
1.3 Resultados	28
1.4 Discussão e Conclusões	34
Referencias Bibliográficas	41
Anexos	49

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resultados relativos à idade e caracterização sócio-demográfica da amostra avaliada	24
Quadro 2: Resultados relativos ao peso, IMC e episódios bulímicos no grupo pré cirurgia e pós cirurgia	28
Quadro 3: Médias e desvio padrão do GPréC (M e DP) das pontuações nas 9 dimensões e índice geral de sintomas no <i>BSI</i> (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)	29
Quadro 4: Médias e desvio padrão do GPósC (M e DP) das pontuações nas 9 dimensões e índice geral de sintomas no <i>BSI</i> (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)	30
Quadro 5: Resultados relativos às 9 dimensões e índice geral de sintomas do <i>BSI</i> (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)	30
Quadro 6: Resultados relativos à subescala de preocupação com a forma, comida, peso e restrição no grupo pré cirurgia e pós cirurgia	31
Quadro 7: Resultados relativos à associação de tentativas de suicídio nos grupos pré e pós cirurgia	32
Quadro 8: Resultados relativos à associação de tentativas de suicídio nos sujeitos com parecer favorável e desfavorável/adiado	32
Quadro 9: Resultados relativos à associação de ocupação; com quem vivem; amigos e tempo livre nos sujeitos com parecer favorável e desfavorável/adiado	33
Quadro 10: Resultados relativos à associação do peso; IMC; episódios IAE/IAC; episódios IAC nº com falta de controlo; episódios IAC nº de dias com falta de controlo; métodos compensatórios como vômito, laxantes e exercício excessivo; preocupação com a forma; preocupação com a comida; preocupação com o peso; score total; restrição e as 9 dimensões e IGS do <i>BSI</i> (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)	53

## LISTA DE ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychology Association</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CA	Circunferência Abdominal
CHSJ	Centro Hospitalar de São João
EDE-Q	<i>Eating Disorders Examination – Questionnaire</i>
GPósC	Grupo Pós Cirurgia
GPréC	Grupo Pré Cirurgia
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IAE	Ingestão Alimentar Excessiva
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Perturbação do Comportamento Alimentar
QSD	Questionário Sócio Demográfico
SPCO	Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade
SPSS	<i>Statistical Program for Social Sciencies</i>
RCQ	Razão Cintura Quadril
WHO	<i>World Health Organization</i>



## INTRODUÇÃO

A presente investigação deve-se a uma preocupação e interesse pelos comportamentos auto-flagelatórios e tentativas de suicídio na obesidade. A obesidade tem sido alvo de muitas questões por parte da comunidade científica e entre os profissionais de saúde, principalmente por afetar a qualidade de vida, devido às comorbilidades e causas associadas (Direção Geral da Saúde, 2005).

A obesidade atinge os diversos segmentos da população: crianças, adolescentes, adultos e idosos (Oliveira, 2005). Entendida como um problema de saúde pública, a obesidade propicia limitações em todos os aspetos da vida dos indivíduos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) definiu a obesidade como a epidemia do século XXI, sendo um problema de saúde pública, devido às suas dimensões e uma das mais graves doenças que o homem tende a enfrentar. Esta acarreta inúmeros problemas de ordem física e psicológica, sendo a causa de muitas complicações médicas associadas e de grande morbidade e mortalidade.

A investigação relativa ao tema é extensa e diversificada, tendo progredido notavelmente nas últimas décadas, no entanto, no que se refere à avaliação dos estudos, estes são bastante controversos. Os aspetos físicos da obesidade têm sido documentados com particularidade, contudo os relatos psicológicos do excesso de peso carecem ainda de mais estudos (Almeida, Loureiro & Santos, 2001). Assim, os aspetos psicológicos também devem ser considerados na explicação e tratamento da obesidade, dado que os casos de excesso de peso originados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas constituem uma percentagem muito reduzida (Escrivão & Lopes, 1995).

A pertinência de investigar a obesidade no presente trabalho prende-se com a complexidade de fatores que envolvem os indivíduos que dela sofrem e pelos prejuízos causados à saúde global. O motivo de estudar os comportamentos auto-flagelatórios e as tentativas de suicídio na obesidade dá-se pelas evidências apontadas na literatura, de que podem ser aspetos fortemente relacionados com os indivíduos obesos.

Na população obesa há um aumento de prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares. Segal (1999), verificou a existência de uma maior prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar na população obesa.

A presente investigação será constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo será abordado a pertinência e a contemporaneidade do estudo. Será feita uma revisão da literatura dirigida à prevalência de comportamentos auto-flagelatórios e

tentativas de suicídio na obesidade, tentando explorar as dimensões consideradas mais importantes para uma compreensão mais profunda e consciente da doença, expondo algumas definições pertinentes à obesidade e fazendo referência a autores que contribuem para o seu desenvolvimento. No segundo capítulo da investigação, relativo ao estudo empírico, serão descritos os objetivos, hipóteses definidas para o presente estudo da amostra, instrumentos utilizados, procedimentos da análise de dados, análise estatística, resultados e discussões.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

## **1. Obesidade, Epidemia do séc. XXI: considerações históricas**

As preocupações com a obesidade sempre estiveram presentes de forma marcante nos seres humanos desde os tempos da pré-história, e em muitas épocas foi vista como símbolo da beleza e da fertilidade. No Período Neolítico, as “deusas” eram admiradas e cultuadas por os seus quadris, coxas e seios volumosos, mas nesta mesma época Hipócrates já alertava para os perigos que a obesidade apresentava para a saúde, afirmando que a morte súbita acontecia mais em indivíduos gordos do que em magros. Os padrões de beleza foram-se modificando e durante o Império Romano começou-se a dar mais importância ao corpo esbelto e magro (Pizzinato & Cunha, 1998 *cit in*. Cunha, Neto & Júnior, 2006). Os séculos XV e XVI época referente ao Renascimento sobretudo os corpos adiposos, as mulheres nobres que apresentavam sobrepeso eram referências de beleza. Em meados do século XIX o sujeito obeso era considerado uma pessoa com baixo auto-conceito, com limitações ao nível intelectual, sendo associado à falta de caráter, auto-indulgência ou perturbações psíquicas dos indivíduos por ela acometidos (Segal, 2003). A representação negativa do sujeito obeso teve como consequência central a penalização da pessoa pela sua doença e uma visão estigmatizada, tendência que se acentuou particularmente no século passado concomitantemente ao aumento do conhecimento da obesidade. Conjugaram-se, neste sentido, evidências de que a obesidade era uma condição que poderia prejudicar a saúde das pessoas, além de, passar a ser encarada como uma questão muito mais ampla e complexa do que se pensava, decorrente de fatores genéticos, metabólicos, ambientais e psíquicos (Repetto, Rizzolli & Bonatto, 2003).

Na década de 1950, a Europa estava a recuperar da II Guerra Mundial. A quantidade de alimentos estava a ser um enorme problema, devido à sua escassez e a Europa teve de pedir auxílio a países como Austrália, Canadá e Estados Unidos para fornecerem alimentos como pão, queijo e carne. Em meados da década de 1970, fortes medidas nacionais e regionais de apoio à agricultura ajudaram a garantir um melhor abastecimento agrícola na Europa. Em geral, houve diferentes mantimentos, e uma enorme indústria de transformação de alimentos. Na década de 1980, as políticas na Europa ocidental foram bem-sucedidas, criando problemas de super produção o que provocou um grande desperdício destes alimentos. Na Europa Oriental, no final dos anos 80 e início de 1990 começaram-se a evidenciar taxas de doenças relacionadas com o sobrepeso e obesidade (Robertson et al., 2004). No final do século XX a obesidade tornou-se num dos grandes problemas de saúde pública. No início do

século XXI, e segundo a OMS, calcula-se que será um dos maiores problemas deste século.

Considerando todos estes aspetos históricos da obesidade, constata-se que a preocupação com os indivíduos obesos e as consequências prejudiciais à sua saúde vêm de outras épocas, não sendo, portanto, uma convicção da contemporaneidade. A obesidade é, efetivamente, um problema tão antigo quanto os primeiros passos do homem na terra, e, neste sentido, o seu estudo torna-se tão complexo e consistente, já que acompanha o ser humano desde o início da sua criação (Fisberg, 2005).

## **2. Enquadramento e classificação da obesidade**

O Sobrepeso e a obesidade são definidos como uma doença na qual o excesso de gordura corporal se acumula de tal forma que a saúde pode ser adversamente afetada (Leão, 2003). A quantidade excessiva de gordura, a sua distribuição no corpo e as consequências associadas à saúde variam consideravelmente entre os indivíduos obesos. O excesso de gordura resulta, assim, de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à dispendida (Branca, Nikogosian & Lobstein 2007).

O índice de massa corporal (IMC) é um indicador simples da relação entre peso e altura, que é comumente usado para identificar sobrepeso e obesidade em adultos. É calculado dividindo o peso de uma pessoa em quilos pelo quadrado da altura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), (Bray & Bouchard, 2008). As categorias definidas pela OMS (2006), para o IMC são as seguintes:

1. valor inferior a  $18.5 \text{ Kg}/\text{m}^2$ , definido como peso abaixo do normal;
2. entre  $18.5 \text{ Kg}/\text{m}^2$  e  $24.9 \text{ Kg}/\text{m}^2$ , considerado peso normal;
3. entre  $25 \text{ Kg}/\text{m}^2$  e  $29.9 \text{ Kg}/\text{m}^2$  define-se como excesso de peso;
4.  $30 \text{ Kg}/\text{m}^2$  a  $39.9 \text{ Kg}/\text{m}^2$  considera-se obesidade clínica (grau 2);
5. superior a  $40 \text{ Kg}/\text{m}^2$  indica obesidade grave (grau 3). Uma das principais limitações apontadas a este método prende-se com facto de não haver uma diferenciação entre o peso do músculo e o peso da gordura

De acordo com a autora Ogden (2004), embora a quantificação de gordura corporal seja importante, também é extremamente relevante saber onde a mesma está localizada. A gordura depositada na região abdominal acarreta mais riscos para a saúde do que se ela estiver concentrada noutra parte do corpo. A circunferência abdominal (CA) e a razão cintura-quadril (RCQ), são medidas comumente usadas na prática médica para avaliar a obesidade abdominal. A obesidade abdominal, androide

ou visceral é identificada clinicamente em mulheres que apresentam CA  $\geq$  88cm e/ou RCQ  $\geq$  0.80cm e em homens com CA  $\geq$  102cm e/ou RCQ  $\geq$  0.95 (Branca et al., 2007; Bray & Bouchard, 2008). A distribuição da obesidade é classificada como abdominal ou androide quando a gordura se distribui principalmente no abdómen e está presente sobretudo no sexo masculino. A obesidade de tipo ginóide é quando a gordura se distribui principalmente na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, característica do sexo feminino (Robertson et al., 2004).

## **2.2 Epidemiologia da obesidade e questões médicas**

A obesidade, em tempos referida como um problema estético, é hoje reconhecida como um problema de saúde pública. Dados da OMS referem que o sobrepeso e a obesidade são o quinto fator de risco que causa mais mortes no mundo. Morrem, a cada ano, pelo menos 2.8 milhões de adultos como resultado do excesso de peso, entre os quais 44% de sujeitos morre devido à diabetes, 23% de indivíduos com acidente vascular cerebral e entre 7% e 41% morre de cancro. Em 2008, 1500 milhões de adultos com mais de 20 anos, estavam acima do peso. Desses mais de 500 milhões eram indivíduos obesos (200 milhões eram homens e quase 300 milhões, mulheres). A obesidade mata mais pessoas do que aquelas que têm peso baixo. Sessenta e cinco por cento da população mundial vive nos países em que morrem pessoas com excesso de peso. Em relação a Portugal, mais de 50% da população adulta sofre de excesso de peso e 15% desta é obesa (Frota, 2007). De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005,2006), realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), em 2005, 15.2% dos residentes adultos (a partir dos 18 anos) em Portugal eram obesos. A prevalência de mulheres com obesidade era de 16%, ligeiramente superior à verificada para os homens, 14.3%. A proporção de indivíduos com obesidade aumentava com a idade, sobressaindo a evolução da prevalência de obesos entre os grupos etários 35-44 anos (12.8%) e nos três grupos etários subsequentes (22%) para o conjunto de idades compreendidas entre os 45 e 74 anos. Carmo, Santos, Camolas e Vieira (2008), num estudo realizado em Portugal, constataram que menor nível educacional e baixo nível socioeconómico, correspondem a uma maior prevalência do sobrepeso e obesidade.

No que se refere à infância, informações da OMS mencionam que em 2010 quase 43 milhões de crianças com menos de 5 anos estão acima do peso. Considera-se portanto que a obesidade é uma epidemia do século XXI e que está associada aos comportamentos dos indivíduos. Portugal é um dos países europeus com maior

prevalência de obesidade infantil: 32% de crianças com idades entre os 7 e os 9 anos têm excesso de peso e 11% são considerados obesos. Moreira e Antunes (2011), revelam que o excesso de peso e obesidade são um problema grave de saúde pública nas crianças e adolescentes Portugueses.

A obesidade não só se relaciona com o incremento da mortalidade entre a população, como também constitui um fator de risco de primeira ordem, facilitando o aparecimento de muitas doenças (Vásquez, Rodríguez, & Álvarez, 2003). Associada à obesidade emergem doenças como a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus* tipo II, a litíase biliar, as doenças cardiovasculares e o cancro. O aumento da resistência à insulina e a hiperinsulinemia, apresentam-se como as principais causas da diabetes tipo II que, por sua vez, contribui para a hipertensão. Assim, a incidência de hipertensão arterial é de 3 a 5 vezes superior em pessoas que estão 50% acima do peso ou mais. Além disso, a obesidade tem efeitos adversos ao nível da pressão sanguínea, no colesterol e nos triglicéridos, o que aumenta o risco de aparecimento de doenças coronárias. Um dos principais fatores que leva ao aparecimento das alterações do metabolismo no indivíduo obeso são a síndrome metabólica que se caracteriza por adiposidade visceral ou intra-abdominal, resistência à insulina, hiperinsulinemia, intolerância à glucose, hipertensão, hipertriglicéridemia e baixo nível de colesterol lipoproteína de alta densidade (HDL) (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2004) A obesidade acarreta problemas e dificuldades respiratórias, diminuindo a saturação de oxigénio no sangue e provoca, frequentemente, bronquites. Em pessoas muito obesas é, portanto, comum a síndrome de hiperventilação, que se associa a outros problemas do foro respiratório, e a apneia do sono. Ao nível cardiovascular, verifica-se que a obesidade dificulta a circulação venosa, aumentando o risco de aparecimento de problemas como por exemplo, varizes. Relativamente à musculatura esquelética, as pessoas com problemas de obesidade têm, geralmente, mais dificuldades ao nível da locomoção, sendo que problemas como artrite, artroses na coluna e nos joelhos, frequentemente verificados nestas pessoas, agravam ainda mais essas dificuldades. Para além disso, a obesidade constitui-se como fator de risco para o aparecimento de certas formas de cancro, nomeadamente da mama, do cólon, da próstata, do endométrio e do fígado. Importante será referir que as intervenções cirúrgicas em pessoas obesas comportam também um maior risco, pois complicações como infeções ocorrem com maior frequência (Kumar et al., 2004; OMS, 2006; Straub, 2005).

Importa salientar que a distribuição do excesso de gordura no corpo tem sido reconhecido como um importante preditor de saúde. O excesso de gordura intra-abdominal está associada a uma série de perigos, incluindo a diabetes, maior

propensão para a hipertensão arterial e dislipidemia e aumento do risco de doença coronária e acidente vascular cerebral. Este conjunto de problemas é designado como o síndrome metabólico ou síndrome X, que também está associado com a excreção renal excessiva de albumina. Esta condição é especialmente observada nos homens e agravada pela ingestão de álcool e tabaco. Nas mulheres, a obesidade abdominal está associada com síndrome dos ovários policísticos, à disfunção endotelial, ou seja deterioração do revestimento interior dos vasos sanguíneos, infertilidade, anormalidade menstrual e hirsutismo. O síndrome metabólico é uma doença da civilização moderna, ligada à obesidade, como resultado da alimentação inadequada e do sedentarismo (Robertson et al., 2004).

A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. Assim, atualmente a obesidade é reconhecida como uma doença crónica, tanto pelo sofrimento pessoal que causa nos indivíduos, como pelo custo que traz ao sistema de saúde pública e à sociedade. As doenças crónicas são caracterizadas por serem de longa duração, prolongam-se toda a vida, são devido a causas não reversíveis, promovem invalidez em graus variáveis, exigem formas particulares de reeducação, obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, exigem aprendizagem de um novo estilo de vida e necessitam de um controlo periódico, de observação e de tratamentos regulares (Giovanni, Bitti & Speltini, 1986). Ao longo da vida, a maioria dos obesos envolve-se em dietas, atividades físicas e tratamentos com o objetivo de perder peso (Frota, 2007).

Os custos indiretos referem-se ao tempo que as pessoas obesas perdem no trabalho ou outras atividades produtivas por causa da morbilidade ou mortalidade, cuidados no tratamento da obesidade e doenças associadas (Bray & Bouchard, 2008). O custo indireto total da obesidade em Portugal no ano de 2002 foi estimado em 199,8 milhões de euros (INE, 2002). Por sua vez os custos médicos diretos da obesidade dizem respeito a gastos associados a tratamentos da obesidade e doenças associadas (Bray & Bouchard, 2008). Em Portugal, os custos diretos com a obesidade, absorvem 3,5% das despesas totais da saúde (Frota, 2007).

### **3. Etiologia**

A etiologia da obesidade é considerada multifactorial. O mecanismo responsável pela acumulação de tecido adiposo é complexo e pode ser resultante de

uma combinação de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e comportamentais (Damaso, 2003). Estima-se que apenas 1 a 5% dos casos de obesidade sejam motivados por causas endógenas, sendo os restantes 95 a 99%, motivados por uma causa primária ou exógena. A distinção entre obesidade endógena, resulta principalmente de causas genéticas e/ou endócrinas e a obesidade exógena é determinada essencialmente pela ingestão excessiva, quando comparada com o gasto energético do indivíduo. (Bray & Bouchard, 2008; Jouret 2001).

### **3.1 Fatores Genéticos**

No que se refere à componente genética da obesidade verifica-se que, com o passar dos anos, a situação de obesidade se agrava. São poucas as certezas sobre as causas deste fenómeno, uma vez que esta epidemia tem-se desenvolvido há três décadas e o genoma humano não pode ter sofrido mudanças significativamente suficientes para ser o único responsável por este acontecimento (Escrivão, Oliveira, Taddei & Lopez, 2000). As mudanças ambientais e o estilo de vida dos indivíduos, como o aumento dos alimentos ricos em gordura e a redução da atividade física, têm papéis fundamentais na contribuição para o aumento de peso. O fator hereditário da obesidade é de 77%, contribuindo também para esta percentagem os fatores ambientais (Bray & Bouchard, 2008). Estudos com gémeos e crianças adotadas, sugeriram que a probabilidade de ter peso a mais, relaciona-se, maioritariamente com a transmissão do património genético e não tanto com a influência de fatores ambientais (Bray & Bouchard, 2008; Ogden, 2010; Damiani, Damiani & Oliveira, 2002). Outro fator importante é o histórico familiar. Uma criança em que os dois pais sejam obesos possui 80% de probabilidade de desenvolver obesidade. Essa situação diminui para 40% se apenas um dos progenitores for obeso, e se nenhum dos pais possuir tal enfermidade, essa criança terá apenas 7% de se tornar uma pessoa obesa (Berhman & Kliegman, 1994). A interação entre fatores genéticos e ambientais pode também existir no campo do comportamento, pois variações genéticas podem predispor o indivíduo à inatividade física ou à escolha de alimentos ricos em gorduras (Damiani et al., 2002). A tendência genética para um indivíduo ser obeso também se pode expressar pelo número de células gordas que o sujeito possui. Neste sentido, pessoas com peso normal têm geralmente cerca de 25-35 mil milhões de células gordas que se destinam a armazenar gordura nos períodos em que há energia em excesso e a mobilizá-la quando nos momentos em que há privação da mesma. Os indivíduos com obesidade ligeira possuem, em regra, o mesmo número de células gordas, mas elas são maiores em peso e tamanho. Indivíduos gravemente obesos têm um número de células bastante superior ao normal (cerca de 100-25 milhões; Ogden 2010). Há ainda

que considerar a etiologia da obesidade quanto às causas endócrinas que têm que ver com o hipotireoidismo e síndrome de Cushing. As desordens monogênicas, mutação no recetor Melanocortina – 4, deficiência de leptina, deficiência de proopiomelanocortina, síndromes de Prader-Willi, Bardet-biedl, Cohern, Alstrom, Frohlich são patologias de origem genética que têm sido apontadas como possíveis responsáveis no desenvolvimento da obesidade (Jouret, 2001; Ogden 2010; Munsch & Beglinger, 2005).

Em conclusão, a influência genética para a obesidade tem sido bastante estudada e, hoje, assume proporções significativas na análise desta doença. De seguida vamos tentar compreender como é que questões fisiológicas se manifestam e se desenvolvem a outros níveis, nomeadamente, ao nível sócio cultural.

### **3.2 Fatores Sócio Culturais**

Para esta abordagem, os genes não condenam o indivíduo a ser obeso para toda a vida, dado que o ambiente também desempenha uma influência decisiva sobre o desenvolvimento da obesidade (Amaral & Pereira, 2008). De acordo com esta perspectiva, a modernização pode ser considerada um dos fatores ambientais que têm contribuído para a promoção da obesidade. Os recursos tecnológicos, se por um lado possibilitam mais conforto, por outro levam ao sedentarismo. Também o aumento de produtos saborosos e práticos, acessíveis e económicos são noticiados a toda a hora pelos meios de comunicação. O século XX foi marcado por uma dieta rica em gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, e reduzida em hidratos de carbono e fibras. De acordo com Bray e Bouchard (2008), a relação sinérgica entre genótipo e ambiente faz com que, na presença da predisposição genética para a obesidade, o rigor da doença seja amplamente determinado pelo estilo de vida e pelas condições ambientais. Os indivíduos que vivem em ambientes restritos quando vão para países industrializados ficam mais propensos a ganhar peso, os que têm alta predisposição genética para a obesidade ganham ainda mais peso ainda, enquanto os que resistem à obesidade ganham pouco ou nenhum (Bray & Bouchard, 2008).

Hill e Petters (1998; *cit. in* Ogden, 2010), referem a importância do papel do mundo externo rotulado por “ambiente obesogénico”, ou seja, um mundo em que é fácil ganhar peso. Identificam ainda, fatores ambientais que incentivam-nos a viver um estilo de vida cada vez mais sedentário. De forma a explicar esta perspectiva os autores identificam duas teorias: Teoria da Aprendizagem e Teoria da Externalização. Segundo a Teoria da Aprendizagem, a família tende a desempenhar um papel importante no desenvolvimento de maus hábitos alimentares (Braet, 2005). Os pais utilizam muitas vezes a comida como forma de satisfazer as necessidades emocionais

dos filhos, podendo funcionar como estratégia para acalmá-los, interpretando o choro como sinal de fome, ou por vezes a comida é utilizada como uma recompensa (Ogden, 2010). A Teoria da Externalização, diz-nos que, embora todas as pessoas sejam sensíveis a estímulos ambientais como a visão, paladar, cheiro e aspeto da comida, pessoas obesas são mais sensíveis a estes estímulos, ao contrário dos sujeitos com peso normal que comem devido a respostas internas como fome e saciedade (Ogden, 2010).

Os aspetos financeiros são por vezes esquecidos, contudo também têm influência na obesidade. Estudos revelam que a obesidade é mais prevalente em grupos sócio económicos mais baixos, nos Estados Unidos e outros países desenvolvidos. As pessoas de nível socioeconómico mais elevado são mais preocupadas com as práticas saudáveis de controlo de peso, incluindo exercício físico e tendem a comer menos gordura (Bray & Bouchard, 2008).

Quando se menciona estes fatores: a modernização, a publicidade a refeições práticas e ricas em gordura e açúcar, os fatores socioeconómicos e os fatores genéticos, é relevante enfatizar a importância dos hábitos e estilos de vida, como a prática de exercício físico e a utilização constante de alimentos saudáveis, que poderão contrariar definitivamente uma herança genética.

### **3.3 Fatores Psicológicos**

De todos os fatores envolvidos na obesidade, os fatores psicológicos são um grupo muito importante, sobretudo devido às dificuldades que impõem às complicações da doença (Segal, 2003).

Campos (1993), identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos por hiperfagia<sup>1</sup>: (1) passividade e submissão, (2) preocupação excessiva com comida, (3) ingestão alimentar compulsiva, (4) dependência e infantilização, (5) primitivismo, (6) não aceitação do esquema corporal, (7) medo de não ser aceite ou amado, (8) indicadores de dificuldade de adaptação social, (9) bloqueio da agressividade, (10) dificuldade em lidar com a frustração, (11) insegurança, abandono, intolerância e culpa. Kahtalian (1992), considera que o ato de comer é para os obesos tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades com a frustração e com os limites. Bruch (1974; *cit in* Ogden 2010) na sua teoria psicossomática relacionada com o comportamento alimentar, argumenta que algumas pessoas interpretam as sensações e emoções como um vazio semelhante a fome e que o alimento é utilizado como um substituto para outras formas de conforto emocional.

---

<sup>1</sup> Hiperfagia: aumento descontrolado do apetite e ingestão compulsiva de alimentos (Clerget, 2009).

De acordo com o que foi apresentado anteriormente, a obesidade pode estar relacionada com fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional. Stoland e Zuroff (1990), verificaram no estudo que realizaram, uma relação significativa entre *locus* de controlo e perda de peso. Indivíduos com excesso de peso possuem crenças que atribuem a causalidades externas. Em relação à co-ocorrência de psicopatologia da obesidade, Becker, Margraf, Turke, Soeder e Neumer (2001), referem que há evidências de que indivíduos obesos têm níveis elevados de depressão e ansiedade; no entanto, parece ser um efeito em vez de uma causa da obesidade, fortemente associada com a experiência de múltiplos obstáculos e estigmatização. Becker e colaboradores (2001), consideram, portanto, a obesidade como um sintoma, isto é, uma expressão física de um desajustamento emocional. Assim, os pacientes obesos podem ser caracterizados como pessoas emocionalmente perturbadas, os quais utilizam a ingestão alimentar compulsiva (IAC) como um meio de lidar com os seus problemas psicológicos (Azevedo & Spadotto, 2004).

Hamburger (1951), num estudo psiquiátrico detalhado de 18 pacientes, detetou a ingestão alimentar excessiva (IAE) como uma resposta a várias situações: (1) comer como resposta a tensões emocionais não específicas; (2) comer como uma gratificação substituta para situações de vida insuportáveis; (3) comer como um sintoma de doença emocional subjacente, especialmente a depressão e a histeria e (4) comer em excesso como uma adição à comida.

Já a escola psicanalista entende a obesidade como uma fixação e regressão à fase oral. Segundo os autores da psicanálise, os obesos, diante das frustrações da vida e do funcionamento como adultos, regridem à fase oral na procura de uma gratificação infantil. Desse modo a obesidade é vista por os autores como um reflexo direto da oralidade infantil (Kaplan & Kaplan, 1957; Paiva & Silva, 1994).

Assim, em termos psicológicos, a percepção do problema da obesidade relaciona-se com diversos aspetos, sendo crucial ter em consideração as suas origens, mecanismos de manutenção de manutenção, impacto emocional, entre outros. Trata-se, pois, de um problema muito complexo, com aspetos fisiológicos, psicológicos, médicos, sociais e comportamentais, que operam conjuntamente, tendo um enorme impacto na vida da pessoa. Psicologicamente, o problema pode ser analisado de variadas formas, umas vezes enfatizado mais ao nível do pensamento, outras ao nível da emoção ou ainda comportamental (Ramos, Bruscatto & Branco, 2006). No entanto, é de extrema importância mencionar que nenhum destes aspetos é mais importante, visto que todos eles intervêm com maior ou menor peso no sujeito e acabam por estabelecer as características próprias de cada caso em particular. Esta

variabilidade surge porque a obesidade é uma doença que pode ocorrer em diferentes idades, existir em diversos graus quanto à gravidade e ter um impacto variável consoante as experiências de vida (Rodríguez, Gómez, Martínez & Pérez, 2003).

#### **4. Tratamento da Obesidade**

A obesidade, considerada pela OMS como um grave problema de saúde pública (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004), levou a que políticos e profissionais de saúde tomassem medidas para combater esta pandemia. A prevenção da doença é reconhecida como a única solução viável para abordar o problema a longo prazo, bem como a mudança de comportamentos, contribuindo assim para um ambiente sócio-económico sustentável (Bray & Bouchard, 2008; Roberston et al., 2004).

De acordo com a literatura, para o tratamento da obesidade, é importante considerarmos uma equipa multidisciplinar de modo a assegurar o êxito do tratamento desta patologia e a sua manutenção a longo prazo, contribuindo para a melhoria da saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos indivíduos que dela sofrem. Segundo Matsudo e Maehcha (2006), o médico ou o nutricionista prescreve uma dieta ao sujeito obeso, dando-lhe as regras, no intuito de alterar, de limitar ou de excluir da sua alimentação determinados alimentos. O especialista pode optar pelas dietas de tipo dissociativas, nas quais o doente só pode consumir determinadas variedades de alimentos, ditando uma lista dos alimentos obrigatórios e dos proibidos. Qualquer dieta deve ser feita em função das necessidades metabólicas do sujeito, tal como devem considerar os seus gostos, hábitos alimentares e o seu meio ambiente. A atividade física, é um fator importante na implementação de hábitos dos obesos, pois aumenta os gastos calóricos, diminui a concentração de lípidos no sangue, aumento a taxa de colesterol (HDL), melhora a tolerância ao açúcar e liberta hormonas que procuram uma sensação de euforia e de bem-estar (endorfinas). O exercício deve ser programado em função do indivíduo, das suas necessidades e da sua resistência. (Matsudo & Maehcha, 2006)

O tratamento médico, através de fármacos é escolhido de acordo com cada paciente, sendo distribuídos em três grupos: (1) os que diminuem a fome ou modificam a saciedade; (2) os que reduzem a digestão e a absorção de nutrientes; (3) os que aumentam o gasto energético. Segundo Borges e Santos (2006), os medicamentos que modificam a ingestão de alimentos aumentam a disponibilidade de neurotransmissores, principalmente, noradrenalina, adrenalina, serotonina e dopamina no sistema nervoso central. Os agentes catecolaminérgicos incluem anfepramona, fenproporex e mazindol. Os agentes serotoninérgicos aumentam a libertação de

serotonina, inibem sua recaptação ou ambos e são também conhecidos como sacietógenos. Os inibidores específicos da recaptação de serotonina podem ser utilizados no tratamento da obesidade e estão indicados quando a obesidade está associada à depressão, ansiedade ou compulsão alimentar. A fluoxetina demonstra eficácia na perda de peso em doses a partir de 60 mg ao dia. A sertralina e a bupropiona também podem ser utilizadas no tratamento de compulsão alimentar. Dos medicamentos que reduzem a digestão ou absorção de nutrientes destaca-se o, Orlistat, cujo mecanismo de acção é ligar à lipase lipoprotéica pancreática no lúmen intestinal, reduzindo a sua acção e, assim, a digestão de triglicéridos (Borges & Santos, 2006).

Com o avanço dos estudos, estão a ser investigados fármacos que atuam sobre neurotransmissores, associados à obesidade (leptina e grelina) e medicamentos que aumentam o gasto metabólico (Bays, 2004 *cit. in* Borges & Santos, 2004).

No que se refere ao tratamento cirúrgico, este é considerado a forma mais eficaz de controlar a doença a longo prazo (Abreu, 2003, *cit. in* Vasques, Martins & Azevedo, 2004). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade (SPCO) existem vários tipos de cirurgia, sendo elas: gastrobandoplastia, bypass gástrico e balão intragástrico. São candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup> ou com IMC superior a 35kg/m<sup>2</sup> associado a comorbilidade tais como apneia do sono, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção entre outras (Segal & Fandiño, 2002). A indicação para tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspetos clínicos do doente. A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (Segal & Fandiño, 2002). O psicólogo e psiquiatra fazem parte da equipa e cabe-lhes fazer uma avaliação com o objetivo de identificar os doentes que tenham patologia psiquiátrica major ou psicopatologia aguda, identificar e referenciar para a consulta os doentes que tenham uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) e avaliar o grau de motivação e comprometimento dos doentes para a cirurgia e para as mudanças de hábitos e dificuldades daí decorrentes.

Vallis e Ross (1993, *cit. in* Silva, Ribeiro & Cardoso, 2009), concluem que os tratamentos não cirúrgicos da obesidade têm demonstrado resultados muito modestos, enquanto os tratamentos cirúrgicos, nomeadamente, cirurgias de *bypass* e cirurgias restritivas têm relevado contribuir não só para uma perda de peso significativa, mas também para uma maior manutenção desses resultados ao longo do tempo, pelo que têm sido cada vez mais valorizados pelos doentes e pelos profissionais de saúde.

Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, acima referidos, procuram apenas o enfoque na perda de peso, não abrangendo a dimensão psicológica do indivíduo obeso. Percebe-se então que o tratamento para a obesidade deverá circunscrever não só aspetos físicos, mas também aspetos psicológicos.

Em relação ao tratamento psicológico e com o objetivo de organizar as contingências para mudanças de peso e comportamentos, em princípio, relacionados com o auto-controlo do comportamento alimentar, e contexto situacional amplo, a terapia cognitiva comportamental tem vindo a apresentar eficácia por se trabalhar a partir da estrutura operante do paciente. A avaliação e correção dos pensamentos inadequados e crenças erróneas, que contribuem tanto para a etiologia como para a manutenção da obesidade, são procedimentos frequentes no processo psicológico para a modificação comportamental. A reestruturação cognitiva através de imagens orientadas, o treino da auto-instrução, a determinação de objetivos, o estímulo ao auto-reforço e resolução de problemas são algumas medidas adotadas (Abreu, 2003, *cit. in* Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

A Terapia Cognitivo Comportamental de Cooper (2008), tem sido a mais utilizada no tratamento da obesidade. Este modelo ajuda os pacientes a aceitar e valorizar a perda de peso que alcançam, estimula a adoção de estabilidade de peso, e não a perda de peso como objetivo principal, e auxilia os pacientes a adquirir e usar as habilidades comportamentais e respostas cognitivas necessárias para um controlo de peso bem-sucedido. Nesta terapia, os pacientes são avaliados e orientados para o tratamento, onde é feita a distinção entre perda de peso e manutenção do peso. Numa fase posterior, os indivíduos aprendem a restringir o consumo de energia para cerca de 1500kcal por dia e a identificar e resolver os vários problemas que podem interferir na adesão à dieta e restrição calórica. O objetivo é a perda de peso, há a preocupação desta perda, ser acompanhada por uma alimentação saudável. Para a manutenção do peso, aprendem a adotar um estilo de vida mais ativo, preocupando-se com a sua imagem corporal e promovendo uma maior auto-aceitação. É também importante ajudar os pacientes a considerar as origens, importância e arbitrariedades possíveis a atingir o peso desejado. Desta forma, os sujeitos são ajudados a enfrentar os seus próprios objetivos, estes podem estar relacionados com o peso, como melhorar a aparência física, os relacionamentos pessoais, ou, a aumentar a auto-estima e auto-confiança. Os pacientes são ainda ajudados a adquirir as estratégias e habilidades necessárias no controle de peso, a longo prazo (Cooper & Fairbun, 2001).

## 5. Aspetos Psicopatológicos na Obesidade

Ainda há alguma controvérsia na relação entre a obesidade e a psicopatologia, visto que as conclusões provenientes das investigações são contraditórias e inconsistentes (Baumeister & Härter, 2007). Há estudos que sustentam que a obesidade não está associada a um maior risco de psicopatologia (Hach et al., 2006; Thomas, Wadden, Albert & Stunkard, 1985) e estudos que defendem a existência de uma forte relação entre obesidade e psicopatologia, afirmando que o risco de psicopatologia aumenta de acordo com o peso (Baumeister & Härter, 2007; Roberts, Deleger, Strawbridge & Kaplan, 2003).

De acordo com Leal e Baldin (2007), a obesidade poderá estar associada a perturbações psicopatológicas, podendo atingir até 50% dos sujeitos obesos, e estar ligada a uma maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais. Para alguns autores, na população de indivíduos obesos que procuram tratamento, há um aumento de prevalência de sintomas psicológicos, como sintomas ansiosos, depressivos e alimentares (Bray, 1992). Um fator bastante citado pela literatura, como estando presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso, é a ansiedade. Alves da Costa (1997), investigou em 60 indivíduos obesos e 60 não obesos, as relações entre a obesidade e as variáveis de ansiedade e raiva. Os resultados revelaram relações significativas entre obesidade e as seguintes variáveis: ansiedade traço, ansiedade estado e raiva internalizada. Num outro estudo, Simon, Korff, Saunders e Miglioretti (2006), avaliaram a associação entre obesidade e grau de humor, ansiedade e perturbação no uso de substâncias. Os resultados indicam que indivíduos obesos têm aproximadamente 25% de maior probabilidade em apresentar depressão e ansiedade do que a população em geral.

Estudos recentes revelam que a obesidade tende a ser associada a determinados sintomas psicopatológicos relevantes, não significando, no entanto, a existência de uma relação direta. Boutelle e colaboradores (2010), avaliaram a relação entre adolescentes obesos e a depressão, e concluíram que a obesidade não é um preditor para a depressão clínica, mas quando a depressão já esta instalada no sujeito obeso, a situação agrava-se. Na maioria destes doentes, reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva, estiveram presentes no ritual alimentar (Lang et al., 2000, *cit. in* Travado, et al. 2004). Alguns estudos defendem a presença de uma associação entre a obesidade e PCA como a IAC (Allison, Grilo, Masheb & Stunkard, 2005; Dobrow et al., 2002). A IAC apresenta como características centrais, episódios recorrentes de ingestão de grande quantidade de alimentos num período de tempo delimitado, até duas horas, acompanhados de sensação de perda de controlo e, por

vezes, de sentimentos de angústia subjetivos, incluindo vergonha e culpabilidade, sem que se verifiquem, posteriormente, comportamentos compensatórios (American Psychological Association, APA 2006). A maior parte dos estudos realizados têm investigado a função que a IAC desempenha na relação entre a obesidade e a psicopatologia. Assim, algumas investigações sugeriram que a presença de IAC em indivíduos obesos poderia ser o motivo pelo qual a obesidade se relaciona com a psicopatologia, o que explicaria algumas contradições neste domínio de investigação. Assim, o grau de sintomatologia psiquiátrica estaria mais relacionado com a severidade da IAC do que com a severidade do peso (Conradt et al., 2007; Telch & Agras, 1993). Embora não seja possível inferir uma relação de causalidade, as investigações indicaram que os sujeitos obesos, ou com excesso de peso, com maior grau de severidade na IAC, apresentam níveis mais elevados de psicopatologia geral, incluindo mais sintomatologia depressiva e ansiosa, mais perturbações de personalidade, mais problemas de relacionamento interpessoal e auto-estima mais baixa do que os indivíduos sem IAC (Matos et al., 2002; Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet & Barbe, 2003; Saunders, Johnson & Teschner, 1998; Sarwer et al., 2004; Sarwer et al., 2005; Telch & Agras, 1993; Zwam, 2001). A IAC é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras, visto que o ritual alimentar, já referido anteriormente, é acompanhado de reações emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva (Lang, Hauser, Sclumpf, Klaghofer & Buddeber, 2000).

Vários autores mencionam, ainda, outras complicações psicológicas associadas à obesidade; por exemplo Stunkard e Wadden (1992 *cit in*. Travado et al., 2004, p. 534), referem “a distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, discriminação/hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso sexual, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outros”.

De acordo com a literatura, Gomes e colaboradores (2010), salientam que os sujeitos obesos e com comorbidade com a perturbação bipolar, tinham mais probabilidades de ter uma história de suicídio. Numa amostra de 255 pacientes bipolares, em que 80 eram pacientes obesos, a taxa de tentativa de suicídio foi de 52.2%. McElroy e colaboradores (2004), sugerem que isto acontece porque o ganho de peso complica o tratamento da perturbação de humor. Além disso, os pacientes obesos com perturbação bipolar têm normalmente mais marcadores de eventos adversos, tais como: (1) número de comorbidades; (2) condições médicas gerais; (3) aumento do número de episódios de humor anteriores; (4) mais estados depressivos

(Fagiolini, Kupfer, Houck, Novick & Frank, 2003). Numa outra investigação, Wijnen e colaboradores (2010), verificaram uma forte associação entre o estado de peso, saúde psicológica, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Adolescentes do sexo feminino e masculino, com obesidade e sobrepeso, relataram pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, maiores que os adolescentes de peso normal. Uma investigação, levada a cabo por Crow, Eisenberg, Story e Neumark-Sztainer (2008), também com adolescentes, mostra que a insatisfação corporal e estado do peso não são preditores de comportamento suicida, embora possa haver um marcador de risco ou fator de risco para o suicídio ao longo da vida. Pesquisas ainda com adolescentes, indicam que há um aumento de riscos de saúde mental, nos sujeitos masculinos com sobrepeso e obesos, que são vítimas de *bullying* no contexto escolar, comparativamente com os seus pares que têm peso normal. Isto indica que os sujeitos obesos experimentam uma tristeza mais prolongada e tentativas de suicídio devido ao alvo de intimidação a que são sujeitos (Lenhart, Daly & Eichen, 2011). Socialmente, os obesos são discriminados, estigmatizados, hostilizados e excluídos, devido, em parte, à falsa crença de que a sua doença é uma consequência da falta de auto-controlo (Ashmore, Friedman, Reichmann & Musante, 2008; Corsica & Perri, 2003).

Carpenter, Hasin, Allison e Faith (2004), concluíram que o aumento do IMC está associado a um risco aumentado de tentativas de suicídio e depressão no caso das mulheres e a um risco diminuído no caso dos homens. Essas diferenças podem ser consideradas devido ao facto das mulheres associarem mais o estigma da obesidade ou de haver fatores de risco diferentes ao longo da vida dos diferentes sexos. Além disso Dong, Li, Li e Price (2006), descobriram, em amostras de famílias, que os indivíduos com IMC entre 40 e 50, relatavam tentativas de suicídio numa taxa de 87%, ou seja, superior à população em geral. Estas descobertas sugerem que o aumento do peso está associado com um aumento de risco de suicídio. No entanto, outros estudos em amostras da população em geral, indicam uma relação inversa entre o IMC e o suicídio (e.g Mukamal, Kawachi, Miller & Rimm, 2007; Kaplan, McFarland & Huguet 2007).

Silva e Maia (2010), realizaram um estudo sobre as experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos obesos, e verificaram uma elevada prevalência de tentativas de suicídio nestes sujeitos que sofreram de negligência e ambiente familiar disfuncional durante a infância bem como o abuso físico.

No que se refere à cirurgia bariátrica, em muitos casos, o emagrecimento súbito incorre sobre quadros psiquiátricos como: sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias, alterações comportamentais e ideação suicida (Leal & Baldin, 2007). Num estudo de Adams e colaboradores (2007), investigaram cerca de 8000

pacientes que tinham sido submetidos à cirurgia bariátrica e que estavam a ser acompanhados por um período médio de 7.1 anos. Comparados com o grupo de controlo, sujeitos que não tinham sido submetidos à mesma cirurgia, os autores verificaram que a taxa de suicídio tinha sido maior nos que se submeteram à referida cirurgia. Omalu e colaboradores (2007), verificaram que após a cirurgia bariátrica, 4% dos sujeitos cometeram suicídio, sendo que 70% desses casos aconteceram no primeiro ano após a cirurgia. Os autores consideram que isto poderá indicar que para algumas pessoas a experiência da cirurgia pode não ir ao encontro das expectativas dos sujeitos. Um estudo desenvolvido por Buddeberg-Fischer e colaboradores (2006), compara os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com os submetidos ao tratamento clínico. Os dois grupos apresentaram uma melhoria dos índices de sintomas afetivos e não houve correlação entre perda de peso e melhoria de ansiedade, depressão, IAC e *stress* psicossocial. Dixon (2003), estudou a associação da depressão com a obesidade antes e depois da cirurgia bariátrica. A investigação mostra que a perda de peso está relacionada com uma significativa e sustentada diminuição dos índices da depressão, o que também melhorou a avaliação da aparência entre os sujeitos. Sansone, Wiederman, Schumacher e Routsong-Weichers (2008), com o objetivo de avaliar a prevalência de comportamentos de auto-agressão em candidatos à cirurgia bariátrica, realizaram um estudo, e concluíram que estes tinham, como grande destaque, comportamentos de promiscuidade sexual, pensamentos auto destrutivos, abuso de álcool, envolvimento em relacionamentos abusivos, tentativas de suicídio e por fim com menor percentagem, comportamentos com o intuito de se magoar. Allison e colaboradores (1998), referem que sujeitos com excesso de peso, que enveredaram em dietas, sejam elas mais ou menos restritivas, têm demonstrado problemas de comportamento, incluindo agressão e ferimentos auto-infligidos, como forma de lidar com a sua insatisfação corporal.

A partir da investigação acima revista, pode-se concluir que a obesidade poderá estar associada à psicopatologia, embora não seja considerada uma relação causa efeito. No que se refere à sintomatologia depressiva e ansiosa, os estudos revelaram que há uma associação entre a obesidade e o que prediz estes sintomas, sendo que a obesidade pode vir a agravar a sintomatologia psicopatológica. Em relação à IAC, por ter muitas vezes comorbilidade com a obesidade, pode-se considerar que há complicações psicológicas associadas a esta. Na dinâmica do suicídio, a literatura tem apresentado vários estudos que correlacionam o suicídio com a obesidade, isto pode ser explicado, por exemplo, por existir comorbilidade entre a obesidade e a perturbação de humor, e por vezes, esta última levar ao suicídio. Outra relação, é o facto de estar presente em indivíduos obesos, a insatisfação corporal, os

sentimentos de rejeição, intimidação e tristeza que levam à tentativa ou mesmo ao suicídio. A investigação mostrou ainda, que ligado ao suicídio está a cirurgia bariátrica. Vários estudos compararam o grupo de sujeitos submetidos a esta cirurgia com os que não foram, e, nos sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica registou-se taxas mais elevadas de suicídio. Em contrapartida, em dois estudos efetuados, verificou-se uma melhoria dos índices de sintomas afetivos e dos índices da depressão, após a cirurgia bariátrica. Ainda na dinâmica dos comportamentos auto-flagelatórios, temática pouco abordada na literatura, só foram encontradas duas investigações que relacionam estes comportamentos com a obesidade. Por tal facto, considerou-se pertinente investigar os comportamentos auto-flagelatórios e as tentativas de suicídio na obesidade.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO**

---

# **1. COMPORTAMENTOS AUTO-FLAGELATÓRIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA OBESIDADE**

## **1.1 INTRODUÇÃO**

O presente estudo tem como principal objetivo, avaliar a frequência de comportamentos auto-flagelatórios e tentativas de suicídio, em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes que já foram submetidos a essa mesma cirurgia. Assim, operacionalizou-se outro objetivo mais específico, decorrente do primeiro: caracterizar os indicadores de psicopatologia associados à obesidade.

Este estudo, à semelhança de investigações anteriores, (e.g Allison et. al, 1998; Adams et. al, 2007; Dixon 2003) foi construído para testar as seguintes hipóteses: H1 – Alguns pacientes com diagnóstico de obesidade apresentam comportamentos de auto-flagelação; H2 – Os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica apresentam mais tentativas de suicídio do que os que já foram submetidos à mesma cirurgia; H3 – Os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica apresentam resultados superiores nos indicadores de sintomatologia psicopatológica, comparativamente com os que já foram submetidos à mesma cirurgia.

## 1.2 METODOLOGIA

### 1.2.1 SUJEITOS

Participaram neste estudo 100 sujeitos com o diagnóstico de obesidade candidatos à cirurgia bariátrica, definidos como Grupo Pré Cirurgia (GPréC), ou indivíduos que já tinham sido submetidos à mesma cirurgia, Grupo Pós Cirurgia (GPósC), num hospital do Norte do país. Os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 22 e os 64 anos ( $M=41.84$  e  $DP= 10.14$ ); 79% ( $n=79$ ) dos participantes eram do sexo feminino e 21% ( $n=21$ ) do sexo masculino. O nível de escolaridade estava distribuído pelos seguintes itens: 1º ciclo do ensino básico completo 20% ( $n=20$ ); 2º ciclo do ensino básico completo 15% ( $n=15$ ); 3º ciclo do ensino básico completo 22% ( $n=22$ ); 12º ano/ensino secundário completo 23% ( $n=23$ ); frequentou o ensino superior 5% ( $n=5$ ); ensino superior completo 13% ( $n=13$ ); pós graduação 1% ( $n=1$ ), bem como outra especialidade 1% ( $n=1$ ). Em relação ao estado civil, 19% ( $n=19$ ) dos sujeitos eram solteiros; 69% ( $n=69$ ) casados; 3% ( $n=3$ ) viviam junto; 2% ( $n=2$ ) estavam separados e 7% ( $n=7$ ) divorciados. Os dados relativos às idades e características sócio-demográficas dos participantes podem ser consultados através do quadro 1.

Quadro 1. Resultados relativos à idade e caracterização sócio-demográfica da amostra avaliada

<b>Idade</b>	M
	(DP)
	41.84
	(10.14)
<b>Sexo</b>	N (%)
Feminino	79
Masculino	21
<b>Nível de Escolaridade</b>	N (%)
1º ciclo do ensino básico completo	20%
2º ciclo do ensino básico completo	15%
3º ciclo do ensino básico completo	22%
12º ano/ensino secundário completo	23%
Frequentou o ensino superior	5%
Ensino superior completo	13%
Pós graduação	1%
Outra especialidade	1%
<b>Estado Civil</b>	N(%)

Solteiro	19%
Casado	69%
Viver Junto	3%
Separados	2%
Divorciados	7%

---

## 1.2.2 Instrumentos

Na presente investigação, e tendo em consideração as variáveis em estudo, foram administrados 3 instrumentos de avaliação aos utentes

### 1.2.2.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (c.f 50, do anexo).

O Questionário Sócio-Demográfico (QSD) foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sócio-demográficos e outros dados relevantes para a caracterização da amostra do estudo. Neste questionário constam dados sobre o sujeito, tais como: sexo, idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, situação de emprego, contexto social e familiar. Foram ainda acrescentadas questões de cariz clínico, como o peso, idade, se já teve comportamentos auto-flagelatórios e tentativas de suicídio.

### 1.2.2.2 *EXAME DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR – QUESTIONÁRIO (Eating Disorders Examination - Questionnaire / EDE-Q, 4ª edição; Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado et al., 2002)*

O *EDE-Q* é um questionário de auto-relato, constituído por 28 itens que focam as características centrais dos quadros clínicos das perturbações do comportamento alimentar. Permite a obtenção de 4 sub-escalas (Restrição, Preocupação com a Alimentação, Preocupação com a Forma Corporal e Preocupação com o Peso) contempla itens relativos à frequência de comportamentos alimentares disfuncionais. Os itens relativos às 4 sub-escalas são cotados através de uma escala tipo Likert com 7 escolhas forçadas relativas aos últimos 28 dias. De acordo com os autores, Mond, Hay, Rodgers e Owen (2006), resultados iguais ou superiores a 4 em qualquer sub-escalas, são interpretados como indicadores de severidade clínica. Os itens relativos aos comportamentos de ingestão alimentar exagerada e suas variantes, e aos métodos extremos para controlo do peso são calculados em termos do número de dias nos quais um determinado comportamento ocorre (Fairburn & Beglin, 1994).

O *EDE-Q* demonstrou consistência interna, fidelidade teste-reteste e validade convergente satisfatórias (Carter, Stewart & Fairburn, 2001; Fairburn & Beglin, 1994); o estudo psicométrico do instrumento realizado em Portugal também obteve dados semelhantes (Machado, Machado, Klein & Gonçalves, 2006).

### 1.2.2.3 INVENTÁRIO DOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (*BSI*; Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

O *BSI* (Derogátis, 1982 cit in Canavarro, 1999) é uma escala de auto-relato desenvolvida para avaliar os níveis de psicopatologia quer em pessoas com problemas do foro psiquiátrico ou psicológico quer em indivíduos da população em geral, que não se encontrem emocionalmente perturbados. A idade mínima de aplicação deste instrumento é 13 anos. Este instrumento foi adaptado à população portuguesa, embora não existam normas de padronização (Canavarro, 1999). O *BSI* (Derogátis, 1982 cit in Canavarro, 1999) é constituído por 53 itens que descrevem diversos problemas, queixas e preocupações. Os itens são avaliados de acordo com uma escala de cinco pontos que refletem uma frequência de ocorrência entre 0 (*nunca*) e 4 (*muitíssimas vezes*) (Boulet & Boss, 1991). Estes itens agrupam-se em 9 dimensões: *Somatização* (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); *Obsessões-Compulsões* (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36); *Sensibilidade Interpessoal* (itens 20, 21, 22 e 42); *Depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50); *Ansiedade* (itens 1, 12, 19, 38, 45, e 49); *Hostilidade* (itens 6, 13, 40, 41 e 46); *Ansiedade Fóbica* (itens 8, 28, 31, 43 e 47); *Ideação Paranóide* (itens 4, 10, 24, 48 e 51); *Psicoticismo* (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Para além destas 9 dimensões existem, ainda, 3 índices globais que podem ser calculados nomeadamente: *Índice Geral de Sintomas*; *Total de Sintomas Positivos*; *Índice de Sintomas Positivos* (Derogátis, 1982 cit in Canavarro, 1999).

O *BSI* (Derogátis, 1982 cit in Canavarro, 1999) demonstrou robustez psicométrica pela sua utilização em diferentes países e culturas que têm demonstrado. Os estudos têm corroborado a sensibilidade do instrumento a manifestações do mal-estar psíquico, contribuindo para a sua validade (Canavarro, 1999).

## 1.2.3 PROCEDIMENTO

### 1.2.3.1 RECOLHA DE DADOS

A amostra da presente investigação foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, diagnosticados com obesidade ( $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ ) ou aqueles que já estavam em

recuperação de peso, após a cirurgia bariátrica, no Serviço de Endocrinologia de um hospital do Norte do País.

Para se proceder à recolha de dados foi necessária a formulação de um pedido de autorização ao Comité de Ética do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). Após o deferimento do pedido de autorização, o encaminhamento dos utentes para esta investigação foi efetuada na sequência das consultas marcadas, ou seja, os utentes que foram encaminhados para o Serviço de Endocrinologia para uma avaliação psicológica para posteriormente serem submetidos à cirurgia bariátrica. Neste sentido, os utentes foram selecionados na fase de avaliação e caracterização psicológica de cada utente, com emissão de parecer técnico sobre as condições psicológicas deste para realização da cirurgia, que inclui critérios clínicos de morbilidade psicológica e de motivação, colaboração e responsabilidade do utente face ao processo de tratamento e mudanças associadas. Ainda neste serviço selecionou-se aqueles pacientes que já tinham sido submetidos à cirurgia, mas que estavam ainda em acompanhamento quer por Psicologia, quer pelas outras especialidades responsáveis pelo seguimento na fase pós cirúrgica. O utente era convidado a participar nesta investigação, sendo-lhe explicado o intuito da sua colaboração, informando de seguida as finalidades da mesma (e.g objetivos, metodologia utilizada, relevância do estudo). Todos os participantes foram advertidos de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos. De seguida todos os participantes assinaram o consentimento informado elaborado para o efeito. Coube-me a mim fazer a entrevista do questionário sócio demográfico, sendo que o *EDE-Q* (Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado et al., 2002) e o *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999) eram preenchidos pelo próprio sujeito. Estes instrumentos são, aferidos e de reconhecida validade psicométrica, e caracterizam-se pelo conjunto de itens, standardizados, de aplicação simples, de fácil cotação que possibilitam uma análise objetiva.

#### 1.2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a recolha de dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos, foi fundamental organizar a informação de forma a torná-la interpretável e útil. Assim, os dados foram processados no programa estatístico IBM SPSS Statistics - versão 19.

Para a caracterização da amostra, foram realizadas análises estatísticas descritivas e de frequência para a descrição das amostras clínicas.

Nas hipóteses do estudo recorreu-se à estatística paramétrica visto que os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados. Assim para dar respostas às questões desta investigação, foram utilizadas medidas descritivas e o teste paramétrico - Test *t* de Student no sentido de comparar variáveis intervalares e ordinais. Este teste foi ainda utilizado pois tratava-se de uma amostra que segue uma distribuição normal e o  $N > 30$ . Apenas se utilizou-se o teste Mann-Whitney U no GPréC visto o  $N < 30$ . Como medidas de associação Teste Qui Quadrado para variáveis ordinais e nominais respetivamente. Nas análises estatísticas realizadas, assumiu-se um alfa igual a 0.05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro de tipo I for inferior a 0.05.

### 1.3 RESULTADOS

#### 1.3.1 RESULTADOS DESCRITIVOS DA AMOSTRA E DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre o GPréC e o GPósC no que diz respeito ao peso, IMC, presença de episódios de IAE e/ou IAC, número (nº) de episódios e métodos compensatórios – exercício excessivo.

Quadro 2: Resultados relativos ao peso, IMC e episódios bulímicos no grupo pré cirurgia e pós cirurgia

	<b>Grupo Pré Cirurgia</b> (n=68)	<b>Grupo Pós Cirurgia</b> (n=32)	
	Média (DP)	Média (DP)	t (98)
<b>Peso</b>	116.13 (17.5)	89.18 (15.9)	<b>7.38**</b>
<b>IMC</b>	43.89 (4.9)	33.4 (4.9)	<b>10**</b>
	<b>Grupo Pré Cirurgia</b> (n=66)	<b>Grupo Pós Cirurgia</b> (n=32)	t (96)
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Episódios IAE/IAC</b>	2.56 (5.4)	0.25 (0.8)	<b>2.4*</b>
<b>Episódios IAC, nº</b>	2.86 (6)	0.78 (2.3)	1.9
<b>com falta de controlo</b>			
<b>Episódios IAC, nº de</b>	2.98 (6.5)	0.72 (2.2)	1.9
<b>dias com falta de</b>			
<b>controlo</b>			
<b>Métodos</b>	1.20 (5)	0.31 (1.2)	0.9
<b>compensatórios –</b>			
<b>exercício excessivo</b>			

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

De acordo com o quadro 2 podemos verificar que há diferenças significativas entre o GPréc e o GPósC ao nível do peso, ( $t(98) = 7.38$ ;  $p=0.00$ ), bem como ao nível da variável IMC, ( $t(98) = 10$ ;  $p=0.00$ ). Neste sentido, o GPréc apresenta maior peso e IMC do que o GPósC.

Quanto à presença de episódios de IAE e/ou IAC, conforme se pode observar no quadro 2, também se verificam diferenças significativas entre o GPréc e o GPósC: ( $t(96) = 2.4$ ;  $p=0.18$ ). Deste modo, verificamos que o GPréc relata mais episódios de IAE e/ou IAC comparativamente com o GPósC.

Quanto ao número de episódios de IAC propriamente ditos, a partir do que se pode observar no quadro 2, conclui-se que não há diferenças significativas entre o GPréc e o GPósC: ( $t(96) = 1.9$ ;  $p=0.063$ ).

Relativamente ao nº de dias de em que ocorrem episódios de IAC, tal como podemos observar não há diferenças significativas entre o GPréc e o GPósC: ( $t(96) = 1.9$ ;  $p=0.059$ ).

Em relação aos métodos compensatórios – exercício excessivo conforme se pode observar no quadro acima conclui-se que não há diferenças significativas entre os dois grupos e os métodos compensatórios - exercício excessivo, ( $t(96) = 0.9$ ;  $p=0.331$ ).

No sentido de avaliarmos, se havia diferenças entre o GPréc e o GPósC, em relação às 9 dimensões e ao índice geral de sintomas (IGS) do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999) realizou-se o teste T para amostras independentes. Conforme se pode verificar no quadro 5, os resultados da relação entre o GPréc e o GPósC sugerem que não existem resultados significativos entre estes dois grupos em relação às 9 dimensões e ao índice geral de sintomas do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

Quadro 3: Médias e desvio padrão do GPréc (M e DP) das pontuações nas 9 dimensões e índice geral de sintomas no *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

	<b>S</b>	<b>OC</b>	<b>SI</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>AF</b>	<b>IP</b>	<b>P</b>	<b>IGS</b>
M	0.8	0.9	1	0.8	0.7	0.7	0.5	1.2	0.6	0.8
(DP)	(0.9)	(0.7)	(0.9)	(0.8)	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(0.8)	(0.7)	(0.6)
<b>Valores de corte</b>	0.9	1.6	1.1	1.2	1.3	1	0.6	1.3	0.9	1

Nota: As iniciais “S”, “OC”, “SI”, “D”, “A”, “H”, “AF”, “IP”, “P” e “IGSI” referem-se às escalas do *BSI* Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Índice de Gravidade Geral, respetivamente.

Quadro 4: Médias e desvio padrão do GPósC (M e DP) das pontuações nas 9 dimensões e índice geral de sintomas no *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

	<b>S</b>	<b>OC</b>	<b>SI</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>AF</b>	<b>IP</b>	<b>P</b>	<b>IGS</b>
M	0.5	0.7	0.7	0.5	0.5	0.6	0.3	0.9	0.3	0.6
(DP)	(0.5)	(0.6)	(0.6)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.4)	(0.7)	(0.5)	(0.4)
<b>Valores de corte</b>	0.9	1.6	1.1	1.2	1.3	1	0.6	1.3	0.9	1

Nota: As iniciais “S”, “OC”, “SI”, “D”, “A”, “H”, “AF”, “IP”, “P” e “IGSI” referem-se às escalas do *BSI*/ Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Índice de Gravidade Geral, respetivamente.

Estes valores foram calculados em investigações anteriores usando a fórmula proposta por Angoff (1971), que permite determinar o ponto médio entre a população normal e a população disfuncional (Canavarro, 1999). Resumidamente, os pontos de corte apresentados representam um ponto específico em que as distribuições das populações clínicas/não-clínicas se sobrepõem, o que indica ser mais provável que abaixo do ponto de corte pertençam à população normal, do que à população clínica, verificando-se o oposto quando os resultados são acima do ponto de corte.

Quadro 5: Resultados relativos às 9 dimensões e índice geral de sintomas do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

	<b>Grupo Pré Cirurgia</b> (n=68) Média (DP)	<b>Grupo Pós Cirurgia</b> (n=32) Média (DP)	t (98)
<b>Somatização</b>	0.8 (0.8)	0.5 (0.5)	1.9
<b>Obsessões</b>	0.9 (0.7)	0.7 (0.6)	1.5
<b>Compulsões</b>			
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	1(0.9)	0.7 (0.6)	1.9
<b>Depressão</b>	0.8 (0.8)	0.5(0.5)	1.10
<b>Ansiedade</b>	0.7 (0.7)	0.5 (0.5)	1.4
<b>Hostilidade</b>	0.7 (0.7)	0.6 (0.5)	0.8
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0.5 (0.7)	0.3 (0.4)	1.4
<b>Ideação Paranóide</b>	1.2 (0.8)	0.9 (0.7)	1.4
<b>Psicoticismo</b>	0.6 (0.7)	0.3 (0.5)	1.7
<b>IGS</b>	0.8 (0.6)	0.6 (0.4)	1.8

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre o GPréC e o GPósC relativamente à preocupação com a forma; preocupação com a comida; preocupação com o peso; score total e restrição, foi realizado um teste T para amostras independentes.

Quadro 6: Resultados relativos à subescala de preocupação com a forma, comida, peso e restrição no grupo pré cirurgia e pós cirurgia

	<b>Grupo Pré Cirurgia</b> (n=68) Média (DP)	<b>Grupo Pós Cirurgia</b> (n=32) Média (DP)	t (98)
<b>Preocupação com a forma</b>	<b>3.67 (1.4)</b>	2 (1.5)	<b>5.3**</b>
<b>Preocupação com a comida</b>	1.15 (1.3)	0.5 (0.7)	<b>2.6 **</b>
<b>Preocupação com o peso</b>	<b>3.5 (1.2)</b>	2 (1.3)	<b>5.7**</b>
<b>Score total</b>	2.6 (1)	1.4 (1)	<b>5.5*</b>
<b>Restrição</b>	2.3 (1.2)	1.3 (1.4)	<b>3.6**</b>

\*\*p<0.01

Nota: valores a negrito no GPréC, significam que estão acima do ponto de corte

Conforme se pode observar no quadro acima, há diferenças significativas entre o GPréC e o GPósC relativamente à preocupação com a forma, (t (98) = 5.3; p=0.00). Assim pode-se concluir que o GPréC apresenta maior preocupação com a forma, relativamente ao GPósC.

Relativamente ao que o quadro 6 apresenta, verificam-se diferenças significativas entre o GPréC e o GPósC, em relação à preocupação com a comida, (t (98) =2.6; p=0.009). Deste modo concluímos que o GPréC apresenta maior preocupação com a comida, do que o GPósC.

Conforme o que o quadro acima apresenta, conclui-se que há diferenças significativas entre GPréC e o GPósC ao nível da preocupação com o peso, (t (98) = 5.7; p= 0.00). Verifica-se, portanto, no GPréC, maior preocupação com o peso, do que o GPósC.

A partir do teste T para amostras independentes conclui-se que há diferenças significativas entre o GPréC e o GPósC ao nível do score total, (t (98) = 5.5; p= 0.00). Ou seja, o GPréC apresenta maior score total, do que o GPósC.

Consoante o que o quadro 6 apresenta, verifica-se que há diferenças significativas entre o GPréC e o GPósC ao nível da restrição alimentar, (t (98) =3.6; p=0.00). A partir desta análise conclui-se que o GPréC relata maior restrição alimentar, relativamente ao GPósC.

Para verificarmos uma das nossas hipóteses de que os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, GPréc, ou aqueles que já foram submetidos à cirurgia, GPósC, têm associação entre as tentativas de suicídio, realizou-se o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ).

Os resultados mostram-nos, conforme se pode ver no quadro 7, que o GPósC apresenta maior percentagem de tentativas de suicídio relativamente ao GPréc, no entanto, estes valores não são significativos. Não há uma associação significativa entre ter ou não tentativas de suicídio e o facto de os sujeitos já terem sido submetidos à cirurgia, *Teste de Fisher*,  $p=0.7$ .

Quadro 7: Resultados relativos à associação de tentativas de suicídio nos grupos pré e pós cirurgia

<b>Tentativas de suicídio</b>	<b>de Grupo Pré Cirurgia</b> (n=68) n(%)	<b>Grupo Pós Cirurgia</b> (n=32) n (%)	<b>p</b>
Sim	4 (5.9)	3 (9.4)	0.7
Não	64 (94.1)	29 (90.6)	

Também se avaliou se dentro do GPréc havia associação entre os sujeitos com parecer favorável ou desfavorável/adiado e as tentativas de suicídio.

Quadro 8: Resultados relativos à associação de tentativas de suicídio nos sujeitos com parecer favorável e desfavorável/adiado

<b>Tentativas de suicídio</b>	<b>de Sujeitos com parecer favorável</b> (n=55) n(%)	<b>Sujeitos com parecer desfavorável/adiado</b> (n=13) n(%)	<b>p</b>
Sim	3 (5.5)	1 (7.7)	1
Não	52 (94.5)	12 (92.3)	

A partir do quadro 8 podemos verificar que os sujeitos com parecer desfavorável/adiado apresentam maior percentagem (7.7%) de tentativas de suicídio, do que os sujeitos que têm parecer favorável (5.5%). Contudo não há uma associação significativa entre ter ou não tentativas de suicídio, em relação aos sujeitos com parecer desfavorável/adiado, e sujeitos com parecer favorável, *Teste de Fisher*,  $p=1$ .

No sentido de avaliarmos se existia alguma associação entre, os sujeitos com parecer favorável ou parecer desfavorável/adiado, e as variáveis: ocupação; com quem vivem; amigos e tempo livre, realizou-se o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) uma vez que nos permite verificar se as variáveis estão ou não relacionadas.

Quadro 9: Resultados relativos à associação de ocupação; com quem vivem; amigos e tempo livre nos sujeitos com parecer favorável e desfavorável/adiado

	<b>Sujeitos com parecer favorável</b> (n=55)	<b>Sujeitos com parecer desfavorável/adiado</b> (n=13)	<b>p</b>
<b>Ocupação</b>			
Estudantes/Empregados	70.9%	30.8%	
Desempregados	29.1%	69.2%	<b>0.011*</b>
<b>Vive com quem</b>			
vive sozinho	3.6%	15.4%	0.16
vive acompanhado	96.4%	84.6%	
<b>Amigos</b>			
sem amigos	1.8%	7.7%	0.35
com amigos	98.2%	92.3%	
<b>Tempo livre</b>			
sozinho	5.5%	38.5%	0.05
acompanhado	94.5%	61.5%	

\*\*p<0.01 \*p<0.05

Conforme se pode observar no quadro 9, há uma associação significativa entre a ocupação, ser estudante ou estar empregado, e os sujeitos com parecer favorável e sujeitos com parecer desfavorável/adiado, *Teste de Fisher*,  $p= 0.011$ . Enquanto na ocupação ser estudante ou empregado, a maioria (70.9%) são sujeitos que têm parecer favorável para a cirurgia, na ocupação desempregados, a maioria (69.2%) são sujeitos com parecer desfavorável/adiado para a cirurgia.

A partir do que se pode presenciar no quadro acima, há uma associação significativa entre o tempo livre, sozinho ou acompanhado, e os sujeitos com parecer favorável e sujeitos com parecer desfavorável/adiado. Quer os pacientes com parecer favorável, quer os pacientes com parecer desfavorável/adiado apresentam percentagens maiores no que se refere ao tempo livre, estar acompanhado. Dos pacientes com parecer favorável (94.5%) refere passar o tempo livre acompanhado, em relação aos que têm parecer desfavorável/adiado, apenas (38.5%) menciona passar o tempo livre sozinho.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Do grupo de 100 participantes deste estudo, e, em relação às variáveis sócio demográficas, registamos indivíduos maioritariamente do sexo feminino (79%). O predomínio de mulheres na amostra coincide com o que é apontado pelo 4º INS (2005, 2006) realizado pelo INS, Dr. Ricardo Jorge, e pelo INE (INE, 2007), em que a prevalência da obesidade nas mulheres (16%) é superior à dos homens. Ainda de acordo com os Institutos acima citados, verificou-se que a proporção de indivíduos obesos aumenta com a idade, sobressaindo a evolução da prevalência de obesos entre os grupos etários 35-44 anos, (12.8%), e nos três grupos etários subsequentes (22%), para o conjunto de idades compreendidas entre os 45 e 74 anos, neste estudo a média de idades foi de 41.84%, ou seja, próximo daquilo que é referido.

Verificou-se, ainda, neste estudo, que o nível de escolaridade dos sujeitos é bastante variado, não havendo nenhum nível a destacar-se dos outros. Vinte e três por cento dos sujeitos referem ter como habilitação o ensino secundário, 22% o 3º ciclo do ensino básico e 20% o 1º ciclo. De acordo com o INS, Dr. Ricardo Jorge, e pelo INE (INE, 2007) a prevalência de obesos era mais elevada na população com menos de 5 anos de escolaridade completos (21.4%), sendo a diferença mais expressiva quando comparada com aqueles que terminaram pelo menos o atual ensino básico, aos quais correspondia uma estimativa de obesos de 6.1%. Ao nível internacional, também Akdag e Danzon (2006), referem que nos países desenvolvidos existe uma maior prevalência da obesidade em grupos populacionais com baixo nível educacional. Ainda, Carmo e colaboradores (2008), num estudo realizado em Portugal, constataram que menor nível educacional corresponde a uma maior prevalência do sobrepeso e obesidade. A maioria dos sujeitos desta amostra eram casados (69%), o que vai ao encontro do estudo de Carmo e colaboradores (2008), na sua investigação efetuada em Portugal, onde conclui que a prevalência da obesidade é significativamente superior entre os indivíduos casados, comparativamente com os não casados.

Relativamente aos valores de peso da amostra do GPréC, o valor médio encontrado foi de 116kg; e tendo em conta os valores definidos anteriormente para o IMC (OMS, 2006), constatou-se que o valor médio do GPréC, avaliado, foi de 43.89Kg/m<sup>2</sup>. A média do IMC encontrado na amostra, foi correspondente àquele encontrado na literatura sobre a obesidade mórbida (WHO, 2002). Estes dados vão ao encontro dos estudos de Travado e colaboradores (2004), em que referem que os sujeitos avaliados antes da cirurgia bariátrica tinham em média um IMC de 46.6Kg/m<sup>2</sup> que corresponde, tal como neste estudo, a obesidade mórbida. No que se refere ao GPósC, estes apresentaram um valor médio de peso de 89.18Kg e um IMC cujo valor

médio era de 33.4Kg/m<sup>2</sup>, que corresponde segundo a OMS (2006), a obesidade. Também Santos (2008), verificou no seu estudo que, uma minoria de pacientes com obesidade mórbida, apresentaram uma perda de excesso de peso > 89%.

De acordo com os resultados verificou-se que o GPréc apresenta mais episódios de IAE/IAC em relação ao GPósC, no entanto, o número de episódios têm um valor médio de 2.56. Estas conclusões são suportadas pelo estudo de Sansone e colaboradores (2008), em que referem que na amostra de sujeitos candidatos à cirurgia bariátrica, a prevalência de IAC foi surpreendentemente baixo (6.5%). Por sua vez, Kalarchian e colaboradores (2007), também encontraram uma prevalência relativamente baixa (16%) em 288 candidatos à cirurgia bariátrica. No entanto, Niego, Kofman, Weiss e Geliebter (2007), indicam taxas de prevalência de 37.5% e 49% relativamente à IAC em sujeitos candidatos à cirurgia bariátrica. Estas diferenças podem dever-se ao facto de os sujeitos deste estudo terem uma resistência em reconhecer episódios de IAC, por receio de não serem admitidos para a cirurgia.

Em relação às 9 dimensões e índice geral de sintomas do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999) não foram encontrados resultados significativos entre o GPréc e o GPósC. Relativamente ao GPréc apresenta resultados mais próximos dos valores de corte, embora nenhum deles seja superior. Isto indica-nos que estamos perante uma população que não é disfuncional, o que vem contrapor os estudos de Wadden e Stunkard (2006), e Oliveira, Linardi e Azevedo (2002), estes sugerem que sujeitos obesos que procuram tratamento, apresentam mais psicopatologia, relativamente aos sujeitos obesos da comunidade.

Quanto à dimensão somatização, apenas apresenta um valor de diferença comparativamente ao ponto de corte. Glinski, Netzlen e Goodman (2001), indicam que candidatos à cirurgia bariátrica têm propensão para expressar mal-estar psicológico através de sintomas físicos, sobretudo em situações de *stress*. Também a dimensão sensibilidade interpessoal está muito próxima do valor de corte. De acordo com Dixon, Dixon e O'Brien (2003), e Glinski e colaboradores (2001), os sentimentos de inadequação e constrangimento podem ser decorrentes da estigmatização e discriminação, experienciados pelos indivíduos obesos. A depressão e a ansiedade, também estiveram próximas dos valores de corte, no entanto, mais distanciadas do que a somatização, a sensibilidade interpessoal, a ansiedade fóbica e ideação paranóide, que só tiveram um valor de diferença. A amostra estudada apresenta valores dos índices da depressão, dentro dos valores médios para a população normal, contrariando, portanto, as conclusões de alguns estudos em que sujeitos com obesidade (IMC > 35Kg/m<sup>2</sup>), apresentavam maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, maioritariamente em mulheres, quando comparado com sujeitos não

obesos, pessoas com outras condições crónicas e a sujeitos com obesidade de IMC <35 Kg/m<sup>2</sup> (Sullivan, Karlsson, Sjostrom & Backman, 1993). No GPósC, os índices de depressão, estavam de acordo com os valores médios para a população normal, assim, conforme refere o estudo de Dixon e colaboradores (2003), a perda de peso está relacionada com uma significativa e sustentada diminuição dos índices de depressão. Relativamente aos níveis de ansiedade, também eram esperados níveis mais elevados, visto esta ser apontada, por alguns autores como estando associada à obesidade mórbida (e.g Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Rica & Rotella, 1999; Simon, Korff, Sauders & Miglioretti, 2006; cit. in Gorayeb, Luiz, Júnior & Domingos, 2005).

Quanto à ansiedade fóbica os resultados indicam que estamos perante uma população que não é disfuncional, no entanto, e como esta amostra é constituída essencialmente por mulheres, há estudos que sugerem que mulheres candidatas à cirurgia bariátrica manifestam maiores níveis de ansiedade fóbica, do que as mulheres com peso normal (Hafner, Watts e Rogers, 1987).

Uma das explicações para os valores dos sujeitos obesos serem inferiores aos valores de corte, pode ser pelo facto deste grupo ser candidato à cirurgia bariátrica, e estar a viver um momento de utopia e felicidade trazido pelo aproximar desta cirurgia e pela expectativa de que os seus problemas estão quase resolvidos e de que a partir de agora, tudo será diferente (Silva & Maia, 2010).

Em relação ao GPósC, apresenta valores médios das 9 dimensões e índice geral de sintomas, bastante menores que o GPréc. Isto pode ser explicado pelo facto de estes sujeitos já terem sido submetidos à cirurgia, logo, o grau de obesidade também é menor, e conseqüentemente, os índices de psicopatologia diminuem. Khaodhiar (2001), refere que a obesidade pode ser vista como causa da psicopatologia e não como consequência desta última.

Relativamente às subescalas do *EDE-Q* (Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado et al., 2002), o GPréc apresenta valores acima dos pontos de corte, nas subescalas preocupação com a forma e preocupação com o peso. Foram ainda, encontrados resultados estatisticamente significativos em relação ao GPréc e ao GPósC. O GPréc, como já foi referido, apresenta mais episódios de IAC, comparativamente ao GPósC. Assim, fazendo a ponte com os resultados obtidos em relação às subescalas, podemos referir, consoante a literatura, que os sujeitos com IAC, preocupam-se com a forma e peso corporal e em fazer dieta, bem como tentativas de restrição energética (Kuehnel, 1994). Também Westenhoefer (1991), na sua investigação com 50 mil homens e mulheres, que participaram num programa de perda de peso, mostraram que índices elevados de restrição alimentar, estava associado a uma maior ingestão e índice de massa corporal, tal como acontece no

grupo deste estudo, GPréC. Estes resultados são explicados pelas tentativas fracassadas de perder peso, e, provavelmente, indicam dificuldades no controle alimentar e preocupação com a forma corporal (Bernardi, Cichelino & Vitolo, 2005). Deste modo, pode-se concluir, que no caso dos indivíduos obesos a preocupação significativa com o peso e com a forma, bem como o forte desejo de perder peso, podem conduzir a vários níveis de restrição alimentar e mesmo à adoção de algumas medidas perigosas de controlo de peso associadas às PCA severas (Darby, Hay, Mond, Rodgers & Owen, 2007). Stunckard e Wadden (1992), referem que o desenvolvimento num ambiente em que impera a crítica face ao peso e ao aspeto corporal, por parte dos pais e dos pares, pode levar à internalização da mesma e conduzir até, à distorção da imagem corporal. Assim, os aspetos referidos podem levar a que os indivíduos obesos desenvolvam uma excessiva sensibilidade interpessoal e uma intensa preocupação com a imagem que os outros têm de si, potenciando o desejo exacerbado de perder peso, independentemente dos métodos utilizados e, por conseguinte, o desenvolvimento de sintomatologia do comportamento alimentar coexistente com o excesso de peso ou mesmo obesidade, no sentido de corresponder aos ideais de beleza impostos na nossa cultura.

Contrariamente, a uma das hipóteses deste estudo, verificaram-se maiores taxas de tentativas de suicídio em sujeitos do GPósC, relativamente aos sujeitos do GPréC, no entanto, não se evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos. Relativamente ao GPósC, que apresentou mais taxas de tentativas de suicídio, os resultados vão ao encontro do que é referido na literatura. Adams e colaboradores (2007), referem que pacientes sujeitos à cirurgia bariátrica apresentavam taxas de suicídio mais elevadas do que os que não tinham sido submetidos à mesma. Similarmente, Omalu e colaboradores (2005), realizaram um estudo com delineamento coorte na população americana que tinha realizado a cirurgia bariátrica, no período de 1 ano, foram registados 3 suicídios de indivíduos obesos que tinham sido submetidos à cirurgia. O mesmo autor, com outros colaboradores, em 2007, verificaram que após a cirurgia bariátrica, 4% dos sujeitos cometeram suicídio. Os valores apresentados anteriormente, não são indicativos de que haja relação de causa efeito, entre a cirurgia bariátrica e o suicídio. Relativamente ao GPréC, que também apresenta taxas de tentativas de suicídio, o resultado, é sustentado pelo estudo de Sansone e colaboradores (2008), em que mencionam que candidatos à cirurgia bariátrica apresentavam tentativas de suicídio, assim como, na sua investigação, Wijnen e colaboradores (2010), verificaram uma forte associação entre o estado de peso, saúde psicológica, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Também Travado e colaboradores (2004), verificaram que o risco de suicídio, em candidatos à cirurgia era

considerado ténue. O aumento do IMC e de peso está associado a um risco aumentado de tentativas de suicídio (Carpenter et. al, 2004; Dong, et al., 2006). No entanto, outros estudos em amostras da população geral, indicam uma relação inversa entre o IMC e o suicídio (e.g Mukamal et al.,2007); Kaplan, McFarland & Huguet (2007). Assim, poderá concluir-se, que a insatisfação corporal e o estado de peso não são preditores de comportamento suicida, pode sim, haver um marcador de risco ou fator de risco para o suicídio ao longo da vida (Crow et al., 2008).

Em relação aos resultados dentro do GPréc, conclui-se que houve associação significativa nas variáveis ocupação e tempo livre, relativamente ao grupo de sujeitos com parecer favorável e grupo de sujeitos com parecer desfavorável/adiado. Os sujeitos com parecer favorável apresentam taxas de emprego/estudos (70.9%) superiores às taxas de desemprego (29.1%). Estes números coincidem com o estudo de Silva, Ribeiro e Cardoso (2009), em que dos sujeitos que iam ser submetidos à cirurgia bariátrica 58.3% encontravam-se empregados. Também na investigação de Travado e colaboradores (2004), 63.7% estavam empregados e 3.8% eram estudantes.

O presente trabalho de investigação permitiu aumentar o conhecimento da obesidade mórbida, e possibilitou, ainda, uma perceção das características e diferenças dos vários grupos de obesos avaliados. Assim, o interesse em avaliar a frequência de tentativas de suicídio e de comportamentos auto-flagelatórios, bem como caracterizar os indicadores de psicopatologia associados à obesidade, foram contemplados.

De um modo geral, os resultados referentes aos indicadores de psicopatologia não tiveram valores significativos, no entanto, parecem ter provado que os sujeitos obesos, candidatos à cirurgia bariátrica, estão mais próximos de apresentarem índices de sintomatologia psicopatológica em relação àqueles que já foram submetidos à mesma. Isto poderá ser explicado pelo facto de no GPréc existirem sujeitos que obtiveram o parecer desfavorável/adiado, ou seja, não seguiram para cirurgia porque houve alguma contra-indicação psicopatológica.

Como podemos verificar, o GPréc apresenta mais episódios de IAC, do que o GPósC e nesse aspeto foram encontrados valores significativos entre os dois grupos. Quanto aos outros indicadores de psicopatologia avaliados, os candidatos à cirurgia bariátrica parecem evidenciar mais dificuldades emocionais e psicossociais do que os sujeitos que já foram submetidos à cirurgia. Assim, e de acordo com os resultados obtidos no *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999) o GPréc apresenta níveis mais elevados de somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica,

ideação paranóide e psicoticismo, bem como o índice geral de sintomas. No que respeita à avaliação de comportamentos, atitudes ou sentimentos específicos, relativos ao comportamento alimentar, os resultados obtidos nas subescalas do *EDE-Q* (Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado et al., 2002), sugerem que possa haver indicadores de severidade clínica no GPréC, pois na subescala preocupação com a forma e preocupação com o peso, o valor está acima do ponto de corte. Neste sentido seria pertinente ampliar a intervenção pré cirúrgica, com o objetivo de alterar atitudes desadaptativas face à comida, à forma, ao peso e, ainda, alterar comportamentos e pensamentos acerca dos métodos que conduzem ao controlo e manutenção do peso. Seria também pertinente trabalhar aspetos ligados à imagem corporal, pois podem predispor a ocorrência de uma PCA.

Relativamente às tentativas de suicídio, tal como nas investigações citadas anteriormente, confirma-se que são mais prevalentes em sujeitos que já realizaram a cirurgia bariátrica. Assim, a hipótese que tínhamos colocado, no sentido em que as tentativas de suicídio são mais prevalentes em candidatos à cirurgia bariátrica, não é aceite. Uma outra hipótese do nosso estudo que não foi confirmada, é relativa aos comportamentos auto-flagelatórios. Este tipo de psicopatologia não foi encontrado em nenhum indivíduo obeso, quer nos que estavam inseridos no GPréC, quer nos do GPósC. Quanto à hipótese de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e os que já foram submetidos, apresentarem sintomatologia psicopatológica, esta não foi confirmada. Os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e os que já foram submetidos, apresentaram alguns indicadores de severidade clínica, embora não seja considerada como significativa. No entanto, e no encaminhamento daquilo que foi dito anteriormente, será pertinente dispor algumas considerações relativamente a orientações para a intervenção. Seria fundamental repensar na avaliação dos candidatos à cirurgia bariátrica evidenciando-se a importância de um maior acompanhamento, por parte destes sujeitos, ao longo de todo o processo, ou seja, antes e após a intervenção cirúrgica. Grande parte dos investigadores sustenta a posição de cautela na generalização sobre o aspeto psicopatológico na obesidade (Fabricatore & Wadden, 2003; Wajner, 2000). Mas, mais do que isso, importa compreender, quando e como a psicopatologia aparece e que papel desempenha, tendo em atenção cada caso individualmente. É por isso, necessário salientar, que mais importante que compreender as causas e consequências da obesidade, é intervir na prevenção. A prevenção da obesidade assume uma consideração fundamental, dado que esta epidemia de saúde pública tem aumentado largamente nos últimos anos (Silva & Maia, 2007).

Finalmente, é necessário, ainda para a conclusão, mencionar algumas limitações presentes nesta investigação. Em relação à amostra utilizada, esta constitui-se como não representativa da população de adultos obesos candidatos à cirurgia bariátrica e obesos que já foram submetidos a essa cirurgia, portanto, os resultados não podem ser generalizados à população obesa. Uma outra limitação está relacionada com o facto de a amostra ser predominantemente do sexo feminino e desta investigação ter sido realizada apenas, numa área geográfica restrita, num hospital do norte do País, o que leva a que os resultados não possam ser generalizados. Assim, sugere-se que em estudos futuros se realize a mesma investigação em outras regiões do país para comprovar os dados obtidos e que se privilegie a recolha de uma amostra mais equitativa, relativamente às variáveis sócio demográficas, no sentido de se realizar uma análise mais pormenorizada das variáveis em estudo. Como limitação, também é apontado o facto de se ter investigado dois grupos diferentes. Para uma investigação futura, sugere-se a realização de um follow-up do GPréC, com o objetivo de analisar a existência ou não de psicopatologia, depois dos sujeitos serem submetidos à cirurgia bariátrica. Seria também pertinente uma investigação, em que o GPréC fosse constituído por mais sujeitos, para que depois pudéssemos fazer a distinção com uma amostra significativa, entre os sujeitos que têm parecer favorável e os que tem parecer desfavorável/adiado. Além disso, há poucos estudos que referem a distinção entre estes dois pareceres, esta foi uma dificuldade encontrada, ao fazer a discussão deste grupo. Outra limitação desta investigação, prende-se com o facto de os instrumentos utilizados serem de auto-relato, o que pode sugerir que os sujeitos podem não interpretar bem as questões, e por isso, não responderem com precisão, além da desejabilidade social, uma vez que os sujeitos procuram estar de acordo com as respostas mais adequadas na sociedade. O contexto do preenchimento dos questionários, poderá ser apontado como uma outra limitação, uma vez que o espaço físico era a sala de espera da consulta de avaliação para a cirurgia bariátrica. Tendo esta investigação algumas limitações, já referidas anteriormente, procurou-se interpretar, com rigor, os resultados obtidos, de forma a que no futuro este estudo possa dar origem a novas investigações. Como pontos fortes, são apontados o número de participantes, que corresponde a uma amostra razoável, e os instrumentos utilizados estarem validados para a população portuguesa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, T.D., Gress, R.E., Smith, S.C., Halverson, R.C., Simper, S.C. & Rosamond W.D. (2007) Long-term mortality after gastric bypass surgery. *The New England journal of medicine*, 357, 753–61.
- Akdag, R., Danzon, M. (2006). European Charter on counteracting obesity. In: WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Istanbul, 15-17 November Diet and physical activity for health. Copenhagen: *World Health Organization*, 1-5.
- Almeida, G. A., Loureiro, S. R., Santos, J. E. (2001) Obesidade Mórbida em Mulheres: Estilos Alimentares e Qualidade de Vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, (4) 51, 359-365.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6), 1107-1115.
- Alves da Costa, J. K. (1997). *Aspectos Emocionais da Obesidade: Ansiedade e Raiva* - Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2008). Obesidade: da genética ao ambiente. *In Millenium. Viseu*, 12 (34), 311-322.
- American Psychological Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Angoff, W. H. (1971). Scales, norms and equivalent scores. In R. L. Thomdeke (Ed.) *Educational measurement*, pp. 588-600. Washington: American on Education.
- Antunes, A., Moreira, P. (2011). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 279-284.
- Azevedo, M., & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(2), 127-144.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity*, 31, 1155-1164.
- Becker ES, Margraf J, Turke V, Soeder U, & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal Obesity*, 25(suppl 1):S5–S9.
- Behrman, R. I & Kliegman, R. (1994). *Nelson Princípios de Pediatria*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan S.A.

- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M.R. (2005). Restrained eating behavior and obesity. *Revista de Nutrição, Campinas*, 18 (1), 85-93.
- Boulet, J. & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the brief symptom inventory. *Journal for Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 433-437.
- Boutelle, K.N., Hannan, P., Fulkerson, A. & Crow, S. J. (2010). Obesity as Prospective Predictor of Depression in Adolescent Females. *Health Psychology*, 29 (3), 293-298. doi:10.1037/a0018645.
- Braet, C. (2005). Psychological profile to become and to stay obese. *International Journal of Obesity*, 29, 519-523.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Bray, G. (1992). Drug Treatment of Obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 538S-544S.
- Bray, G., Bouchard, C., (2008). *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare USA.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Krug L, Buddeberg C, Muller MK & Schoeb O. (2006). Physical and psychosocial outcome in morbidly obese patients with and without bariatric surgery: a 4 1/2-year follow-up. *Obesity Surgery*, 16 (3), 321-30.
- Campos, A. (1993). Aspectos Psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In Simões, M. R., Gonçalves, M. M. & Almeida, L. S. (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal: Vol.21* (pp.95 – 109). Braga: Apport.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., (2008 a). *Obesidade em Portugal no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., Galvão-Teles, A. (2008 b). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews*, 9, 11–19. doi: 10.1111.
- Carpenter, K., Hasin, D., Allison, D. & Faith, M. (2000). Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90, 251-7.
- Carter, J. C., Stewart, D. A. & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.
- Clerget, S. (2009). *Quilos emocionais*. Lisboa: Sinais de Fogo.

- Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J. & Rief, W. (2007). Development of the weight- and body-related shame and guilt scale (WEB-SG) in nonclinical sample of obese individuals. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 317-327.
- Cooper, Z., Fairbun, C., (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499–511.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M. & Neumark-Sztainer, D., (2008). Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Body Mass Index Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents? A Longitudinal Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 887-892. doi: 10.1037/a0012783.
- Cunha, A., Neto, C., Júnior, A. (2006). Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal*, 5 (3), 146-154.
- Damaso A., (2003). Etiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Medsi.
- Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, R., (2002). Obesidade – Factores Genéticos ou Ambientais. *Pediatria Moderna*, 38 (3).
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B. & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31, 876.882.
- Direção-Geral de Saúde, DGS. Ministério da Saúde de Portugal (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. [Em linha]. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf) [Consultado em 10 /11/2011].
- Dixon, J.B., Dixon, E. M., O'Brien, P.E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight-loss. *Archives of Internal Medicine*, 163 (17) 2058-2065.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. & Devlin, M. J. (2002). Psychiatric aspects of obesity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 63-67.
- Dong, C., Li, W. D., Li, D., Price, R. A. (2006). Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *International Journal of Obesity*, 30, 388–390.
- Escrivão, M., Lopes, F.A. (1995) Prognóstico da Obesidade na infância e na adolescência. Fundação BYK.
- Escrivão, M. A. M. S.; Oliveira, F. L. C.; Taddei, J. A. A. C.; Lopez, F. A.(2000). Obesidade exógena na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76 (3),305-310.

- Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, Novick DM, Frank E. (2003). Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 160: 112–117.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 4, 363-370.
- Fisberg, M. (2005). Atualização em obesidade na infância e adolescência. *São Paulo: Atheneu*, 235.
- Frota, A. (2007). Obesidade: uma doença crônica ainda desconhecida. *Direção Geral de Saúde*.
- Giovanni, D., Bitti, P., Sarchielli, G. & Speltini, G. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles: Pierre Madraga.
- Glinski, J., Wetzler, S. & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11, 581-588.
- Gomes, F. A., Kauer-Sant'Anna, M., Magalhães, P. V., Jacka, F. N., Dodd, S., Gama, C. S., Cunha, A., Berck, M. & Kapczinski, F. (2010). Obesity is associated with previous suicide attempts in bipolar disorder *Acta Neuropsychiatrica*, 22, 63–67. doi: 10.1111/j.1601-5215.2010.00452.x.
- Gorayeb, R., Luiz, A., Júnior, R. & Domingos, N. (2006). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de psicologia*, 10 (1), 35-39.
- Hach, I., Ruhí, U.E., Klose, M., Klotsche, J., Kirch, W. & Jacobi, F. (2006). Obesity and risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Journal of Public Health*, 3 (17), 297-305.
- Hafner, R. J., Watts, J. M., & Rogers, J. (1987). Psychological status of morbidly obese women before gastric restriction surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 5 (31), 607-612.
- Hamburger, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483-499.
- Hill J., Peters J. (1998) Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371–1374.
- Inquérito Nacional de Saúde. (2005, 2006). *Instituto Nacional de Estatística*.
- Jouret, B., Tauber, M. (2001). Quelles sont les enfants à risqué de devenir des adultes obèses?. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 36:2, 117-22.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: Um desafio. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., et al. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164, 328–334.

- Kaplan, H. I. e Kaplan, H. S. (1957). The Psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Kaplan, M.S., McFarland, B.H. & Huguet N. (2007). The relationship of body weight to suicide risk among men and women: results from the US National Health Interview Survey Linked Mortality File. *The Journal of nervous and mental disease*, 195, 948–51.
- Khaodhiar, L., Blackburn, G.L. (2001). Health benefits and risks of weight loss. In: Björntorp, P. (ed) *International textbook of obesity*, John Wiley & Sons, Chichester, 413-40.
- Kuehnel, R.H. & Wadden, T.A. (1994) Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal Eating Disorders*, 15 (4), 321-29.
- Kumar, R., Abbas, A., Fausto, N. & Aster, J. C. (2004). *Robbins and Cotran pathologic basis of disease* (8<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Lang, T., Hauser, R., Sclumpf, R., Klaghofer, R., & Buddeber, C. (2000). Psychische komorbidität und lebensqualität von patienten mit morbider adipositas und wunsch nach gastric banding. *Schweiz Med Wochenshr*, 130, 739-748.
- Leal, C. & Baldin, N. (2007) The emotional impact of bariatric surgery in patients with morbid obesity. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3), 324-327.
- Leão, L. S.C., Araújo, L.M.B, Moraes, L.T.P., Assis, A. M. (2003). Prevalência de Obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metodologia*, São Paulo, 47 (2), 151-157.
- Lenhart, C. M., Daly, B. P. & Eichen, D. M. (2011). Is Accuracy of Weight Perception Associated With Health Risk Behaviors in a Diverse Sample of Obese Adolescents?. *The Journal of School Nursing*, 27(6), 416-423. doi: 10.1177/1059840511423381.
- Lluch, A., Herbeth, B., Mejean, L. & Siest, G. (2000). Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *International Journal Obesity Related Metabolic Disorders*, 24(11), 1493-9.
- Machado, B. C., Machado, P. P., Klein, J. & Gonçalves, S. (2006, Junho). The eating disorder examination questionnaire: Reliability and norms for portuguese adolescent girls. Poster apresentado no *6th Internacional Conference on Eating Disorders (ICED) "Eating disorders throughout the world: Exploring similarities and differences"*. Barcelona.
- Matos, M. I., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S., Bacaltchuck, J. & Zamella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.

- Matsudo, V., Mahecha, S. (2006) Atividade Física no Tratamento da Obesidade. *Jornal de São Paulo*, 4 (1), 29-43.
- McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 634–651.
- Mond, J. M., Hay, P.J., Rodgers, B. & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 53-62. doi: 10.1016.
- Mukamal K.J., Kawachi I., Miller M. & Rimm E.B. (2007) Body mass index and risk of suicide among men. *Archives of Internal Medicine*, 167, 468–75.
- Munsch, S., Beglinger, C., (2005). Obesity and Binge Eating Disorder. Switzerland: Karger.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.) (C. Patrocínio & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi (trabalho original publicado em 2000).
- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating* (2ª ed.) USA: Wiley-Blackwell.
- Oliveira, V., Linardi, R. & Azevedo, A. (2002). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), 199-201.
- Oliveira, L. & Rodrigues, M. (2006). As Principais mudanças ocorridas na vida de sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica: Relatos de pacientes e profissionais envolvidos. *Salvador: Unifacs*.
- Omalu, B., Cho, P., Shakir, A., Agumadu, U., Rozin, L., Kullien, L. & Wecht, C. (2005) Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surgery for obesity and related diseases* 1, 447- 449.
- Omalu, B. Ives, D., Buhari, A. Lindener, J., Schauner, P. & Wetch, C. (2007) Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1994 to 2004. *Archives of Surgery*, 142, 923-8.
- Organização Mundial de Saúde (2006) [Em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.htm> [Consultado em 26 /11/2011].
- Paiva, L. M. & Silva, A. M .A. P. N. (1994). *Medicina Psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P. & Barber, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 2, 195-201.
- Ramos, M., Bruscato, G. & Branco, A. (2006). Compulsão Alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Psicol. Argum*, 24 (45), 59-65.

- Repetto, G., Rizzoli, J., & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, there and everywhere. *Arquivos Bras. Endocrinologia e Metabologia*, 47 (6).
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbridge, W. J. & Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda Country study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.
- Robertson, A., Tirado, C., Lobstein, T., Jermini, M., Knai, C., Jensen, J., Ferro-Luzi A., & James W., (2004) Food and health in Europe: a new basis for action Dinamarca: WHO Regional off for Europe.
- Rodríguez, J.S., Gómez, E.C., Martínez, G. F., & Pérez, J. H. (2003). *Obesidade: Saúde para todos*. Everes Editora.
- Sansone, R., Wiederman, M., Schumacher, D. & Routsong-Weichers, L. (2008). The prevalence of self-harm behaviors among a sample of gastric surgery candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 441–444.
- Santos, N. (2008). *Perda ponderal e proporção de carências nutricionais após dois anos de procedimento cirúrgico em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação de Bacharel em Nutrição, Faculdade Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Saunders, R., Johnson, L. & Teschner, J. (1998). Prevalence of eating disorders among bariatric surgery patients. *Eating Disorders*, 6 (4), 309-317.
- Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magge, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., Rosato, E. F., Williams, N. N. & Wadden, T. A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Psychiatric Diagnosis*, 14, 1148-1156.
- Segal, A. (1999). *Obesidade e comorbilidade psiquiátrica: Caracterização e eficácia terapêutica de atendimento multidisciplinar na evolução de 34 pacientes*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Segal, A. & Fandiño J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 68-72.
- Segal, A. (2003). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Abeso*, 4 (12).
- Silva, S., Maia, A. (2007) Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32 (3), 69-72.
- Silva, I., Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2009). Cirurgia da obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2), 196-210.

- Simon, G. E., Korff, M.V., Saunders, K., Miglioretti, D. L. (2006). Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. *Archives General Psychiatry*, 63, 824-830.
- Stotland, S. S. & Zuroff, D. C. (1990). A new measure of weight locus of control: The dieting beliefs scale. *Journal of Personality Assessment*, 54, 191-203.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 245-325.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, L., Backman, L., (1993). Swedish Obese Subjects (SOS): An Intervention Study of Obesity. Baseline Evaluation of Health and Psychosocial Functioning in the First 1743 Subjects Examined. *International Journal Obesity*, 17, 503-12.
- Telch, C. F. & Agras, W. S. (1993). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (55), 53-61.
- Thomas, A., Wadden, D., Albert, J. & Stunkard, M. D. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103 (6), 1062-1067.
- Vasquez, I. A., Rodríguez, F. & Álvarez, P. (2003). *Manual de psicología de la salud* (2ª ed.). Madrid: Pirâmide.
- Wadden, T., Stunkard A. (2006) *Handbook of obesity treatment*. London: The Guildford Press.
- Westenhofer J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16(1):45-55.
- Wijnen, L.G. C., Boluijt, P.R., Hoeven-Mulder, H. B., Bemelmans, W. J. E. & Wanda Wendel-Vos, G. C. (2010). Weight Status, Psychological Health, Suicidal Thoughts, and Suicide Attempts in Dutch Adolescents: Results From the 2003 E-MOVO Project. *Journal Obesity*, 18 (5), 1059-1061. doi:10.1038/oby.2009.334.
- Zwam, M. (2001). Binge eating and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (1), 551-555.

## **ANEXOS**

## QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Data:

### A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

#### 1. Dados Pessoais:

Sexo: \_\_\_ masculino \_\_\_ feminino

Idade: \_\_\_ Data de nascimento: dia \_\_ mês \_\_ ano \_\_\_\_

#### 2. Estado Civil:

1. \_\_\_ Solteiro/a

2. \_\_\_ Casado/a

3. \_\_\_ Vive junto

4. \_\_\_ Separado/a

5. \_\_\_ Divorciado/a

6. \_\_\_ Viúvo/a

#### 3. Filhos

1. \_\_\_ Sem filhos

2. \_\_\_ Com filhos

#### 4. Nível Escolaridade

1. \_\_\_ Sem estudos

2. \_\_\_ Completou ensino primário/1º ciclo do ensino básico

3. \_\_\_ Completou o ensino preparatório / 2º ciclo do ensino básico

4. \_\_\_ Completou 9º ano/3º ciclo do ensino básico

5. \_\_\_ Completou o 12º ano/ensino secundário/liceu

6. \_\_\_ Frequentou o ensino superior

7. \_\_\_ Completou o ensino superior

8. \_\_\_ Pós-graduação

9. \_\_\_ Outra (especifique)

## 5. Situação de Emprego

1. \_\_\_ Empregado/a
2. \_\_\_ Desempregado/a
3. \_\_\_ Estudante
4. \_\_\_ Profissão (actual ou passada): \_\_\_\_\_

## B. CONTEXTO SOCIAL/FAMILIAR

### 1. Com quem vive? (pode marcar mais de uma resposta)

1. \_\_\_ Sozinho/a
2. \_\_\_ Com cônjuge ou parceiro
3. \_\_\_ Com filho/a ou filhos
4. \_\_\_ Com um ou ambos os pais
5. \_\_\_ Com um ou mais do que um irmão
6. \_\_\_ Com os sogros
7. \_\_\_ Com os parentes
8. \_\_\_ Com amigos

### 2. Tem amigos/contactos sociais fora da família?

1. \_\_\_ Nenhum
2. \_\_\_ Alguns, superficiais
3. \_\_\_ Muitos superficiais
4. \_\_\_ Quer próximos, quer superficiais

### 3. Como passa a maior tempo do seu tempo livre?

1. \_\_\_ Com a família
2. \_\_\_ Sozinho/a
3. \_\_\_ Com amigos

1. Peso actual \_\_\_\_ kg
2. Altura actual \_\_\_\_ cm

#### D. COMPORTAMENTOS AUTO-FLAGELATÓRIOS

1. Já alguma vez teve comportamentos que causaram deliberadamente danos no corpo (exemplo: cortar-se, queimar-se)

1. \_\_\_\_ Sim
2. \_\_\_\_ Não

2. Há quanto tempo teve esses comportamentos

1. \_\_\_\_ meses
2. \_\_\_\_ ano/s

#### E. TENTATIVAS DE SUÍCIDIO

1. Já alguma vez teve alguma tentativa de suicídio

1. \_\_\_\_ Sim
2. \_\_\_\_ Não

2. Há quanto tempo teve essa tentativa

1. \_\_\_\_ meses
2. \_\_\_\_ ano/s

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

No sentido de percebermos se havia alguma associação no grupo pré cirurgia entre os sujeitos com parecer favorável e os sujeitos com parecer desfavorável/adiado em relação ao: peso; IMC; episódios IAE/IAC; episódios IAC nº com falta de controlo; episódios IAC nº de dias com falta de controlo; métodos compensatórios como vômito, laxantes e exercício excessivo; preocupação com a forma; preocupação com a comida; preocupação com o peso; score total; restrição e as 9 dimensões e IGS do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999), realizou-se o Teste de Mann-Witney

Quadro 10: Resultados relativos à associação do peso; IMC; episódios IAE/IAC; episódios IAC nº com falta de controlo; episódios IAC nº de dias com falta de controlo; métodos compensatórios como vômito, laxantes e exercício excessivo; preocupação com a forma; preocupação com a comida; preocupação com o peso; score total; restrição e as 9 dimensões e IGS do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999)

	<b>Sujeitos com parecer favorável</b> (n=55) Ordem Média	<b>Sujeitos com parecer adiado/desfavorável</b> (n=13) Ordem Média	<i>U</i>
<b>Peso</b>	36.06	27.88	271.5
<b>IMC</b>	35.02	32.31	329
	<b>Sujeitos com parecer favorável</b> (n=53) Ordem Média	<b>Sujeitos com parecer adiado/desfavorável</b> (n=13) Ordem Média	<i>U</i>
<b>Episódios IAE/IAC</b>	33.76	32.42	330.5
<b>Episódios IAC nº com falta de controlo</b>	32.65	36.96	299.5
<b>Episódios nº dias com falta de controlo</b>	32.41	37.96	286.5
<b>Métodos compensatórios - vômito</b>	33.5	33.5	344.5
<b>Métodos compensatórios-laxantes</b>	33.5	33.5	344.5
<b>Métodos compensatórios-exercício excessivo</b>	34.36	30	299
	<b>Sujeitos com parecer favorável</b>	<b>Sujeitos com parecer adiado/desfavorável</b>	

	(n=55) Ordem Média	(n=13) Ordem Média	<i>U</i>
<b>Preocupação com a forma</b>	30.52	42.05	186.5
<b>Preocupação com a comida</b>	33.52	33.42	343.5
<b>Preocupação com o Peso</b>	32.78	31.14	276.5
<b>Score Total</b>	28.27	32.89	181
<b>Restrição</b>	32.78	39.08	285
<b>Somatização</b>	32.92	41.19	270.5
<b>Obsessões</b>	33.68	37.96	312.5
<b>Compulsões</b>			
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	33.51	38.69	303
<b>Depressão</b>	34.34	35.19	348.5
<b>Ansiedade</b>	33.71	37.85	314
<b>Hostilidade</b>	34.62	34	351
<b>Ansiedade Fóbica</b>	33.26	39.73	289.5
<b>Ideação Paranóide</b>	33.82	37.38	320
<b>Psicoticismo</b>	34.25	35.58	343.5
<b>IGS</b>	33.97	36.73	328.5

Conforme podemos observar no quadro 10 não há diferenças significativas entre os sujeitos com parecer favorável e os sujeitos com parecer desfavorável/adiado, relativamente ao peso, IMC, episódios IAE/IAC; episódios IAC nº com falta de controlo; episódios IAC nº de dias com falta de controlo; métodos compensatórios como vómito, laxantes e exercício excessivo; preocupação com a forma; preocupação com a comida; preocupação com o peso; score total; restrição e as 9 dimensões e IGS do *BSI* (Derogátis, 1993; adaptação Portuguesa por Canavarro, 1999).