



**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PORTUGUESA**

# **Percepção de Suporte Social e Estado Emocional em Obesos – Estudo numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Mónica Marisa Ribeiro Bento



**Faculdade de Filosofia**

**Braga, Julho de 2011**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PORTUGUESA**

**Percepção de Suporte Social e Estado Emocional em  
Obesos – Estudo numa Unidade de Cuidados de Saúde  
Primários**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Dissertação de Mestrado**

Por

Mónica Marisa Ribeiro Bento

Sob Orientação

Dra. Ana Trovisqueira

Dra. Eleonora Costa



**Faculdade de Filosofia**

**Braga, Julho de 2011**

## **Resumo**

O presente estudo descritivo transversal teve como objectivo caracterizar uma amostra de indivíduos obesos dos cuidados de saúde primários em relação ao estado emocional e à percepção de suporte social. Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 52 indivíduos obesos, inscritos na consulta de nutrição do centro de saúde da Amorosa. Os instrumentos utilizados foram a versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. Os resultados evidenciam que os indivíduos obesos apresentam níveis elevados de ansiedade e depressão, que se correlacionam de forma significativa e negativa com a sua percepção de suporte social. Assim, os resultados deste estudo salientam a importância de considerarmos, no tratamento da obesidade, simultaneamente os níveis de ansiedade e de depressão e ter sempre em conta o papel que o suporte social desempenha, enquanto mediador destas variáveis. Concluiu-se que os dados encontrados sublinham a necessidade de avaliar o estado emocional e a percepção de suporte social no obeso, de modo a ajustar a intervenção clínica o mais possível às especificidades de cada paciente, aumentando assim, a eficácia da mesma.

**Palavras-chave:** Obesidade; Ansiedade; Depressão; Suporte Social.

## **Abstract**

The present descriptive transversal study has the purpose of characterize a sample of individuals with obesity of the first health care relating it to the study of the emotional estate and social support perception of the same individuals. This study included a convenience sample of 52 individuals diagnosed with obesity for an nutrition appointment at the health centre of Amorosa. Participants completed a demographic questionnaire named HADS and ESSS. Results suggest that individuals with an obesity diagnose have high symptoms of depression and anxiety which relate weightily and negatively with their poor conception of social support. Therefore the results of the present study emphasize the importance when treating obesity of considering at the same time the anxiety and depression levels and always have in account the role that the social support has in measuring this variables. It was concluded that the information found underlines the necessity of evaluating the emotional state and the perception of social support in the individual with obesity, in order to adjust the clinic procedure to the specificities of each patient, increasing this way its effectiveness.

**Key-words:** Obesity; Anxiety; Depression; Social Support.

## **Agradecimentos**

Durante a elaboração desta Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde contei com a colaboração de algumas pessoas sem as quais não teria sido possível a sua concretização.

Agradeço, em primeiro lugar, à orientadora desta investigação, Professora Doutora Ana Trovisqueira por ter possibilitado a minha integração neste estudo, e acima de tudo, pela sua simpatia, paciência, disponibilidade, orientação e apoio desde o primeiro momento.

Aos meus pais, irmão e avós, aos quais tenho tanto a agradecer, por me permitirem chegar até aqui, que não encontro palavras para expressar a minha gratidão.

A uma pessoa em particular, por acreditar em mim.

Resumo

*Abstract*

## Índice

Introdução .....11

### Parte I: Enquadramento Teórico

#### Capítulo I: Obesidade no Adulto

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Caracterização da Obesidade.....                               | 14 |
| 1.2. Epidemiologia e Panorama Futuro da Obesidade em Portugal ..... | 15 |
| 1.3. Etiologia da Obesidade.....                                    | 17 |
| 1.3.1. Factores Genéticos e Familiares .....                        | 18 |
| 1.3.2. Factores Ambientais .....                                    | 19 |
| 1.3.3. Factores Psicológicos.....                                   | 20 |
| 1.4. Modelos Teóricos explicativos da obesidade .....               | 21 |
| 1.5. Consequências da Obesidade .....                               | 22 |
| 1.5.1. Consequências Físicas da Obesidade.....                      | 22 |
| 1.5.2. Consequências Psicossociais da Obesidade.....                | 24 |
| 1.6. Prevenção e Tratamento da Obesidade.....                       | 24 |

#### Capítulo II: Estado Emocional e Suporte Social no Indivíduo Obeso

|   |    |
|---|----|
| 2.1. Estado Emocional e Obesidade .....         | 27 |
| 2.1.1. Ansiedade no Indivíduo Obeso.....        | 28 |
| 2.1.2. Obesidade e Depressão no Indivíduo ..... | 29 |
| 2.2. Suporte Social e Obesidade .....           | 32 |

### Parte II: Investigação Empírica

|   |    |
|---|----|
| 3.1. Objectivos e desenho do Estudo.....                                    | 38 |
| 3.2. Variáveis estudadas .....  | 39 |
| 3.3. Amostra e Procedimento de Recolha de Dados.....                        | 39 |
| 3.4. Material e Instrumentos de Avaliação .....                             | 45 |
| 3.4.1. Ficha de dados sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida...45 |    |

|   |    |
|---|----|
| 3.4.2. HADS.....  | 45 |
| 3.4.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social.....                             | 49 |
| 3.5. Procedimento de análise dos dados .....                                      | 53 |
| 4. Apresentação dos resultados do estudo .....                                    | 55 |
| 4.1. Estado Emocional .....   | 55 |
| 4.2. Suporte Social .....   | 56 |
| 4.3. Hábitos de saúde e estilo de vida.....                                       | 57 |
| 4.4. Associação entre estado emocional e suporte social .....                     | 59 |
| 4.5. Variação dos resultados em função das variáveis sócio-demográficas estudadas | 60 |
| 4.5.1. Diferenças de género.....  | 60 |
| 4.5.2. Variação com a idade.....  | 64 |
| 4.5.3. Variação dos resultados de acordo com a zona de residência .....           | 65 |
| 4.5.4. Diferenças em função da escolaridade.....                                  | 67 |
| 4.5.5. Variação de acordo com o estatuto profissional .....                       | 69 |
| 4.5.6. Diferenças em função do estado civil .....                                 | 71 |
| 4.5.7. Variação dos resultados de acordo com o IMC .....                          | 72 |
| 5. Discussão dos resultados .....   | 75 |
| 5.1. Hábitos de Saúde .....   | 75 |
| 5.2. Estado Emocional .....   | 76 |
| 5.3. Suporte Social .....   | 79 |
| 5.4. Associação entre o suporte social e o estado emocional nos indivíduos obesos | 80 |
| 6. Limitações do Estudo .....   | 80 |
| 7. Conclusão e implicações futuras .....  | 81 |
| Referências Bibliográficas.....   | 84 |
| Anexos.....   | 95 |

## Índice de Quadros

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Caracterização Socio-Demográfica da amostra (N= 52) .....   | 40 |
| Quadro 2: Caracterização Clínica da amostra em estudo (N= 52) .....   | 42 |
| Quadro 3: Caracterização Sócio-Demográfica da amostra por género (N= 52) .....                                | 43 |
| Quadro 4: Caracterização Clínica da amostra por género (N= 52) .....  | 44 |
| Quadro 5: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Ansiedade (N=52) .....                  | 47 |
| Quadro 6: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Depressão (N=52) .....                  | 48 |
| Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna do HADS total (N= 52) .....                           | 48 |
| Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Satisfação com os Amigos (N= 52) .....  | 50 |
| Quadro 9: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Intimidade (N=52) .....                 | 51 |
| Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Satisfação com a Família (N= 52) ..... | 51 |
| Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Actividades Sociais (N= 52) .....      | 52 |
| Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna do ESSS total (N= 52) .....                          | 52 |
| Quadro 13: Resultados descritivos (M e DP) das sub-escalas do HADS na amostra em estudo (N= 52) .....         | 55 |
| Quadro 14: Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo (N= 52) .....                                 | 55 |
| Quadro 15: Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo por género (N= 52) .....                      | 56 |
| Quadro 16: Resultados descritivos da Percepção do Suporte Social na amostra em estudo (N= 52) .....           | 56 |
| Quadro 17: Resultados descritivos dos níveis de Suporte Social da amostra em estudo (N= 52) .....             | 57 |
| Quadro 18: Resultados descritivos dos níveis de Suporte Social da amostra em estudo por género (N= 52) .....  | 57 |
| Quadro 19: Resultados descritivos dos hábitos de Saúde da amostra em estudo (N= 52) .....                     | 58 |

|   |    |
|---|----|
| Quadro 20: Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as sub-escalas do HADS e do ESSS (N= 52) .....   | 60 |
| Quadro 21: Caracterização dos Hábitos de Saúde: diferenças de género (N= 52) .....  | 61 |
| Quadro 22: Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> nas sub-escalas do HADS por género (N= 52) .....  | 62 |
| Quadro 23: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, nas sub-escalas Actividades Sociais e ESSS total do suporte social, por género (N= 52) .....                        | 63 |
| Quadro 24: Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> , nas escalas Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os Amigos, por género (N= 52) .....                           | 63 |
| Quadro 25: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , nas sub-escalas Ansiedade e depressão do HADS, de acordo com a idade (N=52) .....  | 64 |
| Quadro 26: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, na percepção de suporte social, de acordo com a idade (categorizada) (N= 52) .....                                  | 65 |
| Quadro 27: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> na percepção de suporte social de acordo com a idade (N=52) .....  | 65 |
| Quadro 28: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , nas sub-escalas Ansiedade e Depressão do HADS, de acordo com o local de residência (N= 52) .....                                   | 66 |
| Quadro 29: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, para sub-escala Actividades Sociais e do ESSS total, de acordo com o local de residência (N= 52) .....              | 66 |
| Quadro 30: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , nas sub-escalas Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os Amigos, de acordo com o local de residência (N= 52) ..... | 67 |
| Quadro 31: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , para as sub-escalas Ansiedade e Depressão do HADS, de acordo com a escolaridade (N= 52) .....                                      | 68 |
| Quadro 32: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , das sub-escalas de percepção com o suporte social, de acordo com a escolaridade (N= 52) .....                                      | 68 |
| Quadro 33: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, para a sub-escala actividades sociais, por escolaridade categorizada (n= 52) .....                                  | 69 |
| Quadro 34: Resultados do teste <i>Mann – Whitney</i> , das sub-escalas Ansiedade e depressão do HADS, de acordo com o estatuto profissional (N= 52) .....                               | 69 |
| Quadro 35: Resultados do teste <i>Mann – Whitney</i> , para as sub-escalas de percepção do suporte social, de acordo com o estatuto profissional (N= 52) .....                          | 70 |
| Quadro 36: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, para a sub-escala actividades sociais e do ESSS total, (estatuto profissional) (N= 52) .....                        | 71 |

|   |    |
|---|----|
| Quadro 37: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, da sub-escala depressão do HADS, (estado civil) (N= 52) .....   | 71 |
| Quadro 38: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , para a sub-escala ansiedade do HADS, por estado civil (N= 52) .....  | 72 |
| Quadro 39: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , da percepção do suporte social, de acordo com o estado civil (N= 52) .....   | 72 |
| Quadro 40: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> , para a sub-escala ansiedade e a sub-escala depressão do HADS, de acordo com o IMC (N= 52) .....                                    | 73 |
| Quadro 41: Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> nas sub-escalas Satisfação com os Amigos, Intimidade e Satisfação com a Família do suporte social, de acordo com o IMC (N= 52) ..... | 73 |
| Quadro 42: Resultados do <i>t-test</i> para amostras independentes, da sub-escala Actividades Sociais e ESSS total, de acordo com o IMC (N= 52) .....                                   | 74 |
| Quadro 43: Coeficientes de Correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre o IMC e as sub-escalas ansiedade e depressão do HADS (N= 52) .....   | 74 |

## **Índice de Anexos**

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1: Questionário sócio - demográfico, clínico e de hábitos de saúde..... | 96 |
| Anexo 2: HADS .....   | 98 |
| Anexo 3: ESSS .....   | 99 |

## **Introdução**

Espera-se que este estudo constitua uma primeira fase de recolha de informação clínica pertinente para um futuro plano de intervenção na população obesa de uma unidade de cuidados de saúde primários. Neste contexto, a presente investigação, organiza-se em duas partes: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico que apresenta uma revisão da literatura acerca da obesidade no adulto, caracterizando o estado emocional do indivíduo obeso e a sua percepção do suporte social; e a componente prática relativa ao estudo empírico. A primeira parte encontra-se organizada em dois capítulos.

A obesidade é considerada uma doença complexa e multifactorial, desenvolvendo-se através da interacção entre factores genéticos, ambientais e psicológicos (Barlow, 2007; Hudson, 2007; James, 2008; Viana, 2002). Esta temática tem assumido uma importância cada vez mais relevante, uma vez que a prevalência desta enfermidade tem aumentado em todo o mundo (Carmo et al, 2008; International Obesity Task Force, 2009; Low et al, 2009; Padez, 2006).

Em diferentes estudos, a depressão e a ansiedade surgem associadas à obesidade, evidenciando os obesos danos significativos no seu estado emocional. Assim, os indivíduos obesos são mais ansiosos e deprimem mais facilmente do que os indivíduos sem obesidade (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009). A ansiedade e a depressão são factores que podem estar na origem da obesidade, mas também podem surgir como consequência desta patologia (Barry et al, 2008; Markowitz et al, 2008; Simon et al, 2006). De facto, quando o indivíduo obeso percebe rejeição social pode sentir-se ansioso e desenvolver sintomatologia depressiva; por sua vez, quando o indivíduo é ansioso e deprime, tem tendência a tranquilizar o seu sofrimento emocional através da ingestão excessiva de alimentos desenvolvendo assim a obesidade. O suporte social é hoje-em-dia, um dos principais conceitos em Psicologia da Saúde (Dunbar et al, 1998, cit in Ribeiro, 1999). Este consiste num conjunto de factores protectores e apropriados, que o ambiente é capaz de fornecer aos indivíduos, fornecendo-lhes formas destes lidarem com acontecimentos de stress. Como referem Rodin e colaboradores (1989), o suporte social tende a aliviar o distress em situações de crise, a inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo adoece, tem um papel fundamental na recuperação da doença. Assim, o suporte social é apontado como um mediador do estado emocional dos indivíduos com qualquer tipo de enfermidade (obesidade, perturbação mental) surgindo cada vez mais em estudos no domínio da saúde.

Atendendo ao exposto, o presente estudo tem como finalidade caracterizar uma amostra de indivíduos obesos, utentes dos cuidados de saúde primários, em relação ao estado emocional e percepção do suporte social. A primeira parte deste estudo encontra-se organizada em dois capítulos. O capítulo I, intitulado de “O indivíduo obeso” aborda a definição de obesidade e a sua caracterização. Passaremos também a identificar e a caracterizar as causas subjacentes à obesidade, abordando assim, os factores genéticos, os factores ambientais e, por fim, os factores psicológicos e as teorias subjacentes a esta temática, nomeadamente a teoria da externalidade, a teoria da restrição alimentar e a teoria psicossomática. Ainda no mesmo capítulo, enunciaremos as consequências desta problemática para a saúde do indivíduo, a nível físico e a nível psicológico. O capítulo II, intitulado de “O estado emocional e percepção de suporte social no indivíduo obeso” aborda a ansiedade, a depressão e o suporte social, uma vez que em muitos estudos a depressão e a ansiedade surgem como variáveis relacionadas com a obesidade e o suporte social como mediador do estado emocional do indivíduo. Iremos, através de uma revisão da literatura, compreender a relação entre obesidade, ansiedade e depressão, uma vez que ambas têm uma relação causal com esta enfermidade (Barry et al, 2008; Mather et al, 2009; Scott et al, 2008; Simon et al, 2006) e perceber o papel do suporte social neste âmbito. A componente prática refere-se ao estudo empírico e descreve a investigação realizada, nomeadamente a metodologia seguida, os resultados encontrados e as conclusões relativamente aos resultados obtidos e sugestões para a teoria e prática clínica.

## **Parte I: Enquadramento Teórico**

---

## **CAPÍTULO I – Obesidade no adulto**

A obesidade resume-se a um excesso de gordura na composição corporal, que se traduz numa relação desequilibrada entre a estrutura e o peso do indivíduo (Barlow, 2007; Viana, 2002). Esta doença é considerada actualmente um grave problema de saúde dado o seu rápido crescimento nas últimas décadas, sendo classificada como uma consequência da vida moderna (Blair, 2006; Organização Mundial de Saúde, 2009). Assim, a obesidade afecta cada vez mais um maior número de indivíduos, sendo necessário haver um diagnóstico o mais precocemente possível para se controlar eficazmente esta enfermidade.

Este primeiro capítulo inicia com uma abordagem ao fenómeno da obesidade, caracterizando a doença, as suas causas e consequências. Aborda os procedimentos de diagnóstico desta problemática, a sua prevalência e o panorama futuro.

### **1.1. Caracterização da Obesidade**

O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela World Health Organization na International Classification of Diseases (ICD) (James, 2008). Actualmente, esta doença é considerada um problema de saúde, uma vez que afecta uma grande parte da população, nomeadamente crianças, adolescentes e adultos, independentemente da classe social a que pertencem (Carmo, Santos, Camolas, Vieira & Carreira, 2008; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

São diversas as definições de obesidade disponíveis na literatura, no entanto parece haver concordância entre os autores em considerar esta patologia um excesso de gordura acumulada no organismo, acarretando assim, diversos prejuízos para a saúde do indivíduo. Assim, a OMS (2009) define a obesidade como uma doença, na qual o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. Koloktin, Meter e Williams (2001) definem a obesidade como uma enfermidade crónica, a qual é acompanhada por múltiplas complicações, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura. Por fim, Kloiber, Ising, Reppermund, Horstmann, Dose e Majer (2007) referem-se à obesidade como sendo um acúmulo excessivo de energia, armazenada sob a forma de gordura no organismo, que compromete a saúde do indivíduo.

Ao nível do tipo de obesidade, vários autores apontam que a maioria dos indivíduos desenvolve a obesidade do tipo exógena, resultante do excesso de calorias consumidas em relação ao dispêndio energético diário (Fernandes & Vargas, 2007; Ferreira et al, 2006; Kolotkin et al, 2001; Lawlor & Chaturvedi, 2006).

Na avaliação da obesidade, é medido o valor da massa gorda corporal, que deve representar sensivelmente 10 a 25% do peso do homem e 20 a 35% na mulher. Na prática clínica utiliza-se frequentemente o Índice de Massa Corporal (IMC) – o peso em kilogramas dividido pela altura elevado ao quadrado ( $\text{Kg/m}^2$ ) – para identificar o excesso de peso e a obesidade em adultos. O IMC é utilizado, porque se encontra intimamente correlacionado com a gordura corporal e com as consequências de saúde relacionadas com a obesidade (OMS, 2009; Wang, 2004). Um elevado IMC prevê uma futura adiposidade, assim como morbidade futura (Must & Strauss, 1999). Assim, (National Heart, Lung, and Blood Institute e North American Association for the Study of Obesity, s. d.; OMS, 2009.) o excesso de peso é definido por um IMC igual ou superior a 25, e a obesidade com um IMC igual ou superior a 30 (OMS, 2009). Contudo, é importante relembrar que embora o IMC esteja correlacionado com a gordura corporal, este não mede directamente a gordura corporal, e, como resultado, algumas pessoas musculadas (tais como os atletas) podem ter um IMC que as identifica com excesso de peso, apesar de não terem excesso de gordura corporal (Centers of Disease Control and Prevention, 2009; NTFPTO, 2000).

A gravidade da obesidade advém da sua frequente associação a múltiplas doenças. A Organização Mundial de Saúde (2009) classifica a obesidade em função do IMC e do risco de co-morbilidade como: Obesidade Classe I ou Moderada quando o IMC se situa entre os 30 e os 34,9; Obesidade Classe II ou Grave, quando o IMC se situa entre os 35 e os 39,9; e Obesidade Classe III ou Extrema, quando o IMC se situa acima de  $40\text{kg/m}^2$ . Um peso normal é considerado quando o IMC se situa entre 18,5 e 24,9.

## **1.2.Epidemiologia e Panorama Futuro da obesidade em Portugal**

As mudanças económicas, sociais e demográficas que ocorreram nas últimas décadas decorrentes da modernização e crescente urbanização, traduziram-se num período de transição nutricional (Vasconcellos, Gonlart, Gentil & Oliveira, 2007). Verificou-se uma diminuição da incidência da desnutrição e um aumento da prevalência

da obesidade (Pickering, Grant & Chou, 2007; Ravaldi, Barboni, Lai, Rotella, Vannacci & Ricca, 2005; Vasconcellos et al, 2007).

Os últimos dados da Organização Mundial de Saúde (2009) indicam, que globalmente em 2005, aproximadamente 1,6 bilhões de adultos, com idade superior a 15 anos, evidenciavam excesso de peso e pelo menos 400 milhões estavam com obesidade. Este aumento da prevalência da obesidade, verificou-se tanto nos países desenvolvidos, como nos países que ainda se encontram em desenvolvimento, independentemente do sexo, da idade, da raça e da classe social (Fernandes et al, 2007; Pickering et al, 2007; Ravaldi et al, 2005). Estamos assim, perante um problema de saúde pública que afecta toda a população.

A Organização Mundial de Saúde (2009) prevê que em 2015 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com excesso de peso e mais de 700 milhões com obesidade. A International Obesity Task Force (2009) estima que em 2025 a prevalência da obesidade possa chegar a 43% a 50% nos Estados Unidos, 30 a 40% na Austrália e Inglaterra e mais de 20% no Brasil.

Em Portugal, também se tem efectuado alguns estudos em relação à prevalência da obesidade. O primeiro estudo representativo desenvolvido para avaliar a prevalência de obesidade em adultos, contendo medições objectivas da altura e do peso, foi desenvolvido entre 1995 e 1998 (Carmo et al, 2008). Um estudo levado a cabo em 2000 por Nobre e colaboradores (2004) verificou que aproximadamente 35% da população portuguesa entre os 18 e os 65 anos tinha excesso de peso e 14,4% eram obesos. Entre o mês de Janeiro de 2003 e o Janeiro de 2005, Carmo e colaboradores (2008), recolheram os dados de IMC de 8116 indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 64 anos, constituindo o mais recente estudo nacional sobre a obesidade. Quando comparamos os resultados destes dois estudos, verificamos que a prevalência do excesso de peso e da obesidade aumentou 49,6% (1995 - 1998) para 53,6% (2003 - 2005). Neste último estudo, Carmo e colaboradores (2008), verificaram que 2,4% da amostra tinha baixo peso, 39,4% estava com pré-obesidade e 14,2% estava com obesidade, evidenciando que mais de metade da população portuguesa (53,6%) está com pré-obesidade ou obesidade.

Em relação à obesidade infantil, Portugal é considerado um dos países da Europa com taxas mais elevadas de obesidade na criança e no adolescente. Um estudo desenvolvido por Padez e colaboradores (2004), confirma que Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de obesidade infantil: 31,5% das crianças portuguesas

entre os sete e os onze anos são consideradas obesas. Os resultados deste estudo vão de encontro aos resultados de um outro estudo levado a cabo por Moreira (2005), o qual confirmou que Portugal apresenta dos valores mais altos da Europa em obesidade infantil. De facto, nas crianças e nos adolescentes, a prevalência de obesidade é actualmente maior do que a registada há cerca de vinte anos atrás, visto que, em cerca de 4500 crianças do continente português, 33,7% das raparigas e 29,5% dos rapazes têm excesso de peso ou obesidade.

Atendendo aos dados apresentados, o panorama futuro de obesidade não parece animador. De facto, a nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (2009), estima que nos próximos dez anos, a obesidade será a principal causa de morte evitável em todo o mundo e, se não houver prevenção e controle adequado deste problema, este tende a agravar-se. Em Portugal, como vimos, tem-se assistido a um aumento da prevalência de crianças e jovens obesos, e, tal como apontam Nobre e colaboradores (2004) este problema de saúde pública tem tendência a aumentar no nosso país, caso as crianças não alterem os seus comportamentos e hábitos alimentares. Se tal não se verificar, no futuro teremos ainda um maior número de adultos obesos, uma vez que as crianças obesas de hoje serão os adultos obesos de amanhã.

### **1.3.Etiologia da Obesidade**

As causas da obesidade têm se tornado motivo de grande preocupação, quer pelo aumento das taxas de obesidade, quer pelas dificuldades sentidas pelos profissionais que lidam com este problema, em busca de uma solução eficaz (Magalhães, 2008).

A obesidade é considerada uma problemática que não tem uma única causa ou consequência subjacente, daí diversos autores a definirem como uma doença de carácter multifactorial (Carmo et al, 2008; Hudson, 2007; James, 2008; Kloiber et al, 2007). Como vimos, esta doença tem vindo a crescer de forma alarmante, tornando-se cada vez mais um grave problema de saúde e uma ameaça ao desenvolvimento saudável dos indivíduos, dados os riscos que acarreta para a saúde dos mesmos. Alguns autores dão maior ênfase ao padrão alimentar como uma das causas da obesidade. Assim, Fernandes e colaboradores (2007), bem como Viana (2002), consideram que a obesidade resulta de uma ingestão excessiva de gorduras e carboidratos. Outros autores caracterizam a obesidade como um excesso de gordura corporal, atribuída a um desequilíbrio energético de origem multifactorial, ou seja, encontra-se directamente relacionada com

vários factores, podendo estes ser genéticos, ambientais e psicossociais (Low, Chin & Deurenberg, 2009; Silva, Costa & Ribeiro 2008). Passaremos, seguidamente a descrever os factores genéticos e familiares, factores ambientais e psicológicos, que se encontram associados ao desenvolvimento desta patologia.

### **1.3.1.Factores Genéticos e Familiares**

A obesidade é considerada uma doença multigénica, devido ao facto dos factores genéticos influenciarem directamente as características do desenvolvimento do tecido adiposo (James, 2008; Silva et al, 2008).

São vários os autores que investigaram o papel da genética na origem da obesidade. Gale e colaboradores (2004) referem que existe um gene “ob” que codifica a leptina - hormona sintetizada pelo tecido adiposo, que actua na redução do consumo alimentar e no aumento do gasto energético. Alguns estudos, como evidenciam estes autores, têm demonstrado a influência desta hormona no desenvolvimento da obesidade. Os indivíduos obesos apresentam níveis elevados de leptina, podendo esta alteração estar relacionada com o seu receptor ou ocorrer devido à diminuição da sensibilidade do organismo relativamente ao efeito da leptina.

Kloiber e colaboradores (2007) consideram que filhos de pais obesos estão predispostos a um risco acrescido de se tornarem adultos obesos. Um estudo levado a cabo por Ferreira (2005; cit in Silva et al, 2008), publicado em 1997, em crianças até aos três anos, evidenciou que o principal factor de risco nesta faixa etária para a obesidade na vida adulta é a presença de obesidade nos pais. Segundo este autor, na faixa etária dos três aos nove anos, ter obesidade já é um factor predisponente para se tornarem adultos obesos, independentemente de haver casos de obesidade na família ou não. O autor sublinha ainda que todas as crianças até aos dez anos têm um risco acrescido de se virem a tornar adultos obesos, caso haja obesidade paterna.

Outros autores como Gonçalves e Diamantino (2008) não atribuem importância aos factores genéticos considerando assim que a maioria dos casos de obesidade é de origem exógena e que as síndromes genéticas são responsáveis por apenas 1% dos casos de obesidade.

### **1.3.2. Factores Ambientais**

A literatura aponta que os factores ambientais são dos factores com maior peso, no desenvolvimento da obesidade. Na perspectiva de diferentes autores (e.g. Lamounier & Parizzi, 2007; Martins, Marinho, Oliveira & Araújo, 2007), os factores ambientais têm maior relevância relativamente à incidência da obesidade, do que os factores genéticos. Os mesmos autores consideram ainda que o fenómeno da obesidade resulta de uma adaptação da sociedade ao processo de globalização, visto que a principal função deste processo é a formação de consumidores, substituindo a formação de cidadãos e comunidades. Este processo alterou os valores, os costumes e a vida familiar.

Dentro dos factores ambientais existem diversos factores de risco que podem levar ao desenvolvimento de obesidade (Barlow, 2007; Carmo, 2008). Os autores, neste grupo de factores salientam a inactividade física e o sedentarismo, a utilização inadequada dos alimentos, a ingestão nocturna, a desnutrição na vida intra-uterina até ao primeiro ano de vida, o uso deficiente da amamentação, bem como o desmame precoce e, por fim, a utilização deficiente das fases fisiológicas de inapetência. Outros autores, como Silva e colaboradores (2008) acrescentam ainda outros factores ambientais predisponentes da obesidade, a dieta e a Família.

O Sedentarismo tornou-se numa das principais causas de desenvolvimento de obesidade. Barlow (2007) e Carmo (2008) indicam que a forma de vida sedentária da sociedade moderna é facilitada pelos avanços tecnológicos como a televisão, os automóveis, os jogos de computador, entre outros, o que contribui para a redução do gasto energético do indivíduo. Segundo Magalhães (2008) um dos principais factores facilitadores do sedentarismo é a televisão, porque para além de imobilizar o indivíduo, facultam programas e publicidade de incentivo à ingestão de alimentos ricos em carboidratos. James (2008) considera ainda, que o sedentarismo também pode estar associado à diminuição de espaços livres apropriados para actividades ao ar livre.

Relativamente à Ingestão alimentar nocturna, esta também é considerada um factor relacionado com o desenvolvimento da obesidade. Há indivíduos que têm falta de apetite durante o dia, principalmente pela manhã, compensando de forma inadequada à noite - são conhecidas como “os comedores nocturnos”, porque ingerem de forma desapropriada uma grande quantidade de alimentos (Fernandes et al, 2007; Moreira, 2005; Silva et al, 2008). Os mesmos autores afirmam ainda que estes indivíduos, durante a noite não gastam qualquer tipo de energia, o que faz com que o organismo absorva tudo o que é ingerido, desenvolvendo-se assim a obesidade.

Quanto à dieta, parece ser o factor mais associado na literatura ao desenvolvimento da obesidade. De facto, o padrão alimentar das famílias tem apresentado grandes alterações, nomeadamente, pela substituição das comidas tradicionais caseiras, pelos alimentos industrializados (Silva et al, 2008). Estas alterações devem-se ao estilo de vida moderno que as famílias adoptaram, o que conduziu a um consumo excessivo de produtos gordurosos, açúcares, doces e bebidas açucaradas e à diminuição da ingestão de cereais e produtos integrais, frutas e vegetais, os quais são fonte de fibras (Silva et al, 2008). Este padrão alimentar, repercute-se assim numa alimentação inadequada do indivíduo que pode levar a repercussões metabólicas importantes que se manifestarão no futuro.

Por fim, a família apresenta dois factores fundamentais no que respeita ao desenvolvimento da obesidade: a falta de apoio familiar e os hábitos alimentares da mesma. Tal como vimos, quando os hábitos alimentares familiares são inadequados há uma maior probabilidade ao desenvolvimento da obesidade (Mendonça & Anjos, 2004). No entanto, também a falta de apoio familiar se repercute no desenvolvimento da obesidade uma vez que, geralmente o indivíduo que se sente sozinho tem tendência a consumir grandes quantidades de alimento para diminuir o sentimento de solidão, (Salve, 2006).

É de salientar que há estudos que caracterizam a obesidade como um distúrbio da solidão e da desvalorização do cuidado nas relações interpessoais, onde o excesso de ingestão de alimentos pode ser compreendido como uma forma de preencher o vazio existencial comum na sociedade mercantilista contemporânea (Lamounier et al, 2007).

### **1.3.3. Factores Psicológicos**

Também os factores psicológicos têm sido reconhecidos pela comunidade científica como predisponentes importantes na génese da obesidade.

Como refere a teoria Psicanalítica, as crianças aprendem a controlar as emoções negativas através do alimento, assim o excesso de comida é visto como um domínio não adaptativo de resposta à depressão e ansiedade (Silva et al, 2008). De facto, frequentemente, a ingestão de alimentos é utilizada para reduzir os sentimentos de privação emocional que estão presentes na infância e muitas vezes, estão associados com um relacionamento instável entre os seus pais (Luiz et al, 2005). Assim, por vezes, as crianças ingerem grandes quantidades de alimentos para minimizar o que estão a sentir, com o objectivo de se sentirem melhor. Como afirmavam Barlow (2007) e

Carmo (2008), o alimento é geralmente, uma forma de aumentar a nossa auto-estima. A literatura aponta ainda que a obesidade pode derivar de alterações no estado emocional da pessoa. Assim, um indivíduo com depressão leve, sintomas de ansiedade ou angústia e também com uma grave carência afectiva, tem tendência a ingerir uma maior quantidade de alimentos calóricos, contribuindo conseqüentemente para o aparecimento ou agravamento da patologia (Oliveira, 2006).

#### **1.4. Modelos Teóricos explicativos da obesidade**

Silva (2000; cit in Oliveira, 2006) refere que a obesidade deriva de conflitos interiores e exteriores, revelando-se numa expressão sintomática do que o sujeito sente, sendo uma forma de gerir a sua carência afectiva. Deste modo, subjacentes à etiologia estão três teorias que associam a ingestão alimentar à obesidade: a Teoria da Externalidade, a Teoria da Restrição Alimentar e a Teoria Psicossomática.

A *Teoria da Externalidade* baseia-se na dicotomia entre externalidade e internalidade, uma vez que os indivíduos obesos são mais sensíveis aos indícios externos (Ogden, 2004). Assim, considera-se que, para o indivíduo obeso, a visão, o cheiro e o facto de os alimentos estarem acessíveis são aspectos relevantes para o desencadeamento da ingestão alimentar (Apfeldorfer, 1995). Deste modo, o comportamento alimentar depende do contexto no qual o indivíduo obeso se encontra inserido, ou seja, se este se encontrar num ambiente onde há pouca abundância de alimentos ou estes não são muito apelativos, a pessoa não irá sentir uma grande necessidade de comer. Em contrapartida, se o indivíduo se encontrar num ambiente, no qual há quantidade de alimentos e apetecíveis, existe uma grande probabilidade da pessoa não resistir aos impulsos de ingestão (Apfeldorfer, 1995). Segundo este autor, para se controlar eficazmente o comportamento do externalista relativamente à ingestão excessiva de alimentos, deve-se estimular a sua resistência às tentações alimentares bem como impor regras rígidas de conduta (e.g. manter os alimentos fora de alcance, modificar a qualidade das compras, planear rigorosamente as refeições, contabilizar todas as refeições elaboradas durante o dia, entre outras).

A *Teoria da Restrição Alimentar* corresponde à ingestão de alimentos em excesso após um período de restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007). Assim, o comportamento restritivo surge como o resultado da interacção entre factores fisiológicos, que englobam o apetite, e os esforços cognitivos para resistir ao desejo de comer (Viana, 2002). Também de acordo com este autor, subjacente a esta teoria

encontra-se um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição, sendo intercalados por ciclos de desinibição. Nesta teoria, se a privação de alimentos for parcial, a fome mantém-se. Esta fome irá assumir um sofrimento físico e psicológico, traduzindo-se em irritabilidade, ansiedade ou depressão e conseqüentemente, as emoções afectuosas e o desejo sexual ficam mais reduzidos. Assim, a sujeito fica apenas com emoções positivas acerca da comida, sendo mais um factor predisponente para o agravamento da obesidade (Apfeldorfer, 1995).

A *Teoria Psicossomática* evidencia que qualquer sujeito poderá efectuar uma ingestão excessiva devido a emoções negativas. Assim, esta teoria considera a hiperfagia do indivíduo obeso um sintoma originado de factores psicológicos e emocionais inconscientes. Desta forma, a obesidade é conseqüentemente uma expressão física de um desajustamento emocional ou de problemas psicológicos, que conceptualizam os obesos como neuróticos, portadores de desejos orais insatisfeitos e de perturbações emocionais (Rebelo & Leal, 2007). Segundo esta perspectiva o indivíduo obeso tem em exprimir os seus sentimentos de cólera e hostilidade e em sustentar situações conflituosas e intensas. Desta forma, o acto de ingerir alimentos em grandes quantidades equivale a um acto auto-agressivo, na medida em que, não conseguindo exprimir as emoções mais negativas, irá transpor a agressividade e/ou a cólera para si próprio. Segundo o autor Apfeldorefer (1995) significa que indivíduo ingere excessivamente os alimentos para se auto-punir e realizando este acto contribui para o evitamento da depressão. De acordo com esta teoria, a relação do indivíduo com os alimentos, desde a infância e o seu meio social são fundamentais para perceber a pessoa e a sua personalidade (Azevedo & Spadotto, 2004).

## **1.5. Consequências da Obesidade**

A obesidade acarreta múltiplas consequências para a saúde do indivíduo e, apesar de não ser uma causa de morte directa ou isolada, é considerada um dos maiores problemas de saúde da actualidade (Gale, 2004). Estas consequências podem ser consideradas físicas ou psicológicas.

### **1.5.1. Consequências físicas da obesidade**

As consequências físicas da obesidade são todas aquelas que alteram o organismo do indivíduo (Bankoff, Schimdt & Barros 2003). As alterações metabólicas

que ocorrem na obesidade podem ser muito intensas e extensas, para além de também poderem ser muito variadas, podendo assim atingir todos os sistemas orgânicos (Silva et al, 2008). Porém, segundo os mesmos autores, muitas destas complicações podem ser reversíveis, caso haja uma redução do peso e caso as estruturas orgânicas acometidas não tenham sofrido qualquer tipo de prejuízo irreparável.

As principais consequências físicas da obesidade são, a diabetes, a hipertensão arterial, as alterações respiratórias e as complicações articulares (Dimon & Barros 2007; Silva et al, 2008). Assim, o crescente aumento a que se tem assistido em relação à obesidade, tem aumentado a prevalência da Diabetes (Silva et al, 2008). A Diabetes Mellitus (DM) é definida como uma doença crónica, caracterizada por hiperglicemia persistente (Graça, 2000). À medida que o indivíduo acumula no seu organismo gorduras, ocorre uma queda no número de receptores celulares de insulina. A célula adiposa, também consome insulina, diminuindo assim a quantidade de insulina disponível. Deste modo, o indivíduo vê aumentada a probabilidade de desenvolver a diabetes Mellitus tipo II (Carmo, 2008; Dimon et al, 2007; Katzer, 2007) com todos os riscos para a saúde que esta doença acarreta (e. g. perda da visão (depende da idade de início), a doença vascular, e o pé diabético (Katzer, 2007).

A hipertensão arterial surge também associada com a obesidade, sendo considerada uma doença hipertensiva cardíaca que se verifica nos casos em que os valores de tensão arterial se encontram excessivamente elevados, resultando dum estreitamento das artérias coronárias (Ministério da Saúde, 2005), contribuindo a obesidade para o aparecimento deste problema de saúde, no qual 70% dos casos de hipertensão nos homens e 61% nas mulheres serem atribuídos directamente ao excesso de adiposidade.

As alterações respiratórias surgem também associadas à obesidade. Indivíduos com excesso de peso têm tendência à hipoxia, devido ao aumento da demanda ventilatória, ao aumento do esforço respiratório, à diminuição da eficiência muscular, à diminuição da reserva funcional, infecções, asma e apnéia do sono (Gail, 2005; Katzer, 2007; Silva et al, 2008). Assim, quanto mais excesso de peso tiver um indivíduo em relação à idade e à altura, maior dificuldade terá em respirar e em praticar qualquer actividade de maior esforço.

As complicações articulares são também consideradas uma das consequências da obesidade. O excesso de peso corporal aumenta a sobrecarga nas várias articulações, sendo as mais afectadas, aquelas que sustentam maior peso corporal, nomeadamente os

joelhos e os tornozelos (Dimon et al, 2007). O mesmo autor refere ainda que o stress excessivo nas articulações pode desencadear o desenvolvimento de doenças degenerativas, como a osteoartrite (artrose).

### **1.5.2. Consequências psicossociais da Obesidade**

As consequências emocionais da obesidade no indivíduo referem-se aos efeitos da patologia que afectam o seu estado psicológico, nomeadamente a ansiedade e a depressão (Luiz et al, 2005).

Os indivíduos obesos encontram-se em risco acrescido de desenvolverem depressão, baixo auto-conceito e baixa auto-estima, facilitando assim, o isolamento social (Must & Strauss, 1999; Napolitano & Foster, 2008). De facto, a obesidade acarreta consigo problemas psicossociais, nomeadamente a discriminação sofrida pelos obesos na sociedade, diminuindo assim, a sua *auto-estima*, tornando-os vulneráveis à *depressão* e a uma busca acrescida do alimento, o que faz com que se afastem das actividades sociais (Schwartz, Nihalam, Jindal, Virk & Jones, 2004).

Actualmente, um dos atributos mais importantes para a sociedade é o denominado “corpo perfeito”. Quando o indivíduo apresenta um corpo que não corresponde a este padrão a sociedade reage de forma negativa, causando-lhes sofrimento, tanto a nível social como emocional, diminuindo assim, o seu *auto-conceito* e a sua *auto-estima* (Simões et al, 2007). Por sua vez, estes indivíduos isolam-se, desenvolvendo *depressão*, visto estes deprimirem pelo facto de terem excesso de peso e pelo facto da discriminação que a sociedade exerce (Stunkard, Faith & Allison, 2003).

Este ponto apresentou uma abordagem superficial a este tema, uma vez que o impacto emocional da obesidade será desenvolvido mais pormenorizadamente no próximo capítulo.

### **1.6. Prevenção e Tratamento da Obesidade**

Atendendo ao facto da obesidade ter vindo a sofrer um aumento alarmante em todo o mundo, nomeadamente em Portugal, torna-se necessário a ampliação de medidas que possam diminuir a sua prevalência (Carmo, 2008; Fernandes et al, 2007).

A obesidade na infância está relacionada com a obesidade na vida adulta. Justifica-se, assim, a necessidade de intervir precocemente, antes mesmo da obesidade se instalar, quando se observam mudanças na velocidade do aumento de peso (Salve, 2006). Segundo o Instituto Nacional de Saúde (2007) a prevenção da obesidade deve ser

iniciada na infância, ou então ainda mais cedo, ou seja, na vida intra-uterina. Assim, a estratégia deve ser delineada juntamente com a equipa multiprofissional, nomeadamente o médico, o nutricionista e o educador físico, para que durante a gravidez a mulher realize actividade física moderada e tenha uma alimentação equilibrada e adequada ao desenvolvimento do bebé e ao seu bem-estar.

A Organização Mundial de Saúde (2009) refere que a prevenção da obesidade passa por evitar o ganho de peso excessivo durante a gravidez (o ideal é de 10kg a 12 kg), favorecer a amamentação materna, pelo menos até ao sexto mês de vida, retardar a introdução de alimentos farináceos, evitar alimentos muito doces, incitar a prática de actividade física, controlar o peso corporal, promover a educação alimentar e hábitos de vida saudáveis e enfatizar que a obesidade é uma enfermidade de difícil cura e o seu controlo passa pela prevenção.

Quando a prevenção não é suficiente, passa-se à intervenção, pelo facto de que a obesidade se tem tornado, cada vez mais, num problema de difícil controlo, verificando-se, assim, uma elevada taxa de insucessos terapêuticos, no que se refere ao seu tratamento (Lawlor et al, 2006). Como evidencia o mesmo autor, ainda se discute sobre o melhor tratamento a aplicar, visto que a maioria falha na manutenção da perda de peso, a longo prazo.

O principal objectivo do tratamento é a normalização do peso relativamente à altura do indivíduo (Blair, 2006). As bases fundamentais para a intervenção da obesidade incluem modificações no plano alimentar, no comportamento e na actividade física, sendo importante incluir uma dieta equilibrada, bem como o exercício físico (Blair, 2006; Lawlor, 2006; Silva et al, 2008).

A literatura mostra que os autores são unânimes em relação aos profissionais envolvidos no tratamento da obesidade. Considerando assim, ser necessária uma equipa multidisciplinar, constituída por um médico, um nutricionista, um educador físico e um psicólogo, de modo apoiarem o indivíduo no controlo do seu comportamento e crenças face ao alimento. Outros autores acrescentam que para além disto, é necessário haver uma cumplicidade entre a equipa e o indivíduo, visto o tratamento ser longo (Barlow, 2007; Silva et al, 2008).

Em suma, podemos referir que a obesidade é um grave problema de saúde que tem aumentado nos últimos anos, sendo considerada um acúmulo excessivo de gordura armazenada no organismo do indivíduo. O excesso de gordura e de peso corporal que surgem no indivíduo obeso, têm subjacentes múltiplas causas: genéticas, ambientais e psicológicas. É importante identificar, precocemente, quais os primeiros factores de risco que se encontram associados ao desenvolvimento desta problemática, como os sinais de uma eventual aquisição de hábitos alimentares inadequados, a inactividade física entre outros factores evidenciados, para se poder controlar mais eficazmente a doença.

Para além de múltiplas causas associadas à obesidade, são também diversas as complicações que poderão surgir no decorrer desta problemática. Estas consequências tanto podem ser físicas como psicossociais. Relativamente às consequências físicas, estas podem ser graves para o indivíduo, pelo facto de lhe afectar o metabolismo implicando problemas de saúde no presente e no futuro. A nível psicossocial, o impacto da obesidade pode comprometer o bem-estar emocional do indivíduo, pelo facto de haver uma maior probabilidade de desenvolvimento de ansiedade e, desta forma, uma maior propensão para o isolamento social.

Neste sentido, e atendendo aos objectivos deste estudo, mostra-se pertinente analisar de forma mais aprofundada no próximo capítulo, as consequências emocionais que a obesidade acarreta para os indivíduos e clarificar o papel do suporte social como mediador do estado emocional destes indivíduos.

## **CAPÍTULO II – Estado Emocional e Percepção de Suporte Social no Indivíduo Obeso**

A obesidade tem sido apontada como um dos factores que pode contribuir para o desenvolvimento de alterações no estado emocional do indivíduo, nomeadamente ao nível da ansiedade e depressão. Estudos com obesos revelam serem frequentes alterações emocionais nestes indivíduos. De facto, os indivíduos obesos apresentam níveis elevados de ansiedade e de indicadores depressivos (Mather, Cox, Enns & Sareen, 2009; Sobocki et al, 2007). No entanto, a ansiedade e a depressão, não surgem associadas à obesidade apenas como consequência desta doença. A associação entre o estado emocional e obesidade pode ser bidireccional (Barry et al, 2008) uma vez que as alterações emocionais podem levar ao desenvolvimento da obesidade e também podem ser uma consequência da condição de obeso. No entanto, tal como aponta Oliveira (2000) os efeitos do estado emocional do obeso podem ser atenuados pelo apoio social. A percepção positiva de suporte social, por parte do indivíduo obeso, permite-lhe uma melhor adaptação psicológica e social, relativamente à sua condição (Klerman et al, 1992).

Este segundo capítulo foca a relação entre ansiedade, depressão e obesidade, enfatizando o papel do suporte social como mediador dos efeitos da obesidade.

### **2.1. Estado Emocional e Obesidade**

A obesidade se encontra associada com a depressão e a ansiedade (Mather et al, 2009).

O indivíduo obeso vê o seu estado emocional afectado pelo facto da sociedade o rejeitar, uma vez que se afasta dos padrões de beleza considerados normativos para esta. Estes indivíduos isolam-se dos outros, o que os torna mais ansiosos e poderá desencadear a depressão (Rocha & Correia, 2005, cit in Mather et al, 2009). Seguidamente passaremos a abordar a ansiedade, a depressão e o suporte social no indivíduo obeso.

### **2.1.1. Ansiedade no Indivíduo Obeso**

A obesidade e a ansiedade podem ter uma relação causal, podendo esta associação ser bidireccional, existindo factores de risco e mecanismos causais na sua associação. Ter excesso de peso ou obesidade pode contribuir para a ansiedade, bem como ser um indivíduo ansioso na infância poderá levar ao desenvolvimento de obesidade no futuro (Barry et al, 2008; Mather et al, 2009; Scott et al, 2008; Simon et al, 2006). Assim, a ansiedade pode levar ao aumento de peso, uma vez que vários estudos efectuados constataram que quando o indivíduo ingere os alimentos sentindo algum tipo de emoção, referido normalmente como “emotional eating” (ingestão emocional), esta emoção encontra-se associada à obesidade; por sua vez, a ansiedade é uma emoção negativa interpretada pelo indivíduo, e é considerada um ponto de partida para a ingestão emocional, associando-se a um aumento do consumo de alimentos em indivíduos com obesidade (Anderson et al, 2006; Barry et al, 2008; Scott et al, 2008). Uma outra ligação entre as perturbações de ansiedade e o aumento de peso do indivíduo é a utilização de psicofármacos, uma vez que estes fármacos se encontram muitas vezes associados ao aumento de peso dos indivíduos (Barry et al, 2008; Mather et al, 2009; Simon et al, 2006).

Um dos factores de risco da ansiedade apontados na literatura é o estigma social relativamente à obesidade. De facto, este estigma social pode levar a um decréscimo do bem-estar mental, o que pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de perturbações de ansiedade e de humor (Mather et al, 2009; Simon et al, 2006). Barry (2008), complementa que o estigma social associado à obesidade afecta mais as mulheres do que os homens. Nas mulheres o estigma social pode contribuir para o desenvolvimento de fobia social, uma vez que estas apresentam medo de enfrentar situações sociais, pelo facto de terem a expectativa de que vão ser avaliadas negativamente devido ao seu peso. Por sua vez, os homens enfrentam mais facilmente as situações sociais, não se preocupando com a avaliação que irão fazer acerca da sua imagem corporal.

Num estudo levado a cabo por Anderson e colaboradores (2006), no qual investigaram a mudança de peso da infância à idade adulta, associada a emoções negativas, constatou-se que as perturbações de ansiedade e depressão estavam associadas com um elevado IMC nas mulheres, enquanto nos homens, as perturbações de ansiedade não influenciaram o seu peso. Assim, os autores concluíram que nas mulheres, as perturbações de ansiedade estão associadas com o seu peso excessivo.

### **2.1.2. Obesidade e Depressão**

Associados à obesidade, podem surgir distúrbios depressivos. A depressão no obeso pode surgir devido à rejeição social num contexto social que dá preferência à beleza física, levando à discriminação educativa, social e culminando no isolamento social (Markowitz et al, 2008).

A investigação sugere que a obesidade e a depressão podem ter uma associação causal (Barry et al, 2008; Markowitz et al, 2008; Mather et al, 2009). Markowitz e colaboradores (2008) propuseram um modelo teórico da obesidade e da depressão, identificando alguns mecanismos que podem ser responsáveis pela ligação entre a obesidade e a depressão, tais como os comportamentais, cognitivos, fisiológicos e sociais. Segundo os autores, os possíveis factores de risco para a comorbilidade da obesidade e depressão incluem a obesidade grave, o sexo feminino e o estatuto socioeconómico elevado. No entanto, sublinha-se que estes factores podem não causar maior obesidade e depressão, mas a sua presença pode levar determinados indivíduos a terem maior probabilidade de desenvolverem depressão. Tal como apontam estes autores, muitos outros investigadores consideram que a obesidade grave faz com que os indivíduos corram maior risco de depressão (Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al, 2008; Stunkard et al, 2003).

Alguns mecanismos propostos sugerem uma relação causal de características depressivas que conduzem à obesidade (Barry et al, 2008; Markowitz et al, 2008; Simon et al, 2006), nomeadamente a ingestão compulsiva, a inactividade física e a medicação. O aumento de apetite e ganho de peso são sintomas comuns da depressão e a tendência para ganhar peso permanece estável entre os episódios depressivos (Simon et al, 2006). A ingestão compulsiva tem sido sugerida como um potencial factor de risco para a depressão e obesidade (Faith et al, 2002; Simon et al, 2006; Stunkard et al, 2003), e como um importante mecanismo através do qual a depressão confere risco de obesidade (Markowitz et al, 2008). Por outro lado, a inactividade física é comum nos indivíduos com depressão (Paluska et al, 2000). A depressão pode levar a uma redução da actividade física, aumentando o risco de obesidade (Cassidy et al, 2004; Simon et al, 2006). Por fim, as medicações utilizadas para gerir as perturbações de humor podem também levar a ganho de peso. O uso de medicações psicoactivas, incluindo inibidores selectivos de recaptção de serotonina, lítio e antipsicóticos atípicos e anticonvulsões, que estão frequentemente associados com o aumento de peso (Schwartz et al, 2004; Simon et al, 2006).

Markowitz e colaboradores (2008) afirmam que embora existam poucos estudos que examinem os factores de risco e os mecanismos causais que podem levar os indivíduos deprimidos a tornarem-se obesos, existem alguns dados que indicam que a depressão realmente aumenta o risco de vir a sofrer de obesidade mais tarde. Dados de amostras de crianças e adolescentes indicam que a psicopatologia nas crianças pode estar relacionada com o aumento do risco de obesidade na idade adulta, embora os dados não sejam coerentes. Assim, Pine e colaboradores (2001), desenvolveram um estudo comparativo entre uma amostra de crianças em tratamento para perturbação depressiva major, com uma amostra controlo de crianças com idades similares sem perturbações psiquiátricas, avaliadas com o questionário de perturbações afectivas e esquizofrenia para crianças de idade escolar (K - SADS). Os resultados mostraram que as crianças com perturbação depressiva major apresentavam aumento de IMC superior às outras crianças quando avaliadas 10 – 15 anos depois, em idade adulta (26,1 versus 24,2). Estes resultados levaram os autores a concluir que a depressão durante a infância está positivamente associada com o IMC na idade adulta.

Strine e colaboradores (2008) levaram a cabo um estudo, no qual observaram a existência de uma relação entre a depressão, o risco de obesidade e inactividade física. Assim, as pessoas actualmente com depressão têm cerca de 60% maior probabilidade, do que aquelas sem este diagnóstico, de ter obesidade. A revisão da literatura sugere, também, que ser do sexo feminino constitui um factor de risco para a depressão entre os indivíduos com obesidade (Faith et al, 2002; Markowitz et al, 2008; Stunkard et al, 2003).

A maioria das investigações focaram-se na associação entre a obesidade e a depressão, e vários mecanismos foram propostos para explicar esta relação (Markowitz et al, 2008; Stunkard et al, 2003). Alguns desses mecanismos propuseram uma via causal que conduz da obesidade à depressão (Markowitz et al, 2008), como o estigma social, a insatisfação com a imagem corporal e dietas repetidas. Assim, o estigma social quando associado com a obesidade pode contribuir, de um modo geral para a depressão, principalmente nas mulheres (Faith et al, 2002; Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al, 2008; Stunkard et al, 2003), uma vez que enfrentar repetidamente discriminações e maus tratos, pode levar a uma baixa auto-estima e aumento de sintomas depressivos. Existe evidência de que os indivíduos com obesidade podem estar sujeitos a discriminação, de forma regular, de estranhos, familiares e amigos, bem como dos próprios profissionais de saúde (Markowitz et al, 2008). Os constantes maus tratos são

uma luta diária que pode afectar negativamente o humor ao longo do tempo e uma ameaça ao auto-conceito, que podem por sua vez contribuir para a depressão (Puhl & Brownell, 2003). Do mesmo modo, a investigação sugere que um outro mecanismo pelo qual a obesidade confere risco de depressão é através da insatisfação com a imagem corporal (Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al, 2008). A insatisfação com a imagem corporal está associada à baixa auto-estima, que por sua vez está associada à depressão. Os indivíduos com obesidade têm maior probabilidade de estarem insatisfeitos com a forma e o tamanho do seu corpo e, quando apresentam baixa auto-estima, têm maior probabilidade de sofrerem de depressão (Friedman et al, 2002). Por sua vez, dietas repetidas estão associadas com a depressão e repetidas dietas falhadas podem ter um efeito particularmente prejudicial no humor (Markowitz et al, 2008). Este mecanismo pode actuar em duas formas: os esforços repetidos para perder peso podem significar que o indivíduo foi mal sucedido nestas tentativas, levando a pessoa a sentir-se desmoralizada e fracassada. A experiência de perder peso e depois voltar a ganhar, pode também ser vivida como um fracasso, no qual o individuo falha ao manter a sua perda de peso (Markowitz et al, 2008).

Autores como Onyke e colaboradores (2003) compararam o risco de depressão em pessoas com obesidade e em pessoas com peso normal, chegando à conclusão de que a obesidade estava associada com a ocorrência de depressão nos últimos meses em mulheres, mas não nos homens. A associação permaneceu forte após controladas as variáveis idade, habilitações literárias, estado civil, dados de saúde física, dieta por razões médicas, uso de medicação psiquiátrica, tabagismo e consumo de álcool, marijuana e cocaína. Este estudo concluiu que as pessoas com obesidade têm 1,5 vezes maior prevalência de depressão nos últimos meses do que as pessoas com peso normal, assim, a associação entre a obesidade e a depressão dependem da gravidade de obesidade.

Também Lopes (2004), concluiu que há fortes evidências de uma relação entre a obesidade e a depressão uma vez que diferentes estudos apontam a obesidade como o problema que aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver sintomas depressivos, uma vez que interfere no relacionamento social e familiar do mesmo. Segundo este autor, a primeira variável que deve moderar a relação entre depressão e obesidade é a própria depressão.

Passaremos agora a abordar o papel do suporte social como mediador dos efeitos da obesidade no indivíduo.

## 2.2. Suporte Social e Obesidade

O suporte social encontra-se intimamente relacionado com a saúde do indivíduo (Serra, 1999). Assim, segundo Landim e colaboradores (2006), o suporte social pode proteger o indivíduo de perturbações induzidas por acontecimentos que geram grande stress e torna-se benéfico, uma vez que torna o indivíduo mais forte e em melhor condição para enfrentar os diferentes problemas com que se depara ao longo da vida. No entanto, o mesmo autor refere que as redes de suporte social podem, por vezes, ao contrário do que é esperado, significar perigo, uma vez que, por exemplo, o apoio dado permanentemente de forma unilateral, torna o indivíduo dependente desse apoio ou até mesmo comunidades inteiras.

Os indivíduos com obesidade tendem a ter uma baixa percepção de suporte social, uma vez que, tal como vimos anteriormente, se isolam pelo facto de serem discriminados pela sociedade. No entanto, quando a percepção do suporte social é positiva, estes vêm os seus problemas de saúde a serem amenizados, tanto a nível físico como psicológico, uma vez que este tem um efeito mediador no processo de saúde/doença no indivíduo obeso.

São várias as definições de suporte social que surgem, na literatura, no entanto todas são unânimes. Uma das mais conhecidas e referidas na literatura é a de Sarason, Levine, Basham (1983), definindo-o como “a existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e que gostam de nós” (p. 127). Ponte e colaboradores (2008), referem que o suporte social relaciona-se com os recursos que os sujeitos têm ao seu dispor, bem como as unidades sociais que o sujeito pode usufruir quando necessita de ajuda.

Segundo Barrón (1996), desde finais dos anos 60 que se tem verificado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, tanto na saúde como na doença. De facto, existe a crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde, uma vez que é um conceito chave em Psicologia da Saúde e tem implicações práticas em pacientes que necessitam de se ajustar a uma doença crónica (Rutter & Quine, 1996). Tal como refere Siqueira (2008), o suporte social é capaz de proteger o indivíduo e promover a sua saúde, de modo que a adaptação ao meio social e ao ambiente é um factor preditor de diminuição de susceptibilidades às doenças. O papel do suporte social na doença física e na sua recuperação tem sido objecto de estudo em várias investigações. Oliveira (2000), através de um estudo que efectuou, constatou que a percepção de ausência de suporte

social encontra-se significativamente associada à presença de sintomas depressivos. O mesmo autor refere que a qualidade de suporte social disponível para o indivíduo pode influenciar as suas respostas emocionais e que os elementos determinantes na recuperação funcional dos indivíduos são a idade e a percepção de suporte social. Na perspectiva de Lima (1999), o suporte social consiste num conjunto de factores protectores e apropriados, que o ambiente é capaz de fornecer aos indivíduos, fornecendo-lhes formas destes lidarem com acontecimentos de stress, gerados pela sua condição. Como referem Rodriguez e colaboradores (1998), o suporte social tende a aliviar o distress em situações de crise, a inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo adoece, tem um papel fundamental na recuperação da doença. Tal é comprovado por diferentes estudos. Autores como Symister e colaboradores (2003) e Vaux (1998) referem que os indivíduos com elevado suporte social apresentam um melhor ajustamento físico e mental e que os indivíduos socialmente isolados apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade mais elevada em comparação com os indivíduos que têm muitos contactos sociais. Também Ribeiro (1999) através de uma revisão da literatura verificou que todos os estudos sobre suporte social e saúde mostram uma forte correlação entre ambos os constructos. Segundo o autor, quando o indivíduo está sozinho e sente a doença, tende a preocupar-se mais com a doença, e a partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, o indivíduo altera o seu comportamento, aumentando a sua capacidade para enfrentar situações complicadas, a sua auto-estima é evidenciada e descobre o potencial que tem, aumentando a possibilidade de ter uma vida melhor. Por sua vez, Maia (2007), afirma que o apoio social é um dos melhores predictores de bem-estar em geral, sendo, em situações de stress, um dos maiores factores protectores, assim, quanto maior o suporte social, menor será o mal-estar psicológico do indivíduo. A mesma autora refere ainda que o apoio social reforça o valor individual, a competência e a capacidade individual, reafirmando a confiança e a aliança entre as pessoas. Ornelas (1994), através de um estudo constatou que as mulheres têm amigos mais próximos e dão mais valor à intimidade e à confiança nas relações de amizade do que os homens. E estes por sua vez, dão maior importância à socialização. O mesmo autor refere que as mulheres têm uma rede mais alargada de indivíduos disponíveis para discutirem situações do dia-a-dia e recebem mais suporte emocional dos amigos, em comparação com os homens. O mesmo autor refere ainda que os homens casados têm um menor número de relações com amigos de infância nas suas redes, contactam menos os amigos e saem menos com os amigos, em comparação

com os solteiros. Por fim, quanto à etnia e ao estatuto sócio-económico, ambas são variáveis cruciais na composição das redes de suporte, tendo um papel amortecedor. Um outro estudo levado a cabo por Silva e colaboradores (s. d.) constatou que quanto maior a satisfação com o apoio social, sobretudo no que respeita às amizades, intimidade e actividades sociais, melhor é a adaptação psicológica e social dos indivíduos obesos. Por fim, num outro estudo levado a cabo pelos mesmos autores, verificou-se que quanto maior a satisfação com o apoio social, melhor é a qualidade de vida apresentada pelos indivíduos obesos na generalidade dos domínios avaliados.

Existem diferentes tipos de suporte social. Assim, este pode dividir-se em emocional, suporte instrumental ou tangível, suporte informativo, suporte confirmativo (fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos), o suporte corporativo (fornece o sentimento de pertença ou manutenção da identidade social) e o suporte avaliativo (fornece feedback ao indivíduo). Há autores que dividem o suporte social em recebido e percebido (Bolger, 2007; Dessen, 2000; DiMatteo, 2004), assim, o suporte social recebido é aquele que é recebido por alguém e o suporte social percebido é aquele que o indivíduo percebe como disponível caso necessitar dele, tendo em conta a avaliação dos vários domínios da sua vida, relativamente à disponibilidade dos outros para com ele.

A literatura é escassa acerca do suporte social no indivíduo obeso, no entanto este tem um papel fundamental, uma vez que tem um efeito mediador no processo de saúde/doença. Andrade (2001) defende que o apoio social pode provocar alterações físicas e psicológicas nos obesos, influenciando os seus comportamentos e o evitamento de maus hábitos. Assim, indivíduos obesos com uma percepção positiva do seu suporte social, têm a tendência a seguir as prescrições de tratamento efectuadas pelo seu médico, uma vez que sentem o apoio, o que os faz ter motivação para tal, tendo também menos tendência ao desenvolvimento de perturbações no futuro.

A percepção do suporte social é uma área social que se julga estar ligada a estados afectivos e emocionais, uma vez que o suporte social, quer o emocional, quer o instrumental, surge quando há acontecimentos de vida geradores de stress e traumáticos para o indivíduo (McNally, 1999). Assim, segundo Matos e colaboradores (2000), as percepções que os indivíduos obesos têm acerca do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais, que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade, ou seja, a capacidade que o indivíduo obeso tem para comunicar as suas necessidades e para pedir ajuda à sua

rede social, e ainda de estilos cognitivos. O mesmo autor verificou ainda que o apoio social refere-se às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para o indivíduo obeso, em determinados acontecimentos de vida, gerados pela sua condição. No entanto, a subjectividade e individualidade do apoio social depende da percepção individual de cada indivíduo, uma vez que esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados por alguém, traduzindo-se na crença generalizada do que os indivíduos desenvolveram acerca do que os outros sentem por eles e de que estão disponíveis quando necessário, suscitando-lhes satisfação em relação às relações que têm.

Pelo exposto, podemos dizer que o suporte social refere-se às funções desempenhadas por um grupo (familiares, amigos, vizinhos) a favor do indivíduo com qualquer tipo de doença (obesidade, perturbação mental), em determinados acontecimentos de vida. Por sua vez, o apoio social tem em conta a percepção que o indivíduo obeso tem sobre si próprio, representando a crença generalizada por ele desenvolvida de que é estimado, que os outros têm interesse por ele, que estão disponíveis quando necessário e satisfeitos com as relações que têm (Vaux, 1988).

Podemos assim concluir que o suporte social é multidimensional e, diferentes níveis de suporte social têm impactos diferentes nos indivíduos ou grupos. O indivíduo obeso com uma percepção positiva do seu suporte social tende a ter uma melhor adesão ao tratamento da obesidade, uma vez que tem apoio no seu meio envolvente, tendo o suporte social um efeito mediador no processo de saúde/doença.

Sumariando, a ansiedade e a depressão encontraram-se associadas à obesidade (Hraboski et al, 2008). Contudo, os indivíduos obesos com uma percepção mais positiva do seu suporte social, têm uma melhor adaptação psicológica e social.

O suporte social tem um efeito mediador no processo saúde/doença no indivíduo obeso, pelo facto de que quanto maior a percepção de suporte social positiva, melhor o estado físico e psicológico do indivíduo. Indivíduos com uma baixa percepção de suporte social, tendem a sentir-se mais ansiosos e a deprimirem mais facilmente,

isolando-se da sociedade. A investigação sugere que tanto a ansiedade como a depressão têm uma relação causal com a obesidade, uma vez que ambas podem levar ao desenvolvimento da obesidade e por sua vez, indivíduos obesos tendem a sentir-se mais ansiosos e a deprimirem mais facilmente (Barry et al, 2008; Markowitz et al, 2008; Mather et al, 2009). Assim, como verificamos anteriormente, um indivíduo obeso com uma percepção positiva de suporte social adere mais facilmente ao tratamento da obesidade, pelo facto de ter apoio no seu meio envolvente, uma vez que o suporte social tem um papel fundamental no processo de saúde/doença.

Atendendo ao exposto, o presente estudo propõe-se avaliar o estado emocional e a percepção de suporte social em indivíduos obesos, bem como investigar a associação entre estas duas variáveis.

## **Parte II: Investigação Empírica**

---

### **3. Metodologia**

Esta segunda parte do estudo descreve os procedimentos utilizados para recolher, processar e analisar os dados. Deste modo, salientamos os objectivos e desenho do estudo, as variáveis estudadas, as características da amostra e os procedimentos de recolha e de análise dos dados. Por fim, são descritos os instrumentos de avaliação utilizados e apresentadas as suas características psicométricas na amostra em estudo.

#### **3.1. Objectivos e desenho do estudo**

Atendendo à associação entre a doença física e o estado emocional, bem como o efeito mediador do suporte social no processo de saúde e doença, mostra-se pertinente estudar o estado emocional e a percepção de suporte social no indivíduo obeso. Deste modo, o objectivo geral deste estudo consistiu em caracterizar uma amostra de indivíduos obesos dos cuidados de saúde primários em relação ao estado emocional e à percepção de suporte social. Pretende-se que este estudo constitua uma primeira fase de recolha de informação clínica pertinente para um futuro plano de intervenção nesta unidade de saúde. Esta investigação foi desenvolvida atendendo ainda aos seguintes objectivos específicos:

- caracterizar a amostra ao nível das diferentes variáveis estudadas: ansiedade, depressão e suporte social percebido;
- estudar a relação entre os níveis de ansiedade, níveis de depressão e o suporte social percebido;
- investigar as diferenças de género nos resultados obtidos;
- analisar os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas (e.g. IMC; idade; zona de residência; escolaridade) nos resultados obtidos;
- contribuir para a recolha de informação prévia à elaboração de um plano de acção interventivo nos utentes obesos desta unidade de saúde.

Este estudo adoptou um desenho observacional – descritivo transversal, com comparação de grupos.

### **3.2. Variáveis estudadas**

Tendo como referência os objectivos descritos anteriormente, foram consideradas nesta investigação um conjunto de variáveis que podem ser agrupadas em quatro grupos: variáveis psicossociais; variáveis de estilo de vida; variáveis clínicas; e variáveis sócio-demográficas.

**Variáveis Psicossociais:** Ansiedade, Depressão e Suporte Social percebido

**Variáveis de estilo de vida:** actividade física, horas de sono, consumo de álcool e número de refeições diárias, toma de pequeno-almoço, snacks entre as refeições, consumo de frutas e vegetais, acrescentar sal à comida e ingestão de doces.

**Variáveis Clínicas:** cronicidade do diagnóstico (agudo; crónico); história de obesidade na família; doenças médicas associadas; tentativas de tratamento; acompanhamento psicológico; medicação

**Variáveis Sócio-Demográficas:** idade, género, estado civil, área de residência (região rural ou urbana), agregado familiar, profissão, habilitações literárias e actividades sociais.

### **3.3. Amostra e procedimento de recolha de dados**

Os participantes foram recrutados em consultas de rotina de nutrição do ACES Guimarães – Vizela, no Centro de Saúde da Amorosa, na URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados). Deferido o pedido de autorização para a concretização da investigação neste Centro de Saúde, os participantes foram contactados e informados em contexto de consulta de nutrição acerca dos objectivos do estudo e dos procedimentos de recolha de dados. A participação no estudo foi voluntária e foi garantida a confidencialidade dos dados. Os utentes que aceitaram participar assinaram o consentimento informado escrito. Foi recolhida uma amostra de conveniência, consecutiva, constituída por 52 indivíduos com diagnóstico de obesidade. De acordo com Pais - Ribeiro (2007), esta amostragem é típica do sistema de saúde, sendo os participantes escolhidos de acordo com o princípio “primeiro que aparece, primeiro

escolhido”. Os utentes que aceitaram participar responderam aos questionários após as consultas de rotina de nutrição, no contexto de uma entrevista pessoal. A avaliação psicométrica foi realizada individualmente através de medidas de auto-relato após o fornecimento de instruções de preenchimento.

Os critérios de inclusão da amostra obedeceram aos seguintes aspectos: indivíduos com obesidade; idade igual ou superior a 18 anos e sem perturbações do estado da consciência.

### 3.3.1. Caracterização Sócio-Demográfica da amostra em estudo

A amostra deste estudo é constituída por 52 indivíduos diagnosticados com obesidade. Destes, 28 são do género feminino (53,8%) e 24 são do género masculino (46,2%), sendo a idade média dos participantes de 42,1 anos (DP= 11,43). Quanto ao estado civil, 28 sujeitos são casados (53,8%), 20 são solteiros (38,5%), 2 são divorciados (3,8%), 2 são viúvos (3,8%). No que concerne ao agregado familiar, 9,6% dos indivíduos reside apenas com o conjugue, 46,2% com o conjugue e filhos (família restrita), 11,5% com a família alargada (conjugue, filhos e pais), 19,2% dos indivíduos residem sozinhos e 13,5% vivem com outro familiar ou pessoa significativa. No que concerne à zona de residência 27 sujeitos (51,9%) residem na zona rural e 25 (48,1%) em zona urbana.

Em relação às habilitações literárias, 26,9% da amostra frequentou o 1º ciclo (4º ano de escolaridade), tendo 73,1% escolaridade superior a esta (7 sujeitos referem ter completado o 6º ano, 14 o 9º ano, 12 o 12º ano e 5 o ensino superior). Quanto ao estatuto profissional, 53,8% da amostra é profissionalmente activa, encontrando-se 46,1% inactiva (26,9% dos sujeitos encontram-se desempregados e 19,2% estão reformados).

**Quadro 1: Caracterização Socio-Demográfica da amostra (N= 52)**

|                           | Variáveis Sócio-Demográficas |       |      |       |
|---------------------------|------------------------------|-------|------|-------|
|                           | n                            | %     | M    | DP    |
| <b>Género</b>             |                              |       |      |       |
| Masculino                 | 24                           | 46,2% |      |       |
| Feminino                  | 28                           | 53,8% |      |       |
| <b>Idade</b>              | 52                           |       | 42,1 | 11,43 |
| <b>Idade Categorizada</b> |                              |       |      |       |
| <=43                      | 26                           | 50%   |      |       |
| >43                       | 26                           | 50%   |      |       |

**Quadro 1: Caracterização Socio-Demográfica da amostra (N= 52) (continuação)**

| <b>Variáveis Sócio-Demográficas</b> |          |          |          |           |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|-----------|
|                                     | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
| <b>Estado Civil</b>                 |          |          |          |           |
| Casado                              | 28       | 53,8%    |          |           |
| Solteiro                            | 20       | 30,5%    |          |           |
| Divorciado                          | 2        | 3,8%     |          |           |
| Viúvo                               | 2        | 3,8%     |          |           |
| <b>Agregado Familiar</b>            |          |          |          |           |
| Cônjuge                             | 5        | 9,6%     |          |           |
| Família Restrita                    | 24       | 46,2%    |          |           |
| Família Alargada                    | 6        | 11,5%    |          |           |
| Sozinho                             | 10       | 19,2%    |          |           |
| Outro Familiar                      | 7        | 13,5%    |          |           |
| <b>Habilitações</b>                 |          |          |          |           |
| 4º ano                              | 14       | 26,9%    |          |           |
| 6º ano                              | 7        | 13,5%    |          |           |
| 9º ano                              | 14       | 26,9%    |          |           |
| 12º ano                             | 12       | 23,1%    |          |           |
| Superior                            | 5        | 9,6%     |          |           |
| <b>Local Residência</b>             |          |          |          |           |
| Zona Rural                          | 27       | 51,9%    |          |           |
| Zona Urbana                         | 25       | 48,1%    |          |           |
| <b>Filhos</b>                       |          |          |          |           |
| Sim                                 | 37       | 71,2%    |          |           |
| Não                                 | 15       | 28,8%    |          |           |
| <b>Estatuto Profissional</b>        |          |          |          |           |
| Activo                              | 28       | 53,8%    |          |           |
| Desempregado                        | 14       | 26,9%    |          |           |
| Reformado                           | 10       | 19,2%    |          |           |

### 3.3.2. Caracterização clínica da amostra em estudo

As principais características clínicas da amostra total são apresentadas no quadro 2. Relativamente à cronicidade da doença, a média é de 5,94 anos (DP= 5,55). No que concerne à história de obesidade na família, 67,3% dos indivíduos refere que há mais elementos na família com obesidade e 32,7% evidencia a não existência de familiares com a mesma problemática. Quanto a doenças médicas associadas, 38,5% dos indivíduos afirmam ter complicações relacionadas com esta enfermidade, dos quais 28,8% refere o aparecimento de diabetes, 3,8% de hipertensão e 5,8% de outras doenças. 61,5% da amostra assinala não ter complicações associadas à obesidade. Quanto ao tempo em tratamento em consulta de nutrição, a média é de 11,5 meses (DP= 14,3). 3,8% da amostra tem acompanhamento psicológico. Nenhum elemento da amostra se encontra medicado. A média de IMC na amostra é de 33,42 (DP= 2,56), indicando que a maioria dos indivíduos se encontra em obesidade classe I ou moderada (61,5% dos indivíduos).

**Quadro 2: Caracterização Clínica da amostra em estudo (N= 52)**

| <b>Caracterização Clínica da amostra</b> |          |          |          |           |
|--|----------|----------|----------|-----------|
|  | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
| <b>Cronicidade Diagnóstico</b>           | 52       |          | 5,94     | 5,55      |
| <b>História de obesidade na família</b>  |          |          |          |           |
| Sim                                      | 35       | 67,3%    |          |           |
| Não                                      | 17       | 32,7%    |          |           |
| <b>Doenças Associadas</b>                |          |          |          |           |
| Ausência                                 | 32       | 61,5%    |          |           |
| Diabetes                                 | 15       | 28,8%    |          |           |
| Hipertensão                              | 2        | 3,8%     |          |           |
| Outras doenças                           | 3        | 5,8%     |          |           |
| <b>Acompanhamento</b>                    |          |          |          |           |
| <b>Psicológico</b>                       |          |          |          |           |
| Sim                                      | 2        | 3,8%     |          |           |
| Não                                      | 50       | 96,2%    |          |           |
| <b>Seguimento em Consulta</b>            | 52       |          | 11,46    | 14,3      |
| <b>Nutrição (em anos)</b>                |          |          |          |           |
| <b>Medicação</b>                         |          |          |          |           |
| Sim                                      | 0        | 0%       |          |           |
| Não                                      | 52       | 100%     |          |           |
| <b>Altura</b>                            | 52       |          | 1,67     | .100      |
| <b>Peso</b>                              | 52       |          | 93,46    | 12,50     |
| <b>IMC</b>                               | 52       |          | 33,42    | 2,56      |
| <b>Tipo de Obesidade</b>                 |          |          |          |           |
| Classe I                                 | 32       | 61,5%    |          |           |
| Classe II                                | 20       | 38,5%    |          |           |
| Classe III                               | 0        | 0        |          |           |

### 3.3.3. Caracterização Sócio-Demográfica da amostra por género

As características sócio-demográficas dos indivíduos por género são apresentadas no quadro 3. Utilizou-se o *t-test* para testar as diferenças entre género nas variáveis de natureza intervalar ou contínua (e. g. idade) e o teste de *Qui-Quadrado* nas variáveis categóricas (e. g. género).

Em relação ao género, a amostra masculina é constituída por 24 participantes (46,2%) e a amostra feminina por 28 elementos (53,8%). A idade média no género masculino é de 45 anos (DP= 10,72), um pouco superior em relação ao género feminino de 39,8 anos (DP= 11,65). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa ( $t= 1,67$ ;  $p. 101$ ).

Quanto ao estado civil, 54,2% dos homens são casados e 45,8% são solteiros/outro estado civil (divorciado/viúvo). Relativamente às mulheres, 53,6% são casadas e 46,4% são solteiras/outro estado civil ( $\chi^2= 3,86$ ;  $p. 426$ ). Quanto ao agregado familiar,

50% dos homens vive com a companheira, bem como 64,3% das mulheres vive com o conjugue ( $\chi^2= 5,65$ ; p. 227). Em relação às habilitações literárias 66,6% dos homens tem escolaridade inferior ao 9º ano, bem como 67,8% das mulheres ( $\chi^2= 3,42$ ; p. 491). 58,3% dos homens residem em meio urbano e 60,7% das mulheres residem em meio rural ( $\chi^2= 1,88$ ; p. 171). Quanto ao estatuto profissional, 45,8% dos homens encontram-se activos profissionalmente e 60,7% das mulheres encontram-se na mesma situação.

Não se verificam assim, diferenças estatísticas significativas entre o género nas diferentes variáveis sócio-demográficas seleccionadas para este estudo.

**Quadro 3: Caracterização Sócio-Demográfica da amostra por género (N= 52)**

|                                | Masculino (n= 24) |       | Feminino (n= 28) |       | $\chi^2/t$ | P     |      |       |      |      |
|--------------------------------|-------------------|-------|------------------|-------|------------|-------|------|-------|------|------|
|                                | N                 | %     | M                | DP    |            |       | N    | %     | M    | DP   |
| <b>Idade</b>                   | 24                |       | 45               | 10,72 | 28         |       | 39,8 | 11,65 | 1,67 | .101 |
| <b>Estado Civil</b>            |                   |       |                  |       |            |       |      |       | 3,86 | .426 |
| Casado/a                       | 13                | 54,2% |                  |       | 15         | 53,6% |      |       |      |      |
| Solteiro/a/Outro               | 11                | 45,8% |                  |       | 13         | 46,4% |      |       |      |      |
| <b>Vive com quem</b>           |                   |       |                  |       |            |       |      |       | 5,65 | .227 |
| Cônjugue/Outro                 | 12                | 50%   |                  |       | 18         | 64,3% |      |       |      |      |
| Família                        | 12                | 50%   |                  |       | 10         | 35,7% |      |       |      |      |
| <b>Habilitações Literárias</b> |                   |       |                  |       |            |       |      |       | 3,42 | .491 |
| <=9º ano                       | 16                | 66,6% |                  |       | 19         | 67,8% |      |       |      |      |
| >9º ano                        | 8                 | 33,4% |                  |       | 9          | 32,2% |      |       |      |      |
| <b>Local de Residência</b>     |                   |       |                  |       |            |       |      |       | 1,88 | .171 |
| Zona Rural                     | 10                | 41,7% |                  |       | 17         | 60,7% |      |       |      |      |
| Zona Urbana                    | 14                | 58,3% |                  |       | 11         | 39,3% |      |       |      |      |
| <b>Tem Filhos</b>              |                   |       |                  |       |            |       |      |       | .321 | .571 |
| Sim                            | 18                | 75%   |                  |       | 19         | 67,9% |      |       |      |      |
| Não                            | 6                 | 25%   |                  |       | 9          | 32,1% |      |       |      |      |
| <b>Estatuto Profissional</b>   |                   |       |                  |       |            |       |      |       | 1,39 | .500 |
| Activo                         | 11                | 45,8% |                  |       | 17         | 60,7% |      |       |      |      |
| Não Activo                     | 13                | 54,2% |                  |       | 11         | 39,3% |      |       |      |      |

### 3.3.4. Caracterização Clínica da amostra por género

As principais características clínicas da amostra em estudo em relação ao género são apresentadas no quadro 4. Relativamente à cronicidade de diagnóstico da obesidade nos homens, a média é de 6,54 anos (DP= 4,29) e nas mulheres é de 5,43 anos (DP= 6,47), ( $t= 15,3$ ; p .228). No que concerne à história de obesidade na família, 75% dos homens evidencia a existência de mais indivíduos na família com a mesma enfermidade, bem como 60,7% das mulheres ( $\chi^2= 1,19$ ; p. 274). Os homens assinalam mais doenças associadas à obesidade do que as mulheres. 58,3% dos homens refere doenças médicas associadas, nomeadamente o aparecimento da diabetes, hipertensão ou outra; relativamente às mulheres, 78,6% afirma o não surgimento de quaisquer

complicações associadas à doença ( $\chi^2= 9,98$ ; p. 019). Em relação ao tempo de tratamento em consulta de nutrição, a média, nos homens, é de 8,67 meses (DP= 11,9) e nas mulheres é de 13,86 (DP= 16,0) (t= -1,30; p. 198). 3,8% das mulheres têm acompanhamento psicológico ( $\chi^2= 1,78$ ; p. 182) e nenhum elemento da amostra se encontra medicado. Quanto à altura nos homens, a média é de 1,74 m (DP= .086) e nas mulheres a média é de 1,60 m (DP= .064) (t= 6,46; p. 000). A média do peso nos homens é de 103,8kg (DP= 7,9) e nas mulheres é de 85,5kg (DP= 8,4) (t= 8,05; p.000), encontrando-se também diferenças estatisticamente significativas. Por fim, a média de IMC nos homens é de 34,5 (DP= 2,19) e nas mulheres é de 33,12 (DP= 1,93) (t= 1,93; p. 059), encontrando-se neste caso uma tendência de significância.

**Quadro 4: Caracterização Clínica da amostra por gênero (N= 52)**

|   | Masculino (n= 24) |       |       |      | Feminino (n= 28) |       |      |      | $\chi^2/t$ | P             |
|---|-------------------|-------|-------|------|------------------|-------|------|------|------------|---------------|
|   | N                 | %     | M     | DP   | n                | %     | M    | DP   |            |               |
| <b>Cronicidade de Diagnóstico</b><br>(em anos)                      | 24                |       | 6,54  | 4,29 | 28               |       | 5,43 | 6,46 | 15,3       | .228          |
| <b>História familiar de Obesidade</b>                               |                   |       |       |      |                  |       |      |      | 1,19       | .274          |
| Sim   | 18                | 75%   |       |      | 17               | 60,7% |      |      |            |               |
| Não   | 6                 | 25%   |       |      | 11               | 39,3% |      |      |            |               |
| <b>Doenças Médicas Associadas</b><br>(Diabetes, Hipertensão, Outra) | 10                | 41,7% |       |      | 22               | 78,6% |      |      | 9,98       | <b>.019*</b>  |
| Ausência  | 14                | 58,3% |       |      | 6                | 21,4% |      |      |            |               |
| <b>Acompanhamento Psicológico</b>                                   |                   |       |       |      |                  |       |      |      | 1,78       | .182          |
| Sim   | 0                 | 0     |       |      | 2                | 3,8%  |      |      |            |               |
| Não   | 24                | 100%  |       |      | 26               | 96,2% |      |      |            |               |
| <b>Tempo em Consulta de Nutrição</b> (em meses)                     | 24                |       | 8,67  | 11,9 | 26               |       | 13,8 | 16,0 | -1,30      | .198          |
|   |                   |       |       |      |                  |       | 6    | 3    |            |               |
| <b>Toma de Medicção para obesidade</b>                              |                   |       |       |      |                  |       |      |      |            |               |
| Sim   | 0                 | 0     |       |      | 0                | 0     |      |      |            |               |
| Não   | 24                | 100%  |       |      | 28               | 100%  |      |      |            |               |
| <b>Altura</b>   | 24                |       | 1,74  | .086 | 28               |       | 1,60 | .064 | 6,46       | <b>.000*</b>  |
| <b>Peso</b>   | 24                |       | 103,8 | 7,9  | 28               |       | 85,5 | 8,4  | 8,05       | <b>.000*</b>  |
| <b>IMC</b>  | 24                |       | 34,5  | 2,19 | 28               |       | 33,1 | 2,74 | 1,93       | <b>.059**</b> |
| <b>Tipo de Obesidade</b>  |                   |       |       |      |                  |       |      |      | .180       | .672          |
| Classe I  | 17                | 70,8% |       |      | 15               | 53,6% |      |      |            |               |
| Classe II   | 7                 | 29,2% |       |      | 13               | 46,4% |      |      |            |               |

Encontraram-se diferenças significativas entre homens e mulheres, no que diz respeito às doenças médicas associadas, uma vez que os homens apresentam mais consequências da obesidade do que as mulheres e também relativamente à altura, ao peso e ao IMC, sendo que os homens são mais altos do que as mulheres, tendo um peso mais elevado e um maior índice de IMC.

### **3.4. Material e instrumentos de avaliação**

Na recolha dos dados, foram utilizados métodos retrospectivos quantitativos. Foi seleccionado um questionário que avalia o estado emocional (HADS – Zigmond & Snaith, 1983; adaptado por McIntyre et al, 1999) e um instrumento que avalia a satisfação com o suporte social (ESSS – Pais-Ribeiro, 1999). Estes instrumentos encontram-se já adaptados e validados para a população portuguesa. Foi ainda desenvolvida para este estudo a ficha de dados sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida.

#### **3.4.1. Ficha de dados sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida**

Foi desenvolvida uma ficha para recolha de dados sócio-demográficos, informação clínica e dados relativos ao estilo de vida dos participantes constituída por itens de escolha múltipla e de resposta directa breve. O primeiro grupo de itens refere-se ao género, idade, estado civil, área de residência, proveniência, agregado familiar, profissão, habilitações literárias e actividades sociais. O segundo grupo de itens procura recolher informação acerca da cronicidade do diagnóstico, da história de obesidade na família, doenças médicas associadas, tentativas de tratamento, acompanhamento psicológico e medicação. Por fim, o terceiro grupo de itens procura recolher informação acerca das actividades físicas que os indivíduos praticam, as horas de sono e o número de refeições diárias.

#### **3.4.2. The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) - (Zigmond & Snaith 1983; versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999).**

A HADS é uma escala construída com o objectivo de apoiar os clínicos, na identificação e reconhecimento do estado emocional do indivíduo associado com a doença física (Pais-Ribeiro, 2007; McIntyre, 1999). Esta é uma escala de auto-avaliação

que tem como objectivo detectar estados de ansiedade e depressão em doentes em regime ambulatorio de um hospital geral, seleccionando apenas sintomas psicologicos (eliminando o efeito somático da comorbilidade, em que os sintomas de âmbito somático são simultaneamente expressão de doença física ou psíquica). Apesar do termo hospitalar estar incluído no título, investigações efectuadas posteriormente mostraram que esta escala é útil em contextos de saúde de cuidados primários, como centros de saúde, centros comunitários e até em contextos psiquiátricos, em indivíduos com doença física, ou como instrumento de rastreio de ansiedade e depressão. Mostra-se um instrumento útil no contexto dos cuidados de saúde, por ser breve, aceitável para pacientes, facilmente compreensível e fornece informações claras sobre a interpretação dos resultados (Pais-Ribeiro, 1999).

A HADS é composta por duas sub-escalas, (escala de ansiedade e escala de depressão), constituídas por 7 itens cada. Para cada item há 4 possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflecte menor gravidade e o valor 3 maior gravidade. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 a ansiedade e depressão é leve, de 11 a 15 é moderada e de 16 a 21 é severa (Snaith & Zigmond, 1994). A nota para cada dimensão varia entre 0 a 20. É um questionário de auto-resposta que demora entre 2 a 5 minutos a ser respondido. Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias de foro médico e demonstraram a sua consistência interna, com valores que oscilaram entre 0,41 a 0,76 ( $p < 0,01$ ) para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ( $p < 0,02$ ) para a da depressão (Zigmond & Snaith, 1983). A validade foi testada através da correlação de *Spearman* entre os valores das 2 sub-escalas assim como em entrevistas psiquiátricas tendo obtido boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ( $p < 0,001$ ) (Zigmond and Snaith, 1983).

A versão portuguesa da HADS designa-se de Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, (1999). Esta versão foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte de Miocárdio, num estudo longitudinal realizado em 5 momentos distintos: 4.º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos); 2 semanas após a alta (114 sujeitos); 3 meses após a alta (110 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de alfa de Cronbach variaram entre 0,75 a 0,90 na sub-escala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na sub-escala da depressão (McIntyre et al, 1999).

### 3.4.2.1. Características psicométricas do HADS na amostra em estudo

Atendendo ao baixo número de elementos da amostra do presente estudo, a análise das características psicométricas incidu no estudo da fidelidade interna. Assim, na avaliação da consistência interna, tal como efectuado pelos autores da escala original, foi calculado o Alfa de Cronbach para a escala total e para as sub-escalas ansiedade e depressão. Nos quadros 5, 6 e 7 são apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna da sub-escala Ansiedade, da sub-escala depressão e do total do HADS. Na análise das correlações dos itens da sub-escala Ansiedade com o total da escala, as correlações obtidas mostraram os valores entre .50 e .80 e o alfa de Cronbach de .87. (quadro 5)

**Quadro 5: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Ansiedade (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do Item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a  | .76   | .84                                 |
| 3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer          | .56   | .87                                 |
| 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações   | .72   | .84                                 |
| 7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a              | .54   | .87                                 |
| 9. Sinto-me de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago | .80   | .83                                 |
| 11. Sinto-me de tal forma inquieto/a, que não consigo estar parado                    | .50   | .87                                 |
| 13. De repente, tenho sensações de pânico   | .72   | .84                                 |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .87</b>  |   |                                     |

As correlações dos itens da sub-escala Depressão com o total da escala, mostram valores entre .33 e .81. O  $\alpha$  de Cronbach é de .87. (quadro 6) Apesar de haver um item que se fosse eliminado aumentaria ligeiramente o  $\alpha$  de Cronbach da sub-escala depressão, considerou-se não se justificar a eliminação do item.

**Quadro 6: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Depressão (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do Item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar                       | .71   | .85                                 |
| 4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas                       | .81   | .83                                 |
| 6. Sinto-me animado/a   | .79   | .84                                 |
| 8. Sinto-me mais lento como se fizesse as coisas mais devagar               | .65   | .86                                 |
| 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico                       | .62   | .86                                 |
| 12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro               | .66   | .85                                 |
| 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão | .33   | .89                                 |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .87</b>                                  |   |                                     |

Na análise de consistência interna da escala total do HADS, os itens apresentam correlações com o total da escala que se situam entre .34 e .76.

**Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna do HADS total (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do Item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a  | .70   | .91                                 |
| 2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar                                 | .57   | .92                                 |
| 3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer          | .68   | .91                                 |
| 4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas                                 | .60   | .91                                 |
| 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações   | .74   | .91                                 |
| 6. Sinto-me animado/a   | .57   | .92                                 |
| 7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a              | .64   | .91                                 |
| 8. Sinto-me mais lento como se fizesse as coisas mais devagar                         | .68   | .91                                 |
| 9. Sinto-me de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago | .82   | .91                                 |
| 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico                                 | .76   | .91                                 |
| 11. Sinto-me de tal forma inquieto/a, que não consigo estar parado                    | .68   | .91                                 |
| 13. De repente, tenho sensações de pânico   | .61   | .91                                 |

**Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna do HADS total (N= 52)  
(continuação)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do Item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão | .34   | .92                                 |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .92</b>                                  |   |                                     |

O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o HADS total é de .92, revelando uma elevada consistência interna desta escala na amostra em estudo. Assim, os resultados indicam uma boa fidelidade e validade da escala na presente amostra.

### **3.4.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999).**

Esta escala foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) especificamente para a população portuguesa, com o objectivo de verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e actividades sociais. Este instrumento avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, focalizando o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Siqueira, 2008).

Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo likert, com cinco posições, nomeadamente, concordo totalmente, concordo na maior parte, nem concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente. Avalia quatro dimensões, com valores de consistência interna que variam entre 0.64 e 0.83, sendo o valor para a escala global de 0.85, o que revela uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999). O primeiro factor, denominado satisfação com os amigos (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem. Inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor diz respeito à intimidade (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro factor, satisfação com a família (SF) e mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9, 10, 11). O último factor, actividades sociais (AS) mede a satisfação com as actividades sociais que os indivíduos realizam. Inclui três itens (2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada factor resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos factores. Os itens são

cotados atribuindo o valor 1 aos itens assinalados com A e 5 aos itens assinalados com E. são exceções os itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, nos quais o valor 1 é atribuído aos itens assinalados com E e o valor 5 aos itens assinalados com A. A nota total da escala pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social.

De acordo com Baptista e colaboradores (2006), a pontuação da escala pode ser dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar se o suporte social é considerado alto, médio ou baixo. Assim, considera-se alto suporte social quando a pontuação se situa entre 51 e 75 pontos, médio suporte social entre 26 e 50 pontos e baixo suporte social até 25 pontos.

### 3.4.3.1. Características psicométricas do ESSS na amostra em estudo

Atendendo ao tamanho da amostra, a análise das características psicométricas deste instrumento incidiu no estudo da fidelidade interna. Nos quadros 8, 9, 10, 11 e 12 são apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna das sub-escalas Satisfação com os Amigos, Intimidade, Satisfação com a Família, Actividades Sociais e do total do ESSS. Na análise das correlações dos itens da sub-escala Satisfação com os Amigos com o total da escala, as correlações obtidas mostraram os valores entre .73 e .93 e um  $\alpha$  de Cronbach de .95.

**Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Satisfação com os Amigos (N= 52)**

| Itens   | Correlação do item com o total da escala (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|---|--|------------------------------|
| 3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.                         | .73  | .96                          |
| 12 – Estou satisfeito/a com a quantidade de amigos que tenho.                           | .93  | .93                          |
| 13 – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.         | .89  | .94                          |
| 14 – Estou satisfeito/a com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. | .90  | .93                          |
| 15 – Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho.                                 | .89  | .94                          |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .95</b>  |  |                              |

As correlações dos itens da sub-escala Intimidade com o total da escala, mostram valores entre .53 e .77. O valor do  $\alpha$  de Cronbach é de .82.

**Quadro 9: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Intimidade (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| <b>1</b> – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.  | .53   | .83                                 |
| <b>4</b> – Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.   | .77   | .72                                 |
| <b>5</b> – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.     | .69   | .76                                 |
| <b>6</b> – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. | .61   | .80                                 |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .82</b>  |   |                                     |

As correlações dos itens da sub-escala Satisfação com a Família com o total da escala, mostram valores entre .91 e .94. O valor do  $\alpha$  de Cronbach é de .97.

**Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Satisfação com a Família (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| <b>9</b> – Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.        | .94   | .94                                 |
| <b>10</b> – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família. | .91   | .96                                 |
| <b>11</b> – Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.          | .94   | .94                                 |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .97</b>  |   |                                     |

As correlações dos itens da sub-escala Actividades Sociais com o total da escala, mostram valores entre .36 e .66. O valor do  $\alpha$  de Cronbach é de .70.

**Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna da sub-escala Actividades Sociais (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.   | .36   | .81                                 |
| 7 – Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.   | .66   | .45                                 |
| 8 – Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.). | .58   | .54                                 |
| <b>α de Cronbach .70</b>  |   |                                     |

Na análise da consistência interna da escala total do ESSS, os itens apresentam correlações com o total da escala que se situam entre .39 e .80 e um  $\alpha$  de Cronbach de .91 (quadro 12). Assim, podemos concluir que o instrumento apresenta fidelidade e validade e pode ser utilizado na amostra em estudo.

**Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna do ESSS total (N= 52)**

| <b>Itens</b>  | <b>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</b> | <b>Alfa se o item for eliminado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| 1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.   | .63   | .91                                 |
| 2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.   | .60   | .91                                 |
| 3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.   | .65   | .91                                 |
| 4 – Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.  | .77   | .90                                 |
| 5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.        | .69   | .91                                 |
| 6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.    | .57   | .91                                 |
| 7 – Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.   | .39   | .92                                 |
| 8 – Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.). | .42   | .91                                 |

**Quadro 12: Resultados da análise de consistência interna do ESSS total (N= 52)**  
(continuação)

| Itens   | Correlação do item com o total da escala (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|---|--|------------------------------|
| 9 – Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.               | .55  | .91                          |
| 10 – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família.        | .55  | .91                          |
| 11 – Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.                 | .55  | .91                          |
| 12 – Estou satisfeito/a com a quantidade de amigos que tenho.                           | .69  | .91                          |
| 13 – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.         | .80  | .90                          |
| 14 – Estou satisfeito/a com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. | .75  | .90                          |
| 15 – Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho.                                 | .69  | .91                          |
| <b><math>\alpha</math> de Cronbach .91</b>  |  |                              |

### 3.5.Procedimentos de análise dos dados

Recolhidos os dados junto dos participantes, estes foram inseridos numa base de dados e processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 19.0).

Previamente à análise dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados, revelando o teste de *Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro Wilk* e os índices de *Kurtose* e *assimetria*, uma distribuição não normal para algumas variáveis e distribuição normal em outras. Nas variáveis com distribuição normal e homogeneidade da variância realizaram-se testes paramétricos. Quando violados os pressupostos de normalidade, utilizaram-se procedimentos não paramétricos.

Na análise das características sócio-demográficas e clínicas da amostra, foram usados testes de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. No estudo das diferenças existentes entre o género, nas variáveis sócio-demográficas, clínicas e de hábitos de saúde, foram realizados *testes de t para amostras independentes* (variáveis intervalares e contínuas) e teste de *Qui-Quadrado* (variáveis nominais).

Na caracterização da amostra nas diferentes variáveis estudadas realizaram-se procedimentos estatísticos variados. Nas variáveis que não violaram os pressupostos paramétricos utilizou-se o *teste t para amostras independentes* e para as variáveis que violaram os pressupostos paramétricos utilizou-se o *teste U de Mann-Whitney*. Foram ainda efectuados cálculos de coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* para estudar a associação entre as variáveis.

Neste estudo assumiu-se um valor de p. de .05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes. Considerou-se tendência de significância um valor de  $p \leq .10$ .

#### 4. Apresentação dos Resultados do Estudo

Seguidamente são apresentados os resultados das análises estatísticas efectuadas, sendo salientados os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo. Os dados foram organizados de forma a dar resposta aos objectivos do estudo. Inicialmente serão apresentados os resultados descritivos obtidos nos diferentes questionários e posteriormente os resultados dos testes estatísticos.

##### 4.1. Estado Emocional

Os resultados descritivos para as sub-escalas ansiedade e depressão (quadro 13) como podemos observar em relação à sub-escala ansiedade, a média é de 11,25 (DP= 4,69) e em relação à sub-escala depressão, a média é de 8,40 (DP= 4,83), revelando estes resultados serem superiores ao ponto de corte 7 (resultado clinicamente significativo).

**Quadro 13: Resultados descritivos (M e DP) das sub-escalas do HADS na amostra em estudo (N= 52)**

| HADS                 | M     | DP   |
|----------------------|-------|------|
| Sub-escala Ansiedade | 11,25 | 4,69 |
| Sub-escala Depressão | 8,40  | 4,83 |

O quadro 14 apresenta o grau de ansiedade e depressão da amostra, de leve a severo (classificação proposta por Moorey et al, 1999). Verifica-se que os indivíduos da amostra em estudo, na grande maioria apresentam um grau severo de ansiedade e um grau leve de depressão.

**Quadro 14: Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo (N= 52)**

| Gravidade | Ansiedade |       | Depressão |       |
|-----------|-----------|-------|-----------|-------|
|           | n         | %     | n         | %     |
| Leve      | 10        | 19,2% | 23        | 44,2% |
| Moderado  | 17        | 32,7% | 16        | 30,8% |
| Severo    | 25        | 48,1% | 13        | 25%   |

A gravidade dos níveis de ansiedade e depressão, por género, são apresentados no quadro 15. Observa-se que tanto os indivíduos do género masculino como do feminino, na grande maioria, apresentam um grau severo de ansiedade e um grau leve de depressão. As mulheres evidenciam menos gravidade de sintomas depressivos do

que os homens, mostrando no entanto, mais propensão para a ansiedade do que os homens.

**Quadro 15: Níveis de ansiedade e depressão na amostra em estudo por género (N= 52)**

| Gravidade       | Masculino (n= 24) |       |           |       | Feminino (n= 28) |       |           |       |
|-----------------|-------------------|-------|-----------|-------|------------------|-------|-----------|-------|
|                 | Ansiedade         |       | Depressão |       | Ansiedade        |       | Depressão |       |
|                 | n                 | %     | n         | %     | n                | %     | n         | %     |
| <b>Leve</b>     | 4                 | 16,7% | 9         | 37,5% | 6                | 21,4% | 14        | 50%   |
| <b>Moderado</b> | 9                 | 37,5% | 8         | 33,3% | 8                | 28,6% | 8         | 28,6% |
| <b>Severo</b>   | 11                | 45,8% | 7         | 29,2% | 14               | 50%   | 6         | 21,4% |

## 4.2. Suporte Social

No quadro 16 encontram-se os resultados descritivos para as sub-escalas e escala total do ESSS (médias e desvios - padrão).

**Quadro 16: Resultados descritivos da Percepção do Suporte Social na amostra em estudo (N= 52)**

| ESSS                          | M    | DP   |
|-------------------------------|------|------|
| <b>Escala Total</b>           | 43,5 | 15,8 |
| <b>Satisfação com amigos</b>  | 13,0 | 7,36 |
| <b>Intimidade</b>             | 11,3 | 5,27 |
| <b>Satisfação com Família</b> | 11,1 | 4,28 |
| <b>Actividades Sociais</b>    | 8,04 | 3,48 |

Como podemos observar no quadro 16, em relação à sub-escala “satisfação com os amigos” a média é de 13,02 (DP= 7,36), o que indica um médio suporte social para esta escala, pelo facto de se situar entre os 5 e os 25 pontos. Na sub-escala “intimidade” temos uma média de 11,27 (DP= 5,27), o que revela também um médio suporte social, uma vez que se situa entre os 4 e os 20 pontos. Na “satisfação com a família” a média é de 11,13 (DP= 4,28) o que indica um bom suporte social pelo facto de se situar entre os 3 e os 15 pontos e, por fim, na sub-escala “actividades sociais” a média é de 8,04 (DP= 3,48) indicando também um médio suporte social situando-se entre os 3 e os 15 pontos. Relativamente ao total do ESSS a média é de 43,5 (DP= 15,8), o que revela uma média percepção de suporte social, uma vez que o valor encontra-se entre 26 e 50 pontos.

No quadro 17 apresentam-se os resultados descritivos em relação aos níveis de suporte social dos indivíduos da amostra, (baixo, moderado e alto). Como observamos neste quadro, a maioria dos indivíduos da amostra considera ter um médio suporte

social (65,4%) ou alto (25%). Apenas 9,6% dos participantes percepcionou o suporte social que recebe como baixo.

**Quadro 17: Resultados descritivos dos níveis de Suporte Social da amostra em estudo (N= 52)**

| Níveis de Suporte Social |    |       |
|--------------------------|----|-------|
|                          | n  | %     |
| <b>Baixo</b>             | 5  | 9,6%  |
| <b>Moderado</b>          | 34 | 65,4% |
| <b>Alto</b>              | 13 | 25%   |

Os resultados descritivos da percepção de suporte social (baixo, moderado ou alto) dos indivíduos da amostra por género são apresentados no quadro 18.

**Quadro 18: Resultados descritivos dos níveis de Suporte Social da amostra em estudo por género (N= 52)**

| Níveis de Suporte Social | Masculino (n= 24) |       | Feminino (n= 28) |       | $\chi^2$ | p    |
|--------------------------|-------------------|-------|------------------|-------|----------|------|
|                          | n                 | %     | n                | %     |          |      |
| <b>Baixo</b>             | 4                 | 16,7% | 1                | 3,6%  | 2,761    | .248 |
| <b>Médio</b>             | 15                | 62,5% | 19               | 67,9% |          |      |
| <b>Alto</b>              | 5                 | 20,8% | 8                | 28,6% |          |      |

(\*p<0.05)

Verifica-se que tanto os indivíduos do género masculino (62,5%) como os do feminino (67,9%), na grande maioria, consideram ter um médio suporte social. Não encontramos diferenças significativas entre os indivíduos do género masculino e os indivíduos do género feminino ( $\chi^2 = 2,671$ ;  $p = .263$ ). De analisar que os participantes do género masculino evidenciam uma pior satisfação com o suporte social, considerando 16,7% dos homens o seu suporte social baixo enquanto que 3,6% das mulheres o classifica da mesma forma.

### 4.3. Hábitos de saúde e estilo de vida

Os hábitos de saúde e estilo de vida dos participantes foram avaliados através de algumas questões que avaliam a prática de actividade física, as horas de sono diário, o consumo de álcool e os hábitos alimentares. Foi ainda avaliada a percepção do sujeito acerca das causas do seu peso em excesso.

Na presente amostra de obesos, 25 indivíduos praticam actividade física (48,1%), dos quais 7,7% pratica uma vez por semana, 17,3% duas a três vezes por semana e 23,1% mais de três vezes por semana. Em média, os indivíduos da amostra, tendem a dormir cerca de 6,37 horas por noite (DP= 1,37). 44,2% da amostra refere que nunca consome bebidas alcoólicas e o restante refere fazê-lo (19,2% algumas vezes por mês, 15,4% todos os dias, 5,8% algumas vezes por ano, 15,4% algumas vezes por semana). 67,3% da amostra faz mais de três refeições por dia e 94,2% toma o pequeno-almoço todos os dias. 46,2% ingerem pelo menos algum alimento uma vez por dia entre as refeições e 44,2% raramente ou nunca. 51,9% dos indivíduos afirmam consumir fruta e vegetais pelo menos uma vez por dia, e apenas 1,9% refere que muito raramente ou nunca o fazem. 42,3% indicam que acrescentam sal à comida esporadicamente e cerca de 75% afirma consumir doces esporadicamente.

Relativamente à percepção acerca das causas do peso em excesso, os participantes referiram a má alimentação (63,5%), o deixar de fumar (13,5%), a gravidez (5,8%), o sedentarismo (9,6%), a hereditariedade (1,9%) e 5,8% da amostra apontou outras causas associadas. A média do IMC desta amostra é de 33,4 (DP= 2,56). Assim, e segundo a classificação da OMS (2009), é predominante na presente amostra a obesidade moderada ou de classe I (61,5%).

**Quadro 19: Resultados descritivos dos hábitos de Saúde da amostra em estudo (N= 52)**

| <b>Caracterização dos hábitos de saúde da amostra (N= 52)</b> |          |          |          |           |
|---|----------|----------|----------|-----------|
|   | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
| <b>Pratica actividade física</b>                              |          |          |          |           |
| Sim   | 25       | 48,1%    |          |           |
| Não   | 27       | 51,9%    |          |           |
| <b>Nº de vezes que pratica por semana</b>                     |          |          |          |           |
| Nunca   | 27       | 51,9%    |          |           |
| Uma vez   | 4        | 7,7%     |          |           |
| Duas a três vezes   | 9        | 17,3%    |          |           |
| Mais de três vezes  | 12       | 23,1%    |          |           |
| <b>Horas de Sono</b>  | 52       |          | 6,37     | 1,37      |
| <b>Consumo de álcool</b>                                      |          |          |          |           |
| Nunca   | 23       | 44,2%    |          |           |
| Algumas vezes por ano   | 3        | 5,8%     |          |           |
| Algumas vezes por mês   | 10       | 19,2%    |          |           |
| Algumas vezes por semana                                      | 8        | 15,4%    |          |           |
| Todos os dias   | 8        | 15,4%    |          |           |
| <b>Nº de refeições diárias</b>                                |          |          |          |           |
| Mais de três  | 35       | 67,3%    |          |           |
| Três  | 15       | 28,8%    |          |           |
| À base de sandes  | 2        | 3,8%     |          |           |

**Quadro 19: Resultados descritivos dos hábitos de Saúde da amostra em estudo (N= 52) (continuação)**

| <b>Caracterização dos hábitos de saúde da amostra (N= 52)</b> |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|
|   | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>M</b> |
| <b>Toma o Pequeno-almoço</b>                                  |          |          |          |
| Todos os dias   | 49       | 94,2%    |          |
| Às vezes  | 3        | 9,6%     |          |
| Raramente/Nunca   | 0        | 0%       |          |
| <b>Snacks entre refeições</b>                                 |          |          |          |
| Uma vez por dia   | 24       | 46,2%    |          |
| 2 a 3 vezes por dia   | 5        | 9,6%     |          |
| Raramente/Nunca   | 23       | 44,2%    |          |
| <b>Consumo de Fruta e Vegetais</b>                            |          |          |          |
| 2 a 3 vezes por dia   | 17       | 32,7%    |          |
| Uma vez por dia   | 27       | 51,9%    |          |
| Mais de uma vez por semana                                    | 4        | 7,7%     |          |
| Uma vez por semana  | 3        | 5,8%     |          |
| Raramente/ Nunca  | 1        | 1,9%     |          |
| <b>Acrescentar Sal na Comida</b>                              |          |          |          |
| Frequentemente  | 20       | 38,5%    |          |
| De vez em quando  | 22       | 42,3%    |          |
| Raramente/Nunca   | 10       | 19,2%    |          |
| <b>Ingerir Doces</b>  |          |          |          |
| Todos os dias   | 4        | 7,7%     |          |
| Às vezes  | 39       | 75%      |          |
| Raramente/Nunca   | 9        | 17,3%    |          |
| <b>Causas do aumento de peso</b>                              |          |          |          |
| Má alimentação  | 33       | 63,5%    |          |
| Sedentarismo  | 5        | 9,6%     |          |
| Hereditariedade   | 1        | 1,9%     |          |
| Gravidez  | 3        | 5,8%     |          |
| Deixar de Fumar   | 7        | 13,5%    |          |
| Outro   | 3        | 5,8%     |          |

Em resumo, em relação aos hábitos de saúde, verifica-se que de um modo geral os indivíduos da amostra têm cuidados a este nível. Tal deve-se ao facto destes indivíduos frequentarem a consulta de nutrição, sendo acompanhados por uma nutricionista.

#### **4.4. Associação entre estado emocional e suporte social**

Uma vez que as sub-escalas do HADS (ansiedade e depressão) e as sub-escalas do ESSS (Satisfação com os Amigos, Satisfação com a Família, Actividades Sociais, Intimidade) e o ESSS total não apresentam uma distribuição normal, no estudo da relação entre estas variáveis utilizou-se um procedimento não paramétrico. Os coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as duas sub-escalas do Hads, revela que estas se correlacionam entre si significativa e positivamente ( $r = .66$ ;  $p < .01$ ). Em relação às sub-escalas do ESSS, este teste revela que estas também se correlacionam

entre si de forma significativa e positiva ( $r = .17$ ;  $p < .01$ ). As correlações observadas entre as sub-escalas do HADS e o ESSS total foram também elevadas e evidenciam uma associação negativa ( $r = -.749$  para a sub-escala depressão e  $r = -.556$  para a sub-escala ansiedade). Assim, um valor mais elevado em cada escala do suporte social, surge associada a menores resultados nas escalas de ansiedade e depressão. Do mesmo modo, níveis mais elevados de ansiedade e depressão, surgem relacionados com resultados inferiores na percepção do suporte social.

**Quadro 20: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as sub-escalas do HADS e do ESSS (N= 52)**

|                     | Ansiedade | Depressão | Satisfação Amigos | Intimidade | Satisfação Família | Actividades Sociais | ESSS    |
|---------------------|-----------|-----------|-------------------|------------|--------------------|---------------------|---------|
| Ansiedade           | 1         | .661**    | -.339*            | -.641**    | -.326*             | -.484**             | -.556** |
| Depressão           | .661**    | 1         | -.579**           | -.794**    | -.352*             | -.499**             | -.749** |
| Satisfação Amigos   | -.339*    | -.579**   | 1                 | .550**     | .173               | .367**              | .770**  |
| Intimidade          | -.641**   | -.794**   | .550**            | 1          | .563**             | .524**              | .882**  |
| Satisfação Família  | -.326*    | -.352*    | .173              | .563**     | 1                  | .308*               | .558**  |
| Actividades Sociais | -.484**   | -.499**   | .367**            | .524**     | .308*              | 1                   | .645**  |
| ESSS                | -.556**   | -.749**   | .770**            | .882**     | .558**             | .645**              | 1       |

(\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ )

#### 4.5. Variação dos resultados em função das variáveis sócio-demográficas estudadas

As variáveis sócio-demográficas seleccionadas para este estudo foram: o género; a idade; a zona de residência; a escolaridade; o estatuto profissional; o estado civil; e o IMC.

##### 4.5.1. Diferenças de género

Nesta investigação efectuou-se um estudo de comparação entre os indivíduos do género masculino com os do feminino no que concerne aos hábitos de saúde, estado emocional e percepção de suporte social.

## Hábitos de Saúde

Em relação aos hábitos de saúde, 33,3% dos homens e 60,7% das mulheres referem praticar alguma actividade física e 60,7%. Assim, constatamos que as mulheres praticam mais actividade física do que os homens, existindo diferenças significativas entre ambos ( $\chi^2= 3,88$ ; p. 049). Em média os homens dormem 6h por noite e as mulheres cerca de 7 horas. Assim, as mulheres dormem mais horas que os homens encontrando-se também nesta variável diferenças estatisticamente significativas (t= 23; p. 000). Cerca de 29,2% dos homens afirma que não consome bebidas alcoólicas, bem como 57,1% das mulheres ( $\chi^2= 7,99$ ; p. 092). A maioria dos homens (58,3%) tal como a maioria das mulheres (75%) fazem mais de três refeições por dia. Tanto os homens como as mulheres tomam o pequeno - almoço todos os dias ( $\chi^2= 3,18$ ; p. 204). Cerca de 82,1% das mulheres afirma comer pelo menos uma vez por dia entre as refeições, enquanto 79,2% dos homens apenas o faz raramente ou nunca ( $\chi^2= 19,55$ ; p. 000). Assim, as mulheres apresentam uma dieta mais equilibrada a este nível do que os homens, porque fazem *snacks* entre as refeições, enquanto os homens saltam de uma refeição principal para outra. 75% dos homens consomem pelo menos duas a três vezes por dia frutas e vegetais, bem como 71,4% das mulheres ( $\chi^2= 3,12$ ; p. 214). 66,7% dos homens refere acrescentar sal à comida de vez em quando, raramente ou nunca, tal como as mulheres (57,1) ( $\chi^2= 2,84$ ; p. 242). Tanto os homens (58,3%) como as mulheres (67,9%) apontam como uma das principais causas do seu peso a má alimentação ( $\chi^2= 3,57$ ; p. 249).

**Quadro 21: Caracterização dos Hábitos de Saúde: diferenças de género (N= 52)**

|                                  | Masculino (n= 24) |       |      |      | Feminino (n= 28) |       |      |      | $\chi^2/t$ | p      |
|----------------------------------|-------------------|-------|------|------|------------------|-------|------|------|------------|--------|
|                                  | n                 | %     | M    | DP   | n                | %     | M    | DP   |            |        |
| <b>Pratica actividade física</b> |                   |       |      |      |                  |       |      |      | 3,88       | .049*  |
| Sim                              | 8                 | 33,3% |      |      | 17               | 60,7% |      |      |            |        |
| Não                              | 16                | 66,7% |      |      | 11               | 39,3% |      |      |            |        |
| <b>Quantas vezes pratica</b>     |                   |       |      |      |                  |       |      |      | 6,57       | .232   |
| Nunca                            | 16                | 66,7% |      |      | 11               | 39,3% |      |      |            |        |
| 1 a 3 vezes por semana           | 8                 | 33,3% |      |      | 17               | 60,7% |      |      |            |        |
| <b>Horas de sono</b>             |                   |       | 5,96 | 1,26 |                  |       | 6,71 | 1,38 | 23,0       | .000*  |
| <b>Consumo de álcool</b>         |                   |       |      |      |                  |       |      |      | 7,59       | .092   |
| Nunca                            | 7                 | 29,2% |      |      | 16               | 57,1% |      |      |            |        |
| Algumas vezes                    | 17                | 70,8% |      |      | 12               | 42,9% |      |      |            |        |
| <b>Nº de refeições por dia</b>   |                   |       |      |      |                  |       |      |      | 3,10       | .204   |
| Mais de três                     | 14                | 58,3% |      |      | 21               | 75%   |      |      |            |        |
| Três                             | 10                | 41,7% |      |      | 7                | 25%   |      |      |            |        |
| <b>Toma pequeno-almoço</b>       |                   |       |      |      |                  |       |      |      | 3,71       | .054** |
| Todos os dias                    | 21                | 87,5% |      |      | 28               | 100%  |      |      |            |        |
| Às vezes                         | 3                 | 12,5% |      |      | 0                | 0     |      |      |            |        |

**Quadro 21: Caracterização dos Hábitos de Saúde: diferenças de género (N= 52) (continuação)**

|                                  | Masculino (n= 24) |       |   |    | Feminino (n= 28) |       |   |      | $\chi^2/t$ | p     |
|----------------------------------|-------------------|-------|---|----|------------------|-------|---|------|------------|-------|
|                                  | n                 | %     | M | DP | n                | %     | M | DP   |            |       |
| <b>Snacks entre as refeições</b> |                   |       |   |    |                  |       |   |      | 19,5       | .000* |
| Sim, 1 a 3 vezes                 | 5                 | 20,8% |   |    | 23               | 82,1% |   |      |            |       |
| Raramente/ nunca                 | 19                | 79,2% |   |    | 5                | 17,9% |   |      |            |       |
| <b>Consumo fruta e vegetais</b>  |                   |       |   |    |                  |       |   |      | 3,12       | .214  |
| 2 a 3 vezes por dia              | 18                | 75%   |   |    | 20               | 71,4% |   |      |            |       |
| Raramente/ nunca                 | 6                 | 25%   |   |    | 8                | 28,6% |   |      |            |       |
| <b>Acrescenta sal à comida</b>   |                   |       |   |    |                  |       |   |      | 2,84       | .242  |
| Frequentemente                   | 8                 | 33,3% |   |    | 12               | 42,9% |   |      |            |       |
| Às vezes, raramente/<br>nunca    | 16                | 66,7% |   |    | 16               | 57,1% |   |      |            |       |
| <b>Consumo doces</b>             |                   |       |   |    |                  |       |   |      | .034       | .983  |
| Às vezes                         | 18                | 75%   |   |    | 21               | 75%   |   |      |            |       |
| Raramente/ nunca                 | 6                 | 25%   |   |    | 7                | 25%   |   |      |            |       |
| <b>Causas do excesso de peso</b> | 14                | 58,3% |   |    | 19               | 67,9% |   | 3,57 |            | .249  |
| Má alimentação                   | 10                | 41,7% |   |    | 9                | 32,1% |   |      |            |       |
| Outras                           |                   |       |   |    |                  |       |   |      |            |       |

(\*p<0.05; \*\*p<0.10)

### Estado Emocional

Não estando cumpridos os pressupostos para utilização da estatística paramétrica nas escalas ansiedade e depressão do HADS na amostra masculina e feminina, utilizaram-se procedimentos não paramétricos. Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos do sexo masculino com os do sexo feminino em relação ao seu estado emocional não mostraram significância estatística quer em relação à ansiedade ( $Z = -.028$ ;  $p = .978$ ) quer na sub-escala depressão ( $Z = -1,142$ ;  $p = .254$ ).

**Quadro 22: Resultados do teste de Mann-Whitney nas sub-escalas do HADS por género (N= 52)**

| HADS             | Masculino<br>(n= 24) | Feminino<br>(n= 28) | Z      | p    |
|------------------|----------------------|---------------------|--------|------|
|                  | Ordem média          | Ordem média         |        |      |
| <b>Ansiedade</b> | 26,56                | 26,45               | -.028  | .978 |
| <b>Depressão</b> | 29,08                | 24,29               | -1,142 | .254 |

(\*p<0.05)

### Suporte social

Estando cumpridos os pressupostos para utilização da estatística paramétrica nas escalas do suporte social, na amostra masculina e feminina, nomeadamente nas Actividades Sociais e ESSS, utilizaram-se procedimentos paramétricos. O resultado do *t-test* para amostras independentes na comparação das médias de percepção do suporte

social entre os indivíduos do sexo masculino e os participantes do sexo feminino, revelou não haver diferenças significativas entre estes, no que diz respeito às actividades sociais ( $p=.083$ ) e ao ESSS total ( $p=.870$ ).

**Quadro 23: Resultados do *t-test* para amostras independentes, nas sub-escalas Actividades Sociais e ESSS total do suporte social, por género (N= 52)**

|                            | Masculino<br>(n= 24) |       | Feminino<br>(n= 28) |        | t      | p    |
|----------------------------|----------------------|-------|---------------------|--------|--------|------|
|                            | M                    | DP    | M                   | DP     |        |      |
| <b>Actividades Sociais</b> | 8,13                 | 3,39  | 7,96                | 3,61   | -1,768 | .083 |
| <b>ESSS total</b>          | 39,38                | 15,31 | 46,96               | 17,610 | .165   | .870 |

(\* $p<0.05$ )

Nas restantes sub-escalas uma vez que foram violados os pressupostos para utilização de estatística paramétrica, foram utilizados procedimentos de análise não paramétrica.

**Quadro 24: Resultados do teste de *Mann-Whitney*, nas escalas Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os Amigos, por género (N= 52)**

|                           | Masculino<br>(n= 24) | Feminino<br>(n= 28) | Z       | p             |
|---------------------------|----------------------|---------------------|---------|---------------|
|                           | Ordem Média          | Ordem Média         |         |               |
| <b>Satisfação Família</b> | 21,7                 | 30,6                | - 2,166 | <b>.030*</b>  |
| <b>Intimidade</b>         | 25                   | 27,8                | - .664  | .507          |
| <b>Satisfação Amigos</b>  | 22,3                 | 30,1                | - 1,875 | <b>.061**</b> |

(\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.10$  – tendência de significância)

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* revelou que a sub-escala Intimidade ( $Z= - .664$ ;  $p=.507$ ) não apresenta significância estatística no estudo das diferenças de género. No entanto, na Satisfação com a Família verifica-se diferenças significativas de género ( $Z= - 2,166$ ;  $p=.030$ ), evidenciando, os indivíduos do sexo feminino uma percepção mais positiva do seu suporte social relacionado com a família (ordem média = 30,6) do que os indivíduos do sexo masculino (ordem média = 21,7). Na sub-escala Satisfação com os amigos há uma tendência de significância ( $Z= - 1,875$ ;  $p=.061$ )

evidenciando os homens uma menor percepção de suporte social associado aos amigos (ordem média = 22,3) do que as mulheres (ordem média = 30,1).

#### 4.5.2. Variação com a idade

Foi também realizado um estudo de comparação entre os indivíduos com idade inferior ou igual a 43 anos com indivíduos com idade superior a 43 anos, nas diferentes variáveis estudadas. A variável idade foi categorizada em dois grupos homogêneos: os indivíduos mais novos ( $\leq 43$ ) e os mais velhos ( $> 43$ ). Em relação ao Estado Emocional e a algumas sub-escalas do suporte social, nomeadamente Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os amigos utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que foram violados os pressupostos para utilização de estatística paramétrica. Em relação às Actividades Sociais e ESSS, utilizou-se estatística paramétrica, dado estarem cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos mais novos com os mais velhos em relação ao seu estado emocional não mostraram significância estatística em relação à ansiedade ( $Z = -.762$ ;  $p = .446$ ) e à depressão ( $Z = -.707$ ;  $p = .480$ ).

**Quadro 25: Resultados do teste *Mann-Whitney*, nas sub-escalas Ansiedade e depressão do HADS, de acordo com a idade (N=52)**

| HADS             | Mais novos  | Mais velhos | Z     | p    |
|------------------|-------------|-------------|-------|------|
|                  | (n= 26)     | (n= 26)     |       |      |
|                  | Ordem média | Ordem média |       |      |
| <b>Ansiedade</b> | 28,1        | 24,9        | -.762 | .446 |
| <b>Depressão</b> | 25,0        | 27,9        | -.707 | .480 |

(\* $p < 0.05$ )

#### Suporte Social

Em relação à variação dos resultados na percepção do suporte social de acordo com a idade, o resultado do *t-test* para amostras independentes de comparação dos indivíduos mais novos com os mais velhos revelou não haver diferenças significativas entre estes indivíduos, no que diz respeito às actividades sociais ( $p = .637$ ) e ao ESSS total ( $p = .465$ ).

**Quadro 26: Resultados do *t*-test para amostras independentes, na percepção de suporte social, de acordo com a idade (categorizada) (N= 52)**

| ESSS                       | Mais novos<br>(n= 26) |      | Mais velhos<br>(n= 26) |      | t    | p    |
|----------------------------|-----------------------|------|------------------------|------|------|------|
|                            | M                     | DP   | M                      | DP   |      |      |
| <b>Actividades Sociais</b> | 8,3                   | 3,7  | 7,81                   | 3,26 | .475 | .637 |
| <b>ESSS total</b>          | 45,1                  | 16,8 | 41,9                   | 14,8 | .736 | .465 |

(\*p<0.05)

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney*, na comparação dos indivíduos mais novos com os mais velhos em relação à percepção de suporte social, nomeadamente na Intimidade ( $Z = -.938$ ;  $p = .348$ ), na Satisfação com os amigos ( $Z = -.632$ ;  $p = .527$ ) e na Satisfação com a Família ( $Z = -.028$ ;  $p = .977$ ) não mostraram haver significância estatística.

**Quadro 27: Resultados do teste *Mann-Whitney* na percepção de suporte social de acordo com a idade (N=52)**

| ESSS                      | Mais novos<br>(n= 26) | Mais velhos<br>(n= 26) | Z     | p    |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------|------|
|                           | Ordem média           | Ordem média            |       |      |
| <b>Satisfação Família</b> | 26,6                  | 26,4                   | -.028 | .977 |
| <b>Intimidade</b>         | 28,5                  | 24,5                   | -.938 | .348 |
| <b>Satisfação Amigos</b>  | 27,8                  | 25,2                   | -.632 | .527 |

(\*p<0.05)

#### 4.5.3. Variação dos resultados de acordo com a zona de residência

Foram ainda efectuados estudos de variação dos resultados de acordo com o local de residência dos indivíduos, (zona rural e zona urbana). Em relação ao Estado Emocional e a algumas sub-escalas do suporte social, nomeadamente Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os amigos utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para utilização de estatística paramétrica. Em relação às Actividades Sociais e ESSS, utilizou-se estatística paramétrica, efectuando o teste de *Levene* para testar a homogeneidade da variância, tendo sido cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

## Estado Emocional

Os resultados do teste *U Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos da zona rural com os da zona urbana em relação ao estado emocional, não mostraram significância estatística entre os indivíduos (Ansiedade:  $Z = -.772$ ;  $p = .440$ ; Depressão:  $Z = -.119$ ;  $p = .915$ ).

### Quadro 28: Resultados do teste *Mann-Whitney*, nas sub-escalas Ansiedade e Depressão do HADS, de acordo com o local de residência (N= 52)

| HADS      | Zona Rural<br>(n= 27) |  | Zona Urbana<br>(n= 25) |  | Z     | p    |
|-----------|-----------------------|--|------------------------|--|-------|------|
|           | Ordem média           |  | Ordem média            |  |       |      |
| Depressão | 26,3                  |  | 26,8                   |  | -.119 | .915 |
| Ansiedade | 24,9                  |  | 28,2                   |  | -.772 | .440 |

(\* $p < 0.05$ )

## Suporte Social

O resultado do *t-test* para amostras independentes de comparação dos indivíduos da zona rural e os da zona urbana, revelou não haver diferenças significativas na percepção de suporte social entre estes indivíduos. Os indivíduos da zona urbana obtiveram, em relação às actividades sociais, uma média de 7,89 (DP= 3,262) e os da zona urbana, média de 8,20 (DP= 3,753), com nota  $t = .764$  ( $p = .448$ ). Em relação ao total do instrumento, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $t = -.320$ ;  $p = .751$ ). Os indivíduos na zona rural obtiveram uma média de 45,04 (DP= 13,953) e os da zona urbana média de 41,72 (DP= 17,610).

### Quadro 29: Resultados do *t-test* para amostras independentes, para sub-escala Actividades Sociais e do ESSS total, de acordo com o local de residência (N= 52)

| ESSS                | Zona Rural<br>(n= 27) |        | Zona Urbana<br>(n= 25) |        | t     | p    |
|---------------------|-----------------------|--------|------------------------|--------|-------|------|
|                     | M                     | DP     | M                      | DP     |       |      |
| Actividades Sociais | 7,89                  | 3,262  | 8,20                   | 3,753  | .764  | .448 |
| ESSS total          | 45,0                  | 13,953 | 41,7                   | 17,610 | -.320 | .751 |

(\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.10$ )

Na sub-escala Satisfação com a Família verificou-se significância estatística na comparação entre os grupos ( $Z = -3,010$ ;  $p = .003$ ). Assim, os indivíduos da zona rural apresentaram uma maior Satisfação com a Família (ordem média = 32,4) do que os da

zona urbana (ordem média = 20,1). Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos da zona rural com os da zona urbana em relação à percepção do suporte social, não mostraram significância estatística nas sub-escalas Intimidade ( $Z = -.451$ ;  $p = .652$ ) e Satisfação com os Amigos ( $Z = -.363$ ;  $p = .717$ ).

**Quadro 30: Resultados do teste *Mann-Whitney*, nas sub-escalas Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os Amigos, de acordo com o local de residência (N= 52)**

| ESSS               | Zona Rural<br>(n= 27) | Zona Urbana<br>(n= 25) | Z       | p     |
|--------------------|-----------------------|------------------------|---------|-------|
|                    | Ordem média           | Ordem média            |         |       |
| Satisfação Família | 32,4                  | 20,1                   | - 3,010 | .003* |
| Intimidade         | 27,4                  | 25,5                   | - .451  | .652  |
| Satisfação Amigos  | 25,8                  | 27,3                   | - .363  | .717  |

(\* $p < 0.05$ )

#### 4.5.4. Diferenças em função da escolaridade

Foram também estudadas as variações dos resultados nas variáveis em estudo de acordo com a escolaridade da amostra. A variável escolaridade foi categorizada em dois grupos: escolaridade  $\leq 9^\circ$  ano e escolaridade  $> 9^\circ$  ano. O estudo da normalidade dos dados em relação ao Estado Emocional e a algumas sub-escalas do suporte social, nomeadamente Satisfação com a Família, Intimidade, Satisfação com os amigos e ESSS total revelou não estarem cumpridos os pressupostos para utilização de estatística paramétrica. Em relação às Atividades Sociais, o *t-test*, *Shapiro – Wilk* e o teste de *Levene* para testar a homogeneidade da variância, revelaram estarem cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos com escolaridade igual ou inferior ao 9º ano com os indivíduos com escolaridade superior ao 9º ano, não mostraram significância estatística em relação à ansiedade embora evidenciam uma tendência de significância. No entanto, em relação à sub-escala depressão, verificou-se significância estatística ( $Z = - 2,564$ ;  $p = .010$ ) na comparação entre grupos. Assim, os indivíduos com escolaridade inferior ao 9º ano apresentam

níveis mais elevados de depressão (ordem média = 30,2) do que os indivíduos com escolaridade superior (ordem média = 18,8).

**Quadro 31: Resultados do teste *Mann-Whitney*, para as sub-escalas Ansiedade e Depressão do HADS, de acordo com a escolaridade (N= 52)**

| HADS      | <=9º ano    | >9º ano     | Z       | p     |
|-----------|-------------|-------------|---------|-------|
|           | (n= 35)     | (n= 17)     |         |       |
|           | Ordem média | Ordem média |         |       |
| Ansiedade | 29,1        | 21,1        | - 1,802 | .072  |
| Depressão | 30,2        | 18,8        | - 2,564 | .010* |

(\*p<0.05)

### Suporte Social

Em relação à percepção de suporte social, o teste *U de Mann-Witney* não mostrou significância estatística em nenhuma das sub-escalas (quadro 32), Satisfação com a Família (Z= - 1,106; p=.422), Intimidade (Z= - 1,891; p=.059), Satisfação com os Amigos (Z= - .803; p=.269) e o ESSS total (Z= - .947; p=.344). De salientar, contudo, uma aproximação a tendência de significância na sub-escala Intimidade, evidenciando o grupo com mais escolaridade maior satisfação com o suporte social associado à Intimidade do que os indivíduos com escolaridade inferior.

**Quadro 32: Resultados do teste *Mann-Whitney*, das sub-escalas de percepção com o suporte social, de acordo com a escolaridade (N= 52)**

| ESSS               | <=9º ano    | >9º ano     | Z       | p      |
|--------------------|-------------|-------------|---------|--------|
|                    | (n= 35)     | (n= 17)     |         |        |
|                    | Ordem média | Ordem média |         |        |
| Satisfação Família | 28,1        | 23,3        | - 1,106 | .422   |
| Intimidade         | 23,7        | 32,2        | - 1,891 | .059** |
| Satisfação Amigos  | 25,3        | 28,9        | - .803  | .269   |
| ESSS total         | 25,1        | 29,4        | - .947  | .344   |

(\*p<0.05; \*\*p<0.10 – tendência de significância)

O resultado do *t-test* para amostras independentes de comparação da média das atividades sociais, entre os indivíduos com escolaridade igual ou inferior ao 9º ano (M= 8,09; DP= 3,338) com os indivíduos com escolaridade superior ao 9º ano (M=

7,94; DP= 3,848), revelou não haver diferenças significativas entre estes indivíduos ( $t = .139$ ;  $p = .890$ ).

**Quadro 33: Resultados do *t*-test para amostras independentes, para a sub-escala actividades sociais, por escolaridade categorizada (n= 52)**

| ESSS                | <= 9º ano<br>n= 35 |       | >9º ano<br>n= 17 |       | t    | p    |
|---------------------|--------------------|-------|------------------|-------|------|------|
|                     | M                  | DP    | M                | DP    |      |      |
| Actividades Sociais | 8,09               | 3,338 | 7,94             | 3,848 | .139 | .890 |

(\* $p < 0.05$ )

#### 4.5.5. Variação de acordo com o estatuto profissional

A variável estatuto profissional foi categorizada em dois grupos: indivíduos profissionalmente activos (estatuto actual de trabalhador) e indivíduos profissionalmente não activos (desempregados e reformados).

Em relação ao Estado Emocional e a algumas sub-escalas do suporte social, nomeadamente Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os amigos utilizou-se estatística não paramétrica, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos para utilização de estatística paramétrica. Em relação às Actividades Sociais e ao ESSS total, utilizou-se estatística paramétrica.

#### Estado Emocional

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos profissionalmente activos com os que não se encontram activos mostraram significância estatística em relação ao seu estado emocional (quadro 34). Os indivíduos profissionalmente não activos tendem a apresentar valores mais elevados nas sub-escalas depressão e ansiedade do que os que se encontram profissionalmente activos.

**Quadro 34: Resultados do teste *Mann – Whitney*, das sub-escalas Ansiedade e depressão do HADS, de acordo com o estatuto profissional (N= 52)**

| HADS      | Activo<br>(n= 28) | Não Activo<br>(n= 24) | Z       | p     |
|-----------|-------------------|-----------------------|---------|-------|
|           | Ordem média       | Ordem média           |         |       |
| Depressão | 20,5              | 33,5                  | - 3,094 | .002* |
| Ansiedade | 22,8              | 30,8                  | - 1,916 | .045* |

(\* $p < 0.05$ )

Na sub-escala depressão os indivíduos não activos apresentaram uma ordem média (ordem média = 33,5) superior quando comparados com os indivíduos activos (M= 20,5) (Z= - 3,094; p=.002). Na sub-escala ansiedade os indivíduos não activos apresentam também ordem média (ordem média = 30,8) superior quando comparados com os indivíduos activos (ordem média = 22,8) (Z= - 1,916; p=.045).

### **Suporte Social**

No que concerne à percepção de suporte social, os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos profissionalmente activos com os que não se encontram activos mostraram significância estatística na sub-escala Intimidade (Z= - 2,544; p=.011). Assim, os indivíduos profissionalmente activos encontram-se mais satisfeitos ao nível da Intimidade (ordem média = 31,4) do que os profissionalmente não activos (ordem média = 20,8). Não se verificou significância estatística na Satisfação com a Família (Z= - .747; p=.455) e na Satisfação com os Amigos (Z= - 2,360; p=.455).

**Quadro 35: Resultados do teste Mann – Whitney, para as sub-escalas de percepção do suporte social, de acordo com o estatuto profissional (N= 52)**

| ESSS                      | Activo      | Não Activo  | Z       | p            |
|---------------------------|-------------|-------------|---------|--------------|
|                           | (n= 28)     | (n= 24)     |         |              |
|                           | Ordem média | Ordem média |         |              |
| <b>Satisfação Família</b> | 27,9        | 24,9        | - .747  | .455         |
| <b>Intimidade</b>         | 31,4        | 20,8        | - 2,544 | <b>.011*</b> |
| <b>Satisfação Amigos</b>  | 31,0        | 21,2        | - 2,360 | .455         |

(\*p<0.05)

O resultado do *t-test para amostras independentes* de comparação da média das actividades sociais e do ESSS total, entre os indivíduos profissionalmente activos com os não activos, revelou haver diferenças significativas entre estes indivíduos no ESSS total (t=2,485; p=.016). Assim, os indivíduos profissionalmente activos (M= 48,25; DP= 15,099) têm uma percepção de suporte social mais positiva do que os indivíduos que não se encontram activos (M= 37,88; DP= 14,898). Não se verificaram diferenças significativas no que respeita às actividades sociais (t=.791; p=.432).

**Quadro 36: Resultados do *t-test* para amostras independentes, para a sub-escala actividades sociais e do ESSS total, (estatuto profissional) (N= 52)**

| ESSS                | Activo<br>(n= 28) |           | Não Activo<br>(n= 24) |             | t            | p            |
|---------------------|-------------------|-----------|-----------------------|-------------|--------------|--------------|
|                     | M                 | DP        | M                     | DP          |              |              |
| Actividades Sociais | 8,43              | 3,41      | 7,62                  | 3,64        | .791         | .432         |
| <b>ESSS total</b>   | <b>48,3</b>       | <b>15</b> | <b>37,9</b>           | <b>14,9</b> | <b>2,485</b> | <b>.016*</b> |

(\*p<0.05)

#### 4.5.6. Diferenças em função do estado civil

A variável estado civil foi categorizada em dois níveis: indivíduos casados e indivíduos solteiros ou que se encontram num outro estado civil. O estudo dos pressupostos para utilização de estatística paramétrica relativamente ao estado civil, violou o pressuposto de normalidade na sub-escala ansiedade e em todas as sub-escalas da percepção de suporte social. Assim, nestas dimensões utilizou-se o *U de Mann-Whitney*. Na sub-escala depressão o procedimento estatístico utilizado foi o *t-test* para amostras independentes.

#### Estado Emocional

O resultado do *t-test* para amostras independentes de comparação das médias da depressão, entre indivíduos casados com indivíduos solteiros/outro estado civil, revelou não haver diferenças significativas entre estes indivíduos (t=.523; p=.604).

**Quadro 37: Resultados do *t-test* para amostras independentes, da sub-escala depressão do HADS, (estado civil) (N= 52)**

| HADS             | Casado<br>(n= 28) |              | Solteiro/Outro<br>(n= 24) |              | t           | p           |
|------------------|-------------------|--------------|---------------------------|--------------|-------------|-------------|
|                  | M                 | DP           | M                         | DP           |             |             |
| <b>Depressão</b> | <b>8,85</b>       | <b>5,143</b> | <b>8,13</b>               | <b>4,689</b> | <b>.523</b> | <b>.604</b> |

(\*p<0.05)

Na sub-escala ansiedade o teste *U de Mann-Whitney* revelou haver diferenças significativas entre os indivíduos casados com os solteiros/outro estado civil (Z= -1,945; p=.042). Assim, os indivíduos casados mostram um valor mais elevado de ansiedade (ordem média = 31,65) do que os solteiros ou que se encontram num outro estado civil (ordem média = 23,28).

**Quadro 38: Resultados do teste *Mann-Whitney*, para a sub-escala ansiedade do HADS, por estado civil (N= 52)**

| HADS      | Casado      | Solteiro/Outro | Z       | p            |
|-----------|-------------|----------------|---------|--------------|
|           | (n= 28)     | (n= 24)        |         |              |
|           | Ordem média | Ordem média    |         |              |
| Ansiedade | 31,65       | 23,28          | - 1,945 | <b>.042*</b> |

(\*p<0.05)

### Suporte Social

Relativamente ao suporte social, os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos casados com os solteiros mostraram significância estatística em relação à sub-escala Intimidade ( $Z = -1,965$ ;  $p = .049$ ) e ESSS total ( $Z = -2,183$ ;  $p = .029$ ). Assim, os indivíduos casados revelam uma percepção mais positiva do seu suporte social relativamente à Intimidade (ordem média = 29,8) e ao ESSS total (ordem média = 30,13), do que os indivíduos solteiros (Intimidade: ordem média = 21,3; ESSS total: ordem média = 20,70). Na sub-escala Satisfação com a Família não se verificou significância estatística, embora se tenha aproximado da tendência de significância ( $Z = -2,578$ ;  $p = .010$ ).

**Quadro 39: Resultados do teste *Mann-Whitney*, da percepção do suporte social, de acordo com o estado civil (N= 52)**

|                     | Casado      | Solteiro/Outro | Z       | p            |
|---------------------|-------------|----------------|---------|--------------|
|                     | (n= 28)     | (n= 24)        |         |              |
|                     | Ordem média | Ordem média    |         |              |
| Satisfação Família  | 30,66       | 19,85          | - 2,578 | .010         |
| Intimidade          | 29,75       | 21,30          | - 1,965 | <b>.049*</b> |
| Satisfação Amigos   | 27,38       | 25,10          | - .535  | .593         |
| Actividades Sociais | 27,34       | 25,15          | - .511  | .609         |
| ESSS total          | 30,13       | 20,70          | - 2,183 | <b>.029*</b> |

(\*p<0.05)

#### 4.5.7. Variação dos resultados de acordo com o IMC

O estudo dos pressupostos para utilização de estatística paramétrica relativamente à variável IMC categorizada (Classe I e Classe II), violou o pressuposto de normalidade na sub-escala ansiedade, depressão e nas sub-escalas da percepção de suporte social, nomeadamente Satisfação com os Amigos, Satisfação com a Família e

Intimidade. Assim, nestas dimensões utilizou-se o *U de Mann-Whitney* e na sub-escala Actividades Sociais e ESSS total utilizou-se *t-test* para amostras independentes.

### Estado Emocional

Na sub-escala ansiedade e na sub-escala depressão o teste *U de Mann-Whitney* revelou não haver diferenças significativas entre os indivíduos com IMC classe I e indivíduos com IMC classe II (ansiedade:  $Z = -0.968$ ;  $p = .333$ ; depressão:  $Z = -0.389$ ;  $p = .697$ ).

**Quadro 40: Resultados do teste *Mann-Whitney*, para a sub-escala ansiedade e a sub-escala depressão do HADS, de acordo com o IMC (N= 52)**

| IMC              | Classe I (n= 32) | Classe II (n= 20) | Z      | p    |
|------------------|------------------|-------------------|--------|------|
|                  | Ordem média      | Ordem média       |        |      |
| <b>Ansiedade</b> | 21,80            | 25,96             | -0.968 | .333 |
| <b>Depressão</b> | 22,52            | 24,19             | -0.389 | .697 |

(\* $p < 0.05$ )

### Suporte Social

Relativamente ao suporte social, os resultados do teste *U de Mann-Whitney* de comparação dos indivíduos com IMC classe I com indivíduos com IMC classe II não mostraram significância estatística em relação à sub-escala Satisfação com a Família ( $Z = -0.335$ ;  $p = .738$ ), Intimidade ( $Z = -0.880$ ;  $p = .379$ ) e Satisfação com os Amigos ( $Z = -0.917$ ;  $p = .359$ ).

**Quadro 41: Resultados do teste *Mann-Whitney* nas sub-escalas Satisfação com os Amigos, Intimidade e Satisfação com a Família do suporte social, de acordo com o IMC (N= 52)**

| IMC                       | Classe I (n= 32) | Classe II (n= 20) | Z      | p    |
|---------------------------|------------------|-------------------|--------|------|
|                           | Ordem média      | Ordem média       |        |      |
| <b>Satisfação Amigos</b>  | 24,1             | 20,2              | -0.917 | .359 |
| <b>Intimidade</b>         | 24,1             | 20,3              | -0.880 | .379 |
| <b>Satisfação Família</b> | 23,4             | 22                | -0.335 | .738 |

(\* $p < 0.05$ )

O resultado do *t-test* para amostras independentes de comparação da média da sub-escala Actividades Sociais e ESSS total, entre indivíduos com IMC classe I e indivíduos com IMC classe II, revelou não haver diferenças significativas entre estes indivíduos ( $t = 0.739$ ;  $p = .464$ ;  $t = 1,028$ ;  $p = .310$ ).

**Quadro 42: Resultados do *t*-test para amostras independentes, da sub-escala Actividades Sociais e ESSS total, de acordo com o IMC (N= 52)**

| IMC                        | Classe I<br>(n= 32) |      | Classe II<br>(n= 20) |      | t     | p    |
|----------------------------|---------------------|------|----------------------|------|-------|------|
|                            | M                   | DP   | M                    | DP   |       |      |
| <b>Actividades Sociais</b> | 8,25                | 3,24 | 7,38                 | 4,27 | .739  | .464 |
| <b>ESSS total</b>          | 44,56               | 15,4 | 39,31                | 15,8 | 1,028 | .310 |

(\*p<0.05)

### **Associação entre IMC e estado emocional**

Uma vez que os resultados da variável IMC não apresentam uma distribuição normal, utilizou-se *Spearman's Rho* encontrando-se os resultados descritos no quadro 43.

**Quadro 43: Coeficientes de Correlação de *Spearman's Rho* entre o IMC e as sub-escalas ansiedade e depressão do HADS**

|           | IMC    | Ansiedade | Depressão |
|-----------|--------|-----------|-----------|
| IMC       | 1      | .073      | .288**    |
| Ansiedade | .073   | 1         | .661**    |
| Depressão | .288** | .661**    | 1         |

(\*\*p<0.05)

Não se verificou associação entre IMC e ansiedade ( $p > 0.05$ ). Nas variáveis IMC e depressão, constatou-se que estas se correlacionam entre si significativamente e positivamente ( $r = .28$ ;  $p < .05$ ).

## **5. Discussão dos Resultados**

Neste ponto, passamos à discussão e apreciação crítica dos resultados mais relevantes a nível científico, tendo como referência o marco teórico desenvolvido no início deste estudo. Por questões de organização, discutimos os resultados de acordo com o ponto anterior, começando pela caracterização do grupo de obesos em relação às diferentes variáveis estudadas: hábitos de saúde, estado emocional e suporte social.

### **5.1. Hábitos de Saúde**

O estilo de vida e hábitos de saúde dos pacientes desta investigação foram avaliados através de um conjunto de questões acerca dos hábitos de saúde adequados à problemática. Os resultados evidenciaram que estamos perante um grupo de obesos que pratica alguma actividade física. No entanto, é de assinalar que se fossem mais activos, verificariam uma melhoria na saúde, uma vez que tal constitui um factor de mau prognóstico no curso da doença, pelo facto do sedentarismo ser considerado um dos principais factores de origem e manutenção de tal enfermidade (Barlow, 2007; Carmo, 2008).

Em relação ao sono, a média de horas que estes indivíduos costumam dormir é de aproximadamente 7 horas, revelando que estão a ter um bom hábito de saúde neste domínio. De facto, os benefícios de dormir entre 7 a 8 horas para o bom funcionamento do organismo são bastante positivos, uma vez que dormir no mínimo 7 horas por noite diminui o risco de obesidade (Knorst, Souza & Martinez, 2008). É de notar que a maioria dos indivíduos segue uma dieta considerada adequada para a sua condição ao nível da alimentação. Tal pode dever-se ao facto de se tratar de uma amostra de conveniência. Todos os indivíduos se encontram em consulta de nutrição e têm um acompanhamento regular da nutricionista. No entanto, um estudo levado a cabo por Travado e colaboradores (2004) com obesos da consulta de obesidade do Hospital S. José de Lisboa, evidenciam que os indivíduos da amostra apresentavam lacunas no que respeita a uma alimentação saudável e equilibrada, representando este factor uma das principais causas do seu excesso de peso. De salientar assim, que a grande adesão às recomendações da nutricionista é elevado na amostra do presente estudo de obesos.

Em relação ao género, verificamos que as mulheres praticam mais actividade física do que os homens. Tal vai de encontro aos dados encontrados na literatura, uma vez que as mulheres tendem a ter mais cuidados com o corpo do que os homens (Faith et al, 2002; Stunkard et al, 2003; Markowitz et al, 2008). Neste estudo, verificou-se que

as mulheres dormem mais uma hora que os homens, o que também lhes facilita a perda de peso ou a sua manutenção. De facto, quando verificamos a média do peso dos homens relativamente ao das mulheres, este é bastante inferior. Tal como aponta Travado e colaboradores (2004) há diferenças significativas entre os dois sexos para a variável peso, verificando-se uma tendência do sexo masculino para apresentar mais peso do que o sexo feminino e um IMC mais elevado.

Neste estudo, tal como apontado anteriormente, tanto os homens como as mulheres, na sua maioria, seguem uma dieta considerada adequada para a sua situação. Tal pode dever-se às especificidades desta amostra, nomeadamente ao facto de se encontrarem em consulta de nutrição. No entanto, ao nível do pequeno-almoço e de fazer snacks entre as refeições, as mulheres têm mais cuidado a este nível do que os homens, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas a este nível. Os indivíduos do género masculino saltam de umas refeições para outras, e não tomam o pequeno-almoço, considerado a refeição mais importante do dia. Este facto torna-se um factor predisponente para o aumento do peso, porque o organismo ao estar privado de alimento durante várias horas, quando nos alimentarmos, o nosso organismo absorve tudo do alimento, tanto o aspecto positivo como o negativo (Magalhães, 2008).

## **5.2.Estado Emocional**

No presente estudo os indivíduos obesos apresentam níveis de ansiedade e depressão elevados. Estes dados vão de encontro a diversos estudos transversais e longitudinais que apontam que a obesidade aumenta significativamente o risco de depressão (Barry et al, 2008; Dong et al, 2004; Mather et al, 2009; Onyike et al, 2003; Roberts et al, 2000; Scott et al, 2008; Simon et al, 2006; Strine et al, 2008) e ansiedade (Barry et al, 2008; Becker et al, 2001; Mather et al, 2009; Scott et al, 2008; Simon et al, 2006; Strine et al, 2008). Através de um estudo levado a cabo por Lopes (2004), concluiu-se que há fortes evidências da existência de uma relação entre a obesidade e a depressão uma vez que a obesidade pode aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver sintomas depressivos, uma vez que interfere no relacionamento social e familiar do mesmo.

Rosik (2005) e Scott (2008) sugerem que a prevalência de perturbações de ansiedade pode ser uma preocupação maior nesta população do que a depressão. De facto, neste estudo, os obesos apresentam níveis mais elevados de ansiedade (M= 11,25) do que de depressão (M= 8,40). As médias do nosso estudo em relação ao estado

emocional são mais elevadas do que as encontradas por Travado e colaboradores (2004) no seu estudo com obesos em seguimento hospitalar. Assim, tal como apontam Travado e colaboradores (2004), os indivíduos apresentam alterações a nível emocional, mais ao nível da sub-escala ansiedade (M= 9,1) do que da sub-escala depressão (M= 7,0).

Ao nível do género, no presente estudo, a análise dos resultados permite observar que tanto os homens como as mulheres com diagnóstico de obesidade apresentam sintomas de ansiedade e depressão, atingindo valores clinicamente significativos. A partir da revisão da literatura verificamos que a obesidade está associada à depressão e à ansiedade em ambos os sexos, constituindo o sexo feminino um factor de risco para a depressão e ansiedade entre os indivíduos com obesidade (Barry et al, 2008; Faith et al, 2002; Friedman & Brownell, 1995; Markowitz et al, 2008; Mather et al, 2009; Stunkard et al, 2003). No entanto, no nosso estudo não verificamos a existência de diferenças significativas de género a este nível. De facto, vários estudos reportam que a relação entre obesidade e depressão é diferente para homens e mulheres. Como refere Lopes (2004), as mulheres preocupam-se mais com o corpo perfeito e têm mais tendência ao isolamento quando não o conseguem. Tal como apontam Travado e colaboradores (2004), num estudo com indivíduos obesos, há uma tendência do sexo feminino de apresentar valores mais elevados de ansiedade e de depressão. No entanto, tal não se comprova no presente estudo, uma vez que os valores médios de ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres são equivalentes. Tal poderá dever-se, provavelmente, ao facto das mulheres desta amostra serem mais novas e mais activas profissionalmente do que as do estudo de Travado e colaboradores (2004). De salientar também o facto desta amostra feminina apresentar níveis moderados altos de suporte social, o que constitui um factor protector do bem-estar emocional, ou então. Outro facto que pode justificar estes dados, deve-se às mulheres desta amostra apresentarem menos doenças associadas à obesidade do que os homens.

De acordo com a idade, a análise dos resultados permite observar que tanto os indivíduos mais velhos como os mais novos apresentam sintomas de ansiedade e depressão, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, é de salientar que os indivíduos mais novos mostram tendência para níveis mais elevados de ansiedade e os mais velhos para níveis elevados de depressão. Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo de Travado e colaboradores (2004) com indivíduos obesos, no qual se verificou que quanto mais velho era o indivíduo, mais fragilizado se encontrava o seu estado emocional.

De acordo com o local de residência, neste estudo constatou-se que tanto os indivíduos da zona urbana como os da zona rural apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que de depressão. Tal como aponta Mather (2009) os indivíduos da zona urbana tendem a ser mais ansiosos dos que os da zona rural, uma vez que a vida na cidade é muito mais agitada (Mather et al, 2009). No entanto, no presente estudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos.

Relativamente à escolaridade dos indivíduos deste estudo, verificou-se que os indivíduos com escolaridade inferior ou igual ao 9º ano apresentam mais indicadores depressivos do que os que possuem escolaridade superior, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos. Quanto à ansiedade não foram encontradas diferenças significativas entre estes indivíduos. Segundo Travado e colaboradores (2004) os indivíduos obesos com baixa escolaridade têm a tendência de apresentar níveis mais elevados de depressão, e os indivíduos com escolaridade superior de apresentar níveis mais elevados de ansiedade.

Neste estudo constatou-se ainda que os indivíduos obesos profissionalmente não activos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que aqueles que se encontram profissionalmente activos, verificando-se significância estatística entre estes grupos de indivíduos. De facto, a literatura aponta que os indivíduos que não se encontram profissionalmente activos apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, uma vez que se sentem impotentes, ora por não terem emprego e terem dificuldades económicas, ora por sentirem-se inúteis e um peso para a sociedade (Scott, 2008).

Por fim, constatou-se neste estudo que os indivíduos obesos casados são mais ansiosos do que os que se encontram solteiros ou num outro estado civil. Relativamente à depressão, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos casados e não casados. Estes dados não vão de encontro aos resultados de outros estudos. De facto, a literatura aponta que os indivíduos solteiros têm níveis mais elevados de ansiedade e depressão, do que os casados, pelo facto de estarem sós ser um predisponente para a evolução negativa do seu estado emocional (Mather et al, 2009; Scott, 2008).

### **5.3.Suporte Social**

Os resultados da presente investigação permitem verificar que os participantes de uma forma geral, apresentam um valor médio de suporte social superior ao valor médio da escala. Esta percepção de satisfação com o suporte social é de 43,5 o que, de acordo com Baptista e colaboradores (2006), representa um médio suporte social. Estes dados vão de encontro ao estudo efectuado por Travado e colaboradores (2004), no qual os indivíduos obesos da amostra expressavam ter apoio da família directa e da família alargada. Tal é um benefício para estes indivíduos uma vez que quando se sente que se tem apoio torna-se mais fácil aderir ao processo terapêutico e conseguir finalizá-lo (Silva et al, s. d.).

No estudo comparativo de género na satisfação com o suporte social, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres, com excepção da sub-escala Satisfação com a Família. Nesta sub-escala de suporte social as mulheres encontram-se mais satisfeitas que os homens. A literatura mostra que no que respeita às diferenças relativamente à satisfação com o suporte social entre homens e mulheres, as mulheres apresentam um maior número de amigos e redes de suporte mais sólidas do que os homens (Ornelas, 1994). De acordo com este autor, as mulheres dão maior importância ao factor Intimidade. No presente estudo, tal não se verificou, visto que não foram encontradas quaisquer diferenças entre homens e mulheres neste factor. Mais uma vez, pode-se levantar a hipótese do baixo número de elementos da amostra o que poderá estar a inflacionar os resultados.

Neste estudo os indivíduos profissionalmente activos encontram-se mais satisfeitos com o seu suporte social do que os que não se encontram profissionalmente activos. Tal denota-se mais do que respeita à intimidade havendo diferenças estatisticamente significativas entre estes indivíduos, uma vez que os que se encontram activos estão mais satisfeitos a este nível do que os que se encontram não activos. Tal facto, pode suceder, uma vez que os indivíduos que não se encontram activos têm tendência a isolar-se e a não conviver com os outros, o que afecta a sua percepção de suporte social (Pais-Ribeiro, 1999).

Por fim, verificou-se que os indivíduos casados se encontram mais satisfeitos com o seu suporte social do que os solteiros, principalmente no que respeita à Satisfação com a Família e Intimidade. Estes dados vão de encontro aos dados recolhidos por Ornelas (2000) e Pais-Ribeiro (2000) os quais verificaram que as pessoas casadas

apresentam melhores índices de saúde física e psicológica e referem um maior suporte social percebido.

#### **5.4. Associação entre o suporte social e o estado emocional nos indivíduos obesos**

Os resultados do presente estudo sugerem que os níveis de ansiedade e depressão estão negativa e significativamente correlacionados com todas as dimensões e domínios do ESSS e apontam no sentido de que quanto maior a percepção de suporte social, menores parecem ser os níveis de ansiedade e depressão. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores os quais apontam que o suporte social está inversamente relacionado com os sintomas de ansiedade e depressão (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, s. d.). Segundo estes autores quanto maior a satisfação com o suporte social, sobretudo no que respeita às amizades, intimidade e actividades sociais, melhor é a adaptação psicológica e social dos indivíduos obesos. De facto, uma pobre percepção do suporte social pode contribuir para a ansiedade e para a depressão através de mecanismos cognitivos naqueles indivíduos que acreditam que a sua saúde seja pobre (Ornelas, 2000).

### **6. Limitações do Estudo**

Apesar deste estudo parecer ser pioneiro numa população de obesos utentes numa unidades de cuidados de saúde primários e do rigor utilizado em todo o processo de investigação, este estudo apresenta algumas limitações metodológicas enunciadas a seguir e que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Podemos apontar desde já o tamanho da amostra. O número reduzido de elementos constituintes da amostra, bem como o facto de não se tratar de uma amostra aleatória, limita a generalização dos resultados obtidos. Uma outra limitação encontra-se relacionada com a especificidade cultural da amostra, ou seja, o nosso estudo confina-se unicamente a um local restrito, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com uma representatividade geográfica mais alargada. Também o facto dos indivíduos desta amostra procurarem tratamento para o problema da obesidade, podem à partida, apresentar maior distress físico, mental ou psicossocial. Do mesmo modo os doentes responderam aos questionários no contexto de procura de tratamento para a obesidade, podendo os

problemas relacionados com esta condição terem sido sobre representados nas suas respostas. Deste modo, a amostra não é representativa da população de obesos pelo que os resultados deste estudo não podem ser generalizados à população geral.

Outro aspecto a assinalar é a brevidade do instrumento ESSS, pois limita a recolha de informação que permita analisar mais pormenorizadamente a percepção de satisfação com o suporte social desta população. O facto deste instrumento ser de auto-relato constitui também uma limitação, uma vez que os itens estão sujeitos a erros de interpretação e factores de desejabilidade social, devendo-se assim interpretar os resultados obtidos com precaução. Também a especificidade do HADS limita a recolha de dados mais específicos acerca do estado emocional dos indivíduos. De facto, se fossem utilizados instrumentos mais alargados, com um maior número de itens, a qualidade de informação recolhida seria ainda mais fidedigna.

## **6. Conclusão e Implicações Futuras**

A obesidade é de facto um problema de saúde pública que constitui um factor de risco para uma variedade de potenciais doenças, quer físicas quer emocionais. Como salientam Fontaine e colaboradores (2001), o efeito da obesidade na saúde pública vai além das consequências médicas, produzindo decréscimos no estado emocional dos indivíduos, que por sua vez repercute-se no seu afastamento social. A obesidade, a ansiedade e a depressão estão associadas a uma variedade de resultados negativos (Brodaty et al, 2001; Kiloh et al, 1988; Segal et al, 2003; Tyrer, 2004). O indivíduo obeso tende a ter níveis de ansiedade e depressão mais elevados do que o indivíduo comum quando não tem percepção positiva do seu suporte social, uma vez que este é um mediador do estado emocional dos indivíduos.

O objectivo geral deste estudo consistiu em caracterizar uma amostra de indivíduos obesos dos cuidados de saúde primários em relação ao estado emocional e à percepção de suporte social. Os resultados obtidos neste estudo mostram que um indivíduo obeso com uma percepção positiva de suporte social tende a ter um estado emocional mais favorável. Assim, quanto maior a percepção de suporte social, mais positivo é o bem-estar emocional dos indivíduos obesos.

Quanto ao estado emocional, todos os indivíduos apresentaram sintomas clínicos de ansiedade e depressão. No entanto os valores de ansiedade são mais elevados do que os de depressão. Estes dados parecem confirmar a hipótese de que a obesidade pode ter

influência no funcionamento psicológico destes indivíduos. Nesta amostra, o suporte social é percebido pela maioria dos indivíduos como sendo um médio suporte social

Em relação aos hábitos de saúde da amostra deste estudo, constatou-se que a maioria dos indivíduos pratica habitualmente actividade física, mas mais as mulheres do que os homens. Tanto os elementos do género feminino como do masculino mostraram uma alimentação adequada ao seu estado. Tal pode dever-se talvez ao facto da nossa amostra não ser aleatória e ao facto dos participantes no estudo pertencerem à consulta de nutrição do centro de saúde onde esta foi recolhida. De facto, estes indivíduos são acompanhados regularmente pela nutricionista o que poderá ter influenciado os resultados deste estudo.

Tanto os resultados deste estudo, como a revisão da literatura sugere que podemos encontrar sintomas psicopatológicos em indivíduos obesos. Salientamos que as perturbações de ansiedade são mais observadas nestes indivíduos do que as de humor (Frances & Ross, 2004; Scott et al, 2008; Mather et al, 2009). Tal verificou-se no presente estudo, mostrando-se os níveis de ansiedade mais elevados, do que os de depressão.

Uma vez que os indivíduos obesos apresentam sintomas de ansiedade e de depressão, tal como comprovado no nosso estudo e na revisão da literatura efectuada, quando se delinea um plano de intervenção com objectivos de perda de peso, deve-se fazer um rastreio das perturbações de humor e de ansiedade, de modo a fornecer uma prestação de cuidados adequados (Rosik, 2005). Deste modo, os resultados encontrados neste estudo, sugerem que a investigação focada na relação entre a obesidade e as perturbações psíquicas, deve incluir as perturbações de ansiedade. Por outro lado, os resultados deste estudo constataam que o papel que a ansiedade pode desempenhar na etiologia e/ou manutenção da obesidade deve ser focado pelos investigadores, bem como o papel que o suporte social desempenha como mediador ao nível de estado emocional do indivíduo obeso. Uma maior compreensão do impacto da obesidade tem o potencial de influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos com obesidade.

No presente estudo pudemos também concluir que nos indivíduos obesos uma baixa percepção de suporte social se encontra associado a um estado emocional mais desfavorável. Assim, os resultados deste estudo salientam a importância de considerarmos, no tratamento da obesidade, simultaneamente os níveis de ansiedade e de depressão e ter sempre em conta o papel que o suporte social desempenha, enquanto

mediador destas variáveis. Neste sentido, sugerimos que são necessários protocolos de tratamento que tenham em conta a obesidade, a ansiedade e a depressão, bem como o apoio que estes indivíduos têm no seu meio envolvente, uma vez havendo lacunas a este nível a adesão ao tratamento torna-se mais difícil. Assim, torna-se necessário haver mais investigação para testar a viabilidade e a aceitabilidade de simultaneamente tratar estas condições de saúde, nunca descurando a satisfação com o suporte social, uma vez que é um meio no qual o indivíduo se pode apoiar para conseguir o objectivo pretendido. Mostra-se necessário realizar estudos longitudinais com amostras aleatórias constituídas por um número elevado de participantes, ao longo de diferentes zonas do país, prospectivos, focando a associação da obesidade com a depressão e a ansiedade e com outras variáveis como com a satisfação conjugal, intervenção na mudança comportamental, bem como a relação que estas variáveis têm com o suporte social do indivíduo.

Em resumo, dado o aumento da prevalência da obesidade (Carmo et al, 2008; Flegal et al, 2006; Low et al, 2009; OMS, 2009), torna-se de crescente relevância a implementação de programas de intervenção que tenham em atenção o estado emocional do indivíduo, bem como o suporte social do mesmo. De facto, os resultados deste estudo sugerem que a avaliação do suporte social destes indivíduos e do seu estado emocional pode ajudar os clínicos a aumentar o fornecimento de cuidados mais compreensivos, necessários para assim se poder intervir e compreender adequadamente uma doença tão complexa como a obesidade.

Sugerimos ainda a avaliação na primeira consulta de nutrição do estado emocional do indivíduo e do suporte social de que dispõe, bem como da disponibilidade de uma equipa multidisciplinar, uma vez que têm um importante papel na adesão ao tratamento destes indivíduos e no delinear de um programa de intervenção para estes indivíduos, nunca se descure o seu estado emocional, bem com o suporte social de que dispõe.

## Referências Bibliográficas

- Anderson, S., Cohen, P., Naumova, E., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed-up into adulthood. *Archives of Pediatric and adolescent medicine*, 160, 285-291.
- Apfeldorfer. (1995). *Como, logo existo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Azevedo, A., Martins, F., & Vasques, F. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4): 195-198.
- Bankoff, A., Schimdt, C. & Barros, P. (2003). Estudo das alterações morfológicas do sistema locomotor: postura corporal vs. Obesidade. *Revista de Educação Física*, 14(2): 41-48.
- Barlow, S. E., (2007). Expert Committee recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 (4): 164-192.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Barry, D., Pitzack, R. H., & Petry, N., M. (2008). Gender Differences in Associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Annals of Epidemiology*, 18, 458-466.
- Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1): 39-48.

- Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U., & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25(1): 1-9.
- Blair, S. N., & LaMonte, M. J., (2006). Commentary: Current perspectives on obesity and health: Black and White, or Shades of grey? *International Journal of Epidemiology*, (35): 69-72.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3): 458-475.
- Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L., Richards, V., & Patons, H. (2001). Psychosis, depression and behavioral disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5): 504-512.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J. Vieira, J. & Carreira, M. (2008). Overweighth and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Journal Obesity Reviews*, 9.
- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Fliicker, L., Lauten, N., & Almeida, O. (2004). Association Between lifestyle factors and mental health measures among community – dwelling older women. *Austrian and New Zeland Journal of Psuchiatry*, (38): 940-947.
- Center for Disease Control and Prevention (2009). Recommended Community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. Disponível em <http://cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5807a1.htm>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-314.

- Dessen, M., & Braz, M. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16(3)*: 221-231.
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta analysis. *Health Psychology, 23(2)*: 207-218.
- Dimon, F. & Barros, B. L. (2007). A actividade física no controlo da obesidade infantil: notas de comportamento e afirmações. *Fisiologia do Exercício*.
- Dong, C., Sanchez, L., & Price, R. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity, 28*, 790-795.
- Faith, M., Matz, P., & Jorge, M. A. (2002). Obesity, depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 935-942.
- Fernandes, R. A. & Vargas, S. A. (2007). O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. *Revista Meio Ambiente Saúde, 2(1)*: 273-281.
- Ferreira., & Magalhães, R. (2006). Obesidade no Brasil: tendências actuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24(2)*.
- Flegal, K. (2006). Commentary: the epidemic of obesity- what's in a name? *International Journal of Epidemiology, 35*, 72-74.
- Fontaine, K., & Barofsky, I. (2001). Obesity and health – related quality of life. *Obesity Reviews, 2*, 173-182.
- Frances, A., & Ross, R. (2004). *Casos clínicos, DSM-IV-TR, guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Friedman, K., Reichman, S., Costazo, P., & Musante, G. (2002). Body Image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research, 10*, 33-41.

- Friedman, M., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, *117*, 3-20.
- Gale, S. M., Castracane, V. D. & Mantzoros, C. S. (2004). Energy homeostasis, obesity and eating disorders: recent advances in endocrinology. *Journal of Nutrition*, *(134)*: 295-298.
- Gonçalves, H. & Diamantino, C. (2008). Obesidade Infantil. *Hospital do Espírito Santo de Évora / Serviço de Pediatria*.
- Graça, S. (2000). Diabetes e Estilo de Vida. *Diabetes – Viver em Equilíbrio*, *(16)*: 4-5.
- Hraboski, J., & Thomas, J. (2008). Elucidating the relationship between obesity and depression: recommendations for future research. *Clinical Psychology Science and Practice*, *(15)*: 28-34.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of DSM-IV eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, *(61)*: 348-358.
- James, W. (2008). WHO Recognition of the Global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, *(32)*: 120-126.
- Katzer, J. I. (2007). Diabetes Mellitus tipo II e actividade física. *Revista Digital Buenos Aires*, *(12)*.
- Ketele, J., & Roegiers. (1993). *Methodologie du recueil d'informations*. Belgium: Edição Pedagogies en Development.
- Klerman, G., & Weisman, M. (1992). The course, morbidity and cost of depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 831-834.

- Kloiber, S., Ising, M., Reppermund, S., Horstmann, S., Dose, T. & Majer, M. (2007). Overweight and obesity affect treatment response in major depression. *Biological Psychiatry*, (62): 321-326.
- Knorst, M., Souza, F., & Martinez, D. (2008). Síndrome das apneias – hipopneias obstrutivas do sono: associação com o gênero e obesidade e fatores relacionados à sonolência. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7): 490-496.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. & Williams, G. R. (2001). Quality of Life and Obesity. *Obesity Reviews*, (2): 219-229.
- Landim, F., Comaru, J., Mesquita, R., & Collares, P. (2006). Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. *Cogitare Enfermagem*, 11(1): 16-23.
- Lamounier, J. A. & Parizzi, M. R. (2007). Obesidade e Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(26).
- Lawlor, D. A. & Chaturvedi, N. (2006). Treatment and prevention of obesity – are there critical periods for intervention. *International Journal of Epidemiology*, (35): 3-9.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lopes, V. & Maia, J. (2004). Atividade Física nas crianças e jovens. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 6(1): 82-92.
- Low, S., Chin, M. C. & Deurenberg, M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals, Academy of Medicine Singapore*, (38): 57-65.
- Luiz, A. M., Júnior, R. & Domingos, N. (2005). Depressão, Ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de psicologia*, 10(1): 35-39.

- Magalhães, L. (2008). Publicidade Televisiva e obesidade infantil. Comunicação e Cidadania – *Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação / Universidade do Minho*.
- Maia, A. (2007). *Factores predictores de PTSD e critérios de selecção em profissionais de actuação na crise*. Psiquiatria da Catástrofe, Coimbra: Alemedina.
- Markowitz, S., Friedman, M., & Arent, S. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 15, 1-20.
- Martins, I. S., Marinho, S. P., Oliveira, D. C. & Araújo, E. A. (2007). Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência & Saúde*, 12(6): 1553-1565.
- Mather, A., Cox, B., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Association of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 277-285.
- Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3): 243-253.
- McNally, S., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 309-314.
- Mendonça, C. & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da actividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3): 698-709.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowdon, L., Tummore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of HADS. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.

- Moreira, P. (2005). *Obesidade – muito peso, várias medidas*. Porto, editota Âmbar. Coleção Compreender a Criança, 2º ed.
- Must, A. & Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of obesity and related metabolic disorder*, 23(2): 2-11.
- Napolitano, M. A. & Foster, G. D. (2008). Depression and obesity: implications for assessment, treatment and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, (15): 21-27.
- National Institute of Health (1998). Clinical Guidelines on the identification evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obesity Research*, 6(2): 51-209.
- National Task Force on the prevention and treatment of obesity (2000). Overweight, obesity and health risk. *Archives of International Medicine*, (160): 898-904.
- Nobre, E. L., Jorge, Z., Macedo, A. & Castro, J. (2004). Tendências do peso em Portugal no final do século XX, estudo de coorte de jovens do sexo masculino. *Acta Médica Portuguesa*, 205-209.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, E. O., Meléndez, G. V., & Kacc, G. (2006). Factores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuários do centro de saúde de Belo Horizonte. *Revista de Nutrição*, 20(4).
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4(18): 437-453.
- Onyke, C. U., Crum, R. M., Lee, H., Lyketsos, C., & Eaton, W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the third National Health and

- Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12): 1139-1147.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2(14): 263-268.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2(3): 333-339.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, (16): 670-678.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Instrumentos Publicados em Português. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17): 547-558.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29, 167-180.
- Pickering, R. P., Grant, B. F. & Chou, S. P. (2007). Are overweight, obesity and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, (68): 998-1009.
- Pine, D. S., Goldstain, R. B., Wolk, S., & Weissman, M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.
- Ponte, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS Social Support Survey. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa ISPA, 53-56.

- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213-227.
- Ravaldi, C., Barboni, E., Lai, M., Rotella, C. M., Vannacci, A. & Ricca, V. (2005). Obesity and mood disorders: the complex problem in insight. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66-265.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, (3): 467-477.
- Roberts, R., Kaplan, G., Shema, S., & Strawbridge, W. (2000). Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, 152, 163-170.
- Rocha, A., Castro, C. & Santiago, L. M. (2007). Obesidade infantil: que consequências? *Revista Referência*, 2(5): 59-68.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Rosik, C. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patient: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15, 677-683.
- Salve, M. G. (2006). Obesidade e Peso Corporal: Riscos e Consequências. *Movimento e Percepção*, 6(8).
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 127-139.
- Schwartz, T. L., Nihalani, N., Jindal, S., Virk, S. & Jones, N. (2004). *Psychiatric medication induced obesity: a review. Obesity Review*, (5): 115-121.

- Scott, K., Mc Gee, M., Wells, E., & Browne, M. (2008). Obesity and Mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105.
- Segal, A. (2003). *Seguimento dos aspectos psíquicos, cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (s. d.). Adaptação psicossocial e satisfação com o apoio social em indivíduos obesos. *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
- Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. L. (2008). Obesidade Infantil: uma revisão bibliográfica. *Saúde & Ambiente em Revista*, 3(1):01-15.
- Simões, D. & Meneses, R. F. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 20(2): 246-251.
- Simon, G., Korff, M., Saunders, K., Miglioreti, D., Crane, P., Belle, O., & Kessler, R. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, (63): 824-830.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da Escala de percepção do suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2): 381-388.
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Sobocki, P., Ekman, M., & Agren, H. (2007). Health related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, 10, 153-160.

- Strine, T., Mokdad, A., Dube, S., & Balluz, L. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatric*, 30, 127-137.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S. & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, (54): 330-337.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2): 123-129.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(22): 533-550.
- Vasconcellos, A. B., Gonlart, D., Gentil, P. C. & Oliveira, T. P. (2007). A saúde pública e a regulamentação da publicidade do alimento. *Ministério da Saúde*.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Viana, V., (2002). Psicologia, Saúde e Nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (20): 611-624.
- Wang, Y. (2004). Epidemiology of childhood obesity – Methodological aspects and guidelines: what is new? *International Journal of obesity and the related metabolic disorders*, 28(3): 21-28.
- World Health Organization (2009). Fact Sheet nº 331, September 2006: Obesity and overweight. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>

## **ANEXOS**

---

**Questionário Sócio-Demográfico e Clínico**

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

Sexo:

Masculino

Feminino

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Viúvo/a

Divorciado/a

Outro

Estatuto Profissional Actual:

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Profissão \_\_\_\_\_

Com quem vive?

Com o cônjuge/companheiro(a)

Com a família restrita (marido, esposa e filhos)

Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros, etc.)

Sozinho(a)

Outros

Qual? \_\_\_\_\_

Tem filhos?

Sim

Não

Quantos? \_\_\_\_\_

Local de Residência:

Zona Rural

Zona Urbana

(continua)

## Questionário de Hábitos de Saúde

Este questionário pretende conhecer os seus hábitos de saúde. Responda às questões que se seguem com o máximo de sinceridade. As suas respostas a este questionário são confidenciais. Não existem respostas certas ou erradas, por isso, responda sem receio.

### 1. Pratica habitualmente actividade física?

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Não

#### 1.1 Quantas vezes por semana?

Nunca

Uma vez por semana

2 a 3 vezes por semana

Mais de três vezes por semana

### 2. Quantas horas costuma dormir, em média, por noite?

\_\_\_\_\_

### 3. Costuma beber bebidas alcoólicas?

Nunca

Algumas vezes por mês

Algumas vezes por semana

Algumas vezes durante o ano

Todos os dias

(continua)

## HADS

(Zigmond and Snaith, 1983. Traduzido e adaptado por Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada  das perguntas e faça uma cruz no espaço a seguir à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada será, será provavelmente mais correcta do que uma resposta mais ponderada.

**Por favor faça apenas uma cruz  em cada pergunta.**

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Quase Sempre | <input type="checkbox"/> |
| Muitas Vezes | <input type="checkbox"/> |
| Por Vezes    | <input type="checkbox"/> |
| Nunca        | <input type="checkbox"/> |

**2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:**

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Tanto como Antes | <input type="checkbox"/> |
| Não tanto Agora  | <input type="checkbox"/> |
| Só um Pouco      | <input type="checkbox"/> |
| Quase Nada       | <input type="checkbox"/> |

**3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer:**

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Sim e muito forte           | <input type="checkbox"/> |
| Sim, mas não muito forte    | <input type="checkbox"/> |
| Um pouco, mas não me aflige | <input type="checkbox"/> |
| De modo algum               | <input type="checkbox"/> |

(continua)

Anexo 3

**Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999)**

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

|   | <b>Concordo Totalmente</b> | <b>Concordo na maior parte</b> | <b>Não concordo nem discordo</b> | <b>Discordo na maior parte</b> | <b>Discordo Totalmente</b> |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>1</b> – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.  | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>2</b> – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.  | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>3</b> – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.  | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>4</b> – Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.   | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>5</b> – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.     | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>6</b> – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |
| <b>7</b> – Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.  | A                          | B                              | C                                | D                              | E                          |

(continua)